

Er komen twaalf vrouwen bij de verloskundige

De introductie van CenteringPregnancy® in Nederland

Suze Jans, Marlies Rijnders, Katja Groessen, Matty Crone

CenteringPregnancy® is geboortezorg in groepsvorm. Door de kennis en de culturele waarden van alle deelnemers actief in te zetten, ontstaat een dynamische zorgomgeving. De rol van de zorgverlener is niet langer traditioneel informatief-didactisch, maar faciliterend. Uit onderzoek blijkt dat zwangeren in kwetsbare groepen door deze aanpak beter worden bereikt en dat de uitkomsten van zorg verbeteren.

Het rapport *Een goed begin* van de Commissie Zwangerschap en Geboorte deed in 2009 aanbevelingen om de relatief hoge babysterfte in Nederland aan te pakken, onder andere door meer cliëntgecentreerde zorg aan zwangeren te geven.¹ Een van de initiatieven in dit kader was een nieuw model voor

verloskundige zorg, waarin een-op-eenzorg wordt vervangen door groepsgewijze zorg.

In dit implementatieartikel beschrijven de auteurs de groepsgewijze aanpak volgens CenteringPregnancy®, een model voor cliëntgecentreerde verloskundige zorg die beter aansluit bij de vraag van de cliënt dan de gebruikelijke zorg en die mogelijk ook vrouwen met een lage sociaaleconomische status beter bereikt.

Nederland neemt binnen Europa een relatief ongunstige plaats in wat betreft perinatale sterfte.^{2,3} Een deel van de ongunstige zwangerschapsuitkomsten is geassocieerd met de ongezondere leefstijl van vrouwen met een lage sociaaleconomische status.⁴ Bij deze vrouwen zie je vaak een opeenhoping van problemen



Prenatale zorg in groepsverband heeft een gunstig effect op de zwangerschapsuitkomsten.

Foto: iStock

DE KERN

- De relatief hoge babysterfte in Nederland vraagt onder andere om meer cliëntgecentreerde zorg voor zwangere vrouwen.
- In Nederland bieden verloskundige praktijken prenatale zorg in groepsverband aan door middel van de CenteringPregnancy®-methodiek, waarbij zwangeren elkaar actief ondersteunen, gefaciliteerd door de zorgverlener.
- Inmiddels is aangetoond dat deze groepswijze aanpak een gunstig effect heeft op de zwangerschapsuitkomsten en vrouwen uit achterstandsgroepen beter bereikt dan de reguliere aanpak.

die invloed kunnen hebben op de uitkomst van de zwangerschap, zoals laaggeletterdheid, psychische problemen en huisvestingsproblematiek. Bekend is dat de preventie van vroeggeboorte en een laag geboortegewicht substantieel bijdraagt aan de perinatale gezondheid van moeder en kind.⁵ Vrouwen met een lage sociaaleconomische status zijn echter minder goed in staat om hun gezondheid te bewaken en te bevorderen, en zijn bovendien niet altijd goed te bereiken met prenatale zorg. Een deel van de Nederlandse zwangeren denkt dat ze hun eigen gezondheid nauwelijks kunnen beïnvloeden.⁶ Overigens is er in Nederland ook onder vrouwen met een hogere sociaaleconomische status een beweging op gang gekomen die vraagt om meer cliëntgecentreerde zorg. Deze vrouwen uiten met name in de sociale media hun onvrede met de huidige geboortezorg, waarin onvoldoende naar vrouwen wordt geluisterd.^{7,8} De reguliere verloskundige begeleiding in Nederland omvat tien tot vijftien individuele consulten van elk tien à vijftien minuten. Dit model is primair gebaseerd op risicoselectie en is onvol-

CenteringPregnancy® is een andere benadering van het vak, de zorgverlener wordt een facilitator in plaats van een expert die kennis overdraagt

doende toegesneden op de huidige generatie vrouwen. Binnen een regulier prenataal consult is het lastig de zwangere actief te betrekken bij het zorgproces, uitgebreid in te gaan op verdiepende vragen of cliëntgestuurd allerlei onderwerpen te behandelen die de zwangere in staat stellen eigenaar te worden van de eigen gezondheid. Vooral vrouwen met een lagere sociaaleconomische status hebben extra zorg nodig die aansluit bij hun behoeftes. Een groepswijze aanpak kan hierin verandering brengen. De effectiviteit van groepswijze informatie en basale gezondheidszorg, vooral rondom reproductieve gezondheid, jeugdgezondheid en ouderschap, is aangetoond.^{9,10} Groepszorg biedt de mogelijkheid persoonlijke ervaringen te delen en steun te

ontvangen van anderen met vergelijkbare vragen; de deelnemers bedenken vanuit een gedeeld perspectief andere oplossingen dan die in een regulier consult zouden opkomen.

INTERACTIEF MODEL VAN ZORG

CenteringPregnancy®, ontwikkeld in de Verenigde Staten, is een model voor interactieve prenatale zorg in groepsverband. Onder begeleiding van een medisch verantwoordelijke, bijvoorbeeld een verloskundige of een arts, ontmoeten acht tot twaalf vrouwen met dezelfde zwangerschapsduur elkaar. De deelnemers krijgen een actieve rol in hun eigen zorgproces: ze meten zelf hun bloeddruk, registreren hun gewicht en houden hun eigen dossier bij. De standaard zwangerschapscontroles worden tijdens deze groepsbijeenkomsten gecombineerd met voorlichting, interactieve leermethoden en gesprekken over wat vrouwen bezighoudt tijdens hun zwangerschap. De bijeenkomsten duren langer dan het gangbare consult (120 minuten) en verlopen volgens een vast schema. Belangrijk uitgangspunt is dat de begeleiders een faciliterende rol aannemen in plaats van de traditionele, meer informatief-didactische zorgverlenersrol. CenteringPregnancy® is in de Verenigde Staten geïmplementeerd in ongeveer 500 organisaties en bereikt rond 60.000 cliënten per jaar.

Onderzoeksresultaten, vooral afkomstig uit de Verenigde Staten, laten zien dat dit model van prenatale zorg is geassocieerd met minder vroeggeboortes, een hoger geboortegewicht, vaker starten met borstvoeding, betere mentale gezondheid en meer tevredenheid met de zorg.¹¹⁻¹³ Vooral kwetsbare zwangeren profiteren van deze aanpak en zorgverleners zijn tevredener over hun werk.^{14,15} Bovendien is het model mogelijk kostenbesparend. Met deze uitkomsten sluit CenteringPregnancy® goed aan bij de vier doelen van Value Based Health Care (VBHC): verbeterde gezondheid, betere ervaringen met de zorg, kostenvermindering en aandacht voor het welzijn van zorgverleners.¹⁶

ONDERZOEKEN

Cohortonderzoek

In 2012 introduceerde een aantal verloskundigenpraktijken CenteringPregnancy® in Nederland. Ze vroegen TNO, in samenwerking met de KNOV en het Leids Universitair Medisch Centrum, de uitkomsten van dit initiatief te onderzoeken. Deze eerste evaluatie betrof een cohortonderzoek in acht verloskundigenpraktijken (n = 2318), waaraan ook een vragenlijstonderzoek was gekoppeld.¹⁷ Geïnccludeerd werden zwangere vrouwen vóór 24 weken zwangerschap.

De groep die deelnam aan CenteringPregnancy® (n = 579) kreeg gemiddeld twee prenatale controles meer dan deelnemers in de reguliere zorg (n = 1739). Primiparae in de CenteringPregnancy®-groep gebruikten minder pijnmedicatie tijdens de baring en begonnen vaker met borstvoeding. Uit de vragenlijst kwam naar voren dat deelnemers aan CenteringPregnancy® zich meer gehoord voelden, vaker steun ervoeren, vooral wat betreft het plannen van de toekomst, zich vaker betrokken voelden bij de zorg en vaker hun mening konden

geven over de ervaren zorg. Ze gaven ook aan dat hun vragen en wensen over beweging, voeding en pijnbestrijding tijdens de baring beter werden besproken.¹⁷

Effectonderzoek

Inmiddels is er ook een effectonderzoek uitgevoerd waaraan dertien verloskundigenpraktijken deelnamen die op een gerandomiseerd moment overgingen tot het aanbieden van CenteringPregnancy®.¹⁸ Alle zwangeren in deze praktijken werd gevraagd deel te nemen aan het onderzoek; ruim 3000 vrouwen gaven toestemming hun gegevens te gebruiken. Deze gegevens werden verzameld zowel voor als na de implementatie van CenteringPregnancy®. In de interventieperiode konden vrouwen naast randomisatie ook zelf kiezen om deel te nemen aan CenteringPregnancy®. De onderzoekers gebruikten de gegevens van Perined en de deelnemers vulden vragenlijsten in bij 12, 28 en 36 weken zwangerschap en 6 weken na de bevalling. In de CenteringPregnancy®-groep vond daarnaast een procesevaluatie plaats door middel van groepsregistraties en interviews met deelnemers en zorgverleners.

De vrouwen die deelnamen aan CenteringPregnancy® waren vaker primipara, waren vaker van niet-Nederlandse afkomst, hadden minder kennis over de zwangerschap, scoorden hoger op depressiesymptomen en hadden meer stress, vooral aan het begin van de zwangerschap. Zij hadden vaker een belaste gezondheidsgeschiedenis en hadden in de zes maanden voorafgaand aan de zwangerschap vaker een beroep gedaan op de zorg (huisarts, fysiotherapeut, specialist).

Ook in dit onderzoek werden significante verschillen gevonden tussen de CenteringPregnancy®-groep en de controlegroep. De deelnemers aan CenteringPregnancy® waren tevredener en startten vaker met borstvoeding. Primiparae vonden dat ze minder opvoedingsvaardigheden hadden, maar ze hadden wel meer kennis over zwangerschap, gebruikten minder pijnmedicatie tijdens de baring en verbeterden vaker hun gezondheidsgedrag, waaronder minder roken tijdens of na de zwangerschap. Multiparae voelden zich beter voorbereid op de bevalling, maar verwachtten ook meer pijn tijdens de baring. Ze bevielen vaker thuis, gebruikten minder alcohol na de zwangerschap en aten meer fruit, maar bewogen daarentegen minder dan multiparae in de controlegroep.

Kanttekeningen

Uiteraard zijn er kanttekeningen te plaatsen bij het onderzoek en bij de implementatie. Een zwak punt in het cohortonderzoek is dat selectiebias niet kan worden uitgesloten. Ook in het vergelijkende effectonderzoek kan selectiebias niet worden uitgesloten: ten eerste konden deelnemers kiezen voor CenteringPregnancy® en ten tweede is bekend dat de respons op de gebruikte vragenlijsten minder is onder Nederlandssprekende lagergeletterden. De auteurs konden geen verklaring vinden waarom de multiparae uit de CenteringPregnancy®-groep minder bewogen.

VOORWAARDEN VOOR IMPLEMENTATIE

Zowel uit Nederlands als uit internationaal onderzoek komt

Jeugdgezondheidszorg

Doordat de gezondheidsvaardigheden van de moeder toenemen en er een ondersteunend netwerk wordt gevormd, heeft CenteringPregnancy® naar verwachting ook effecten in de eerste opvoedingsjaren. Omdat het enthousiasme bij de deelnemende verloskundigenpraktijken groot was en de ervaringen met Centering® in de Amerikaanse jeugdgezondheidszorg goed zijn, is in de Nederlandse jeugdgezondheidszorg een implementatieonderzoek gestart naar CenteringParenting®. Zes jeugdgezondheidsorganisaties zijn momenteel bezig met de implementatie van deze methodiek. Net als de verloskundigen zijn de deelnemende jeugdartsen en ouders zeer positief over dit zorgmodel. Een jeugdarts verwoordde haar ervaring als volgt:

‘Het is interactief. De ervaringen worden heel open gedeeld en de adviezen komen gewoon vanuit de moeders zelf en worden beter opgepakt dan als ik ze geef. Er komt van alles aan bod: psychische, sociale en gedragsproblemen, maar ook zorg voor de ouders zelf. En we bespreken met de groep hoe je dat oplost. We hadden dat nooit kunnen oplossen in individuele consulten!’²⁷

naar voren dat CenteringPregnancy® positieve effecten heeft: vrouwen uit achterstandsgroepen worden beter bereikt, de zwangerschapsuitkomsten zijn minstens vergelijkbaar, psychosociale uitkomsten en gezondheidsgedrag verbeteren en zowel deelnemers als zorgverleners zijn positief over de aanpak. Een van de werkzame mechanismen die daarvoor zorgt, is sociale steun gefaciliteerd door vertrouwen.¹⁹ Inmiddels wordt CenteringPregnancy® in Nederland aangeboden door circa tachtig verloskundige praktijken en enkele ziekenhuizen.

De ervaring leert dat er in de gehele praktijk of organisatie draagvlak moet zijn voor de implementatie van CenteringPregnancy®, bijvoorbeeld bij de werving van zwangeren. De implementatie van het model vraagt een flinke (tijds)investering; men moet rekening houden met zo'n twee jaar. Zorgverleners hadden in eerste instantie nog weinig routine in het uitvoeren van prenatale zorg volgens de CenteringPregnancy®-methodiek, waardoor mogelijk onnodig extra contactmomenten optraden. Uit Amerikaans onderzoek is gebleken is dat ‘procestrouw’ een belangrijke factor is voor het zorggebruik en de perinatale uitkomsten bij de CenteringPregnancy®-methodiek.²¹ Het is aannemelijk dat de procestrouw en dus de uitkomsten verbeteren naarmate de zorgverleners ervaring opdoen met de methodiek, en dat de uiteindelijke tijdsinvestering min of meer gelijk zal zijn aan die van de reguliere prenatale zorg.

KANSEN VOOR DE HUISARTS

Vanwege het succes van de methode is het concept CenteringPregnancy® in de Verenigde Staten niet alleen uitgebreid naar CenteringParenting® maar ook naar andere medische zorg, zoals CenteringDiabetes®.²¹ Omdat het aantal patiënten met een chronische aandoening stijgt, en sinds 2014 ook het gemiddeld aantal huisartscontacten per patiënt, wordt zelfmanage-

ment steeds belangrijker.²²⁻²⁴ Centering® kan in die situatie ook voor Nederlandse huisartsen interessant zijn. De interventie heeft overeenkomsten met het Gezamenlijk Medisch Consult, maar biedt meer dan alleen het uitwisselen en beter begrijpen van informatie.²⁵ Het actief betrekken van patiënten bij medische handelingen heeft bewezen gezondheidseffecten, en *community building*, een essentieel onderdeel van de Centering®-methodiek, zou in de huisartsenpraktijk een goed tegenwicht kunnen bieden aan de groeiende vereenzaming onder ouderen als gevolg van steeds minder goed functioneren.²⁶ Centering® is bovenal een andere benadering van het vak, of dat nu verloskunde, jeugdgezondheidszorg of huisartsgeneeskunde is: de zorgverlener wordt een facilitator in plaats van een expert die kennis overdraagt. De overeenkomst met het Gezamenlijk Medisch Consult is dat beide interventies de patiënt bij het zorgproces betrekken en het geheel daardoor inzichtelijker maken voor de deelnemers, waardoor zij meer kennis opdoen. De vraag is of zorgverleners ook bereid zijn tot Centering® en de uitdaging willen aangaan om de transitie naar facilitator te maken. ■

LITERATUUR

1. Een goed begin: veilige zorg rond zwangerschap en geboorte [advies]. Utrecht: Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009.
2. Mohangoo AD, Buitendijk SE, Hukkelhoven CW, Ravelli AC, Rijninks-van Driel GC, Tamminga P, et al. Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen: de Peristat-II-studie. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:2718-27.
3. Mohangoo AD, Hukkelhoven CW, Achterberg PW, Elferink-Stinkens PM, Ravelli AC, Rijninks-van Driel GC, et al. Afname van foetale en neonatale sterfte in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 2014;158:A6675.
4. De Graaf JP, Steegers EA, Bonsel GJ. Inequalities in perinatal and maternal health. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2013;25:98-108.
5. Bonsel GJ, Birnie E, Denkaş S, Steegers EAP, Poeran VJJ. Lijnen in de perinatale sterfte: Signalementstudie 'Zwangerschap en Geboorte' 2010. Rotterdam: Erasmus MC, 2010.
6. Baron R, Mannin J, Te Velde SJ, Klomp T, Hutton EK, Brug J. Socio-demographic inequalities across a range of health status indicators and health behaviours among pregnant women in prenatal primary care: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15:261.
7. Rising SS. Centering pregnancy: An interdisciplinary model of empowerment. *J Nurse Midwifery* 1998;43:46-54.
8. #genoeggezegen [internet]. Ede: Stichting Geboortebeweging, 2016. <http://geboortebeweging.nl>, geraadpleegd 1 november 2018.
9. Lassi Z, Kumar R, Bhutta Z. Community-based care to improve reproductive, maternal, newborn, and child health. In: Black R, Temmerman M, Laxminarayan R, Walker N, editors. *Disease control priorities, 3rd ed., vol 2: Reproductive, maternal, newborn, and child health*. Washington (DC): World Bank, 2017.
10. Ten Hoop-Bender P, Kearns A, Caglia J, Tunçalp Ö, Langer A. Group care: Alternative models of care delivery to increase women's access, engagement and satisfaction. Boston (MA): Women and Health Initiative/Maternal Health Task Force/Harvard School of Public Health, 2014.
11. Ickovics JR, Kershaw TS, Westdahl C, Magriples U, Massey Z, Reynolds H, et al. Group prenatal care and perinatal outcomes: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007;110:330-9.
12. Catling CJ, Medley N, Foureur M, Ryan C, Leap N, Teate A, et al. Group versus conventional antenatal care for women. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2:CD007622.
13. Cunningham SD, Lewis JB, Shebl FM, Boyd LM, Robinson MA, Grilo SA. Group prenatal care reduces risk of preterm birth and low birth weight: A matched cohort study. *J Womens Health (Larchmt)* 2018 Sep 25 [Epub].
14. McNeil DA, Vekved M, Dolan SM, Siever J, Horn S, Tough SC. A qualitative study of the experience of CenteringPregnancy group prenatal care for physicians. *BMC Pregnancy Childbirth* 2013;13(Suppl 1):S6.
15. Baldwin K, Phillips G. Voices along the journey: midwives' perceptions of implementing the CenteringPregnancy model of prenatal care. *J Perinat Educ* 2011;20:210-7.
16. The VBHC concept [internet]. Amsterdam: ValueBased Healthcare Center Europe, 2018. www.vbhc.nl, geraadpleegd 15 november 2018.
17. Rijnders M, Jans S, Aalhuizen I, Detmar S, Crone M. Women centered care. Implementation of CenteringPregnancy® in the Netherlands. [Birth, in press].
18. Crone MR. The road to an integrated CenteringPregnancy: An effect evaluation. Projectnummer 209020006. Den Haag: ZonMW, 2012-2018.
19. Kweekel L, Gerrits T, Rijnders M, Brown P. The role of trust in CenteringPregnancy: Building interpersonal trust relationships in group-based prenatal care in the Netherlands. *Birth* 2017;44:41-7.
20. Novick G, Reid AE, Lewis J, Kershaw TS, Rising SS, Ickovics JR. Group prenatal care: Model fidelity and outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 2013;209:112.e1-6.
21. Centering is the answer to many healthcare challenges [internet]. Boston (MA): Centering Health Care Institute, 2009-2018. www.centeringhealthcare.org/what-we-do/innovations, geraadpleegd 28 september 2018.
22. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part I). *Health Promot Pract* 2005;6:37-43.
23. Marks R, Allegrante JP, Lorig K. A review and synthesis of research evidence for self-efficacy-enhancing interventions for reducing chronic disability: implications for health education practice (part II). *Health Promot Pract* 2005;6:148-56.
24. Zorg door de huisarts: Omvang zorggebruik. In: Boersma-van Dam ME, Weesie YM, Hek K, Davids RN, Winckers ML, Korteweg L, et al. *Nivel Zorgregistraties eerste lijn: Jaarcijfers 2017 en trendcijfers 2011-2017*. Utrecht: Nivel, 2018.
25. Zantinge E, Seesing F, Tol F, Raats C, Spreeuwenberg P, Van Dulmen M. 'Gezamenlijk Medisch Consult': samen naar de dokter: Ervaringen van patiënten en zorgverleners. *Ned Tijdschr Geneesk* 2009;153, A828.
26. [internet]. Den Haag: Volksgezondheidszorg.info, 2018. www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/eenzaamheid, geraadpleegd 1 november 2018.
27. TNO. Evaluatie van CenteringParenting® in Nederland. Rapportage TNO/CH R11063. Leiden: TNO, 2016.

Rijnders ME, Jans SM, Groessen K, Crone MR. Komen twaalf vrouwen bij de verloskundige: De introductie van CenteringPregnancy® in Nederland. *Huisarts Wet* 2019;62:DOI:10.1007/s12445-018-0398-3. TNO, Afdeling Child health, Leiden: dr. S.M.P.J. Jans, verloskundige en onderzoeker; dr. M.E.B. Rijnders, verloskundige np en onderzoeker, marlies.rijnders@tno.nl. Stichting CenteringHealthcare Nederland, Sneek: K. van Groesen, verloskundige. LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns-geneeskunde, Leiden: dr. M.R. Crone, universitair hoofddocent. Mogelijke belangenverstrengeling: Katja van Groesen is voorzitter van de Stichting CenteringHealthcare Nederland, een non-profitorganisatie ter ondersteuning van de implementatie van het Centering zorgmodel (<https://www.centeringhealthcare.nl>).