

Schipholweg 77-89
2316 ZL Leiden
Postbus 3005
2301 DA Leiden

www.tno.nl

T +31 88 866 90 00

TNO-rapport**TNO/CH 2016 R10627****Implementatie van CenteringPregnancy in
Nederland 2012-2015**

Datum	Mei 2016
Auteur(s)	M.E.B. Rijnders S.B. Detmar K.C. Herschderfer
Aantal pagina's	51 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	2
Opdrachtgever	KNOV
Projectnummer	060.16650

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© 2016 TNO

Inhoudsopgave

1	Samenvatting	3
1.1	Inleiding	3
1.2	Doel.....	3
1.3	Methoden.....	3
1.4	Resultaten.....	3
1.5	Conclusie	4
2	Inleiding	5
3	Methode	7
3.1	Design.....	7
3.2	Cohortstudie Proces en zwangerschapsuitkomsten	7
3.3	Bevorderende en belemmerende factoren	10
3.4	Kosten CenteringPregnancy.....	10
4	Overzicht implementatie CenteringPregnancy in Nederland.....	12
5	Resultaten Cohortstudie	17
5.1	Participatie Zwangeren	17
5.2	Kenmerken zwangeren.....	17
5.3	Proces Uitkomsten.....	18
5.4	Zwangerschapsuitkomsten.....	18
6	Ervaringen Zwangeren	21
7	Belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie	26
7.1	Bevorderende factoren	26
7.2	Belemmerende factoren	27
8	Kosten.....	29
9	Discussie en aanbevelingen.....	32
10	Literatuur	35
	Bijlage(n)	
	A Topic Lijst Interviews	
	B Cliëntevaluatie	

1 Samenvatting

1.1 Inleiding

Vrouwen met een lage Sociaal Economisch Status (SES) hebben verhoogde risico's op ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Een deel van deze ongunstige uitkomsten heeft te maken met de ongezondere leefstijl van vrouwen met een lage SES. CenteringPregnancy (CP) is een, uit de USA afkomstig, model van prenatale groepszorg expliciet gericht op gezondheidsbevordering en zelfmanagement van alle zwangeren maar in het bijzonder van zwangeren uit achterstandsituaties. In CP worden reguliere zwangerschapscontroles vervangen door groepsbijeenkomsten met 10-12 zwangeren met eenzelfde zwangerschapsduur. Sinds 2012 wordt CP in Nederland aangeboden.

1.2 Doel

Doel van dit rapport is om inzicht te geven in de implementatie van de eerste twee jaar van CP in Nederland en de resultaten te presenteren van onderzoek naar

- 1) de proces-, zwangerschapsuitkomsten en ervaringen van zwangeren
- 2) belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie

1.3 Methoden

Er is gebruik gemaakt van verschillende methoden om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

De proces en zwangerschapsuitkomsten zijn onderzocht door middel van een cohortstudie waarin zwangeren die CP hebben gekregen vergeleken zijn met zwangeren die individuele zorg hebben gekregen in dezelfde praktijken. Belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie zijn onderzocht door groepsinterviews met verloskundigen die CP aanbieden.

Om inzicht te krijgen in de kosten is een online enquête uitgezet onder verloskundigen die CP aanbieden.

1.4 Resultaten

In de cohortstudie zijn 597 zwangeren die CP kregen vergeleken met 1610 zwangeren in individuele zorg in dezelfde praktijken. Beide groepen verschilden niet in basiskarakteristieken behalve pariteit. In CP zaten significant meer nulliparae dan multiparae. In de gehele onderzoekspopulatie had 66% van de zwangeren een bekende risicofactor voor ongunstige zwangerschapsuitkomsten.

Na correctie voor praktijk en risicofactoren voor ongunstige zwangerschap uitkomsten hadden primiparae die CP hadden gevolgd vergeleken met zwangeren in individuele zorg significant minder vaak pijnmedicatie (38 vs. 48%, p0,048), minder vaak oxytocine bijstimulatie (38% vs. 46%, p 0.004) gekregen en waren vaker gestart met borstvoeding (90% vs. 83%, p 0,004). Multiparae die CP hadden gevolgd werden, vergeleken met multiparae in individuele zorg minder vaak verwezen (49% vs. 60%, p 0.001), bevielen minder vaak in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog (37% vs. 56%, p 0.007) en vaker thuis (33% vs. 24%, p 0.001). Zowel bij primiparae als multiparae waren geen statistisch significante verschillen tussen beide groepen in neonatale uitkomsten.

De overall tevredenheid tussen zwangeren die CP hadden gevolgd vergeleken met zwangeren in individuele zorg verschilde niet. Wel hadden zwangeren in CP vaker steun ervaren (87% vs. 76% p0.000), actief deelgenomen aan de zorg (91% vs. 75% vs. p0.002) en meer hun mening kunnen geven over de zorg (93% vs. 74% vs. p 0.000). Ook waren wensen met betrekking tot beweging, voeding en medicatie beter besproken.

Zorgverleners ervaren CP vaak als een meerwaarde van prenatale zorg en zijn zeer enthousiast. Een belemmerende factor voor implementatie van CP is de grotere tijdsinvestering van begeleiders. De “extra” tijdsinvestering van beide begeleiders samen is na 2 jaar gemiddeld 99 minuten per bijeenkomst.

1.5 Conclusie

CP is enthousiast ontvangen in Nederland. De eerste twee jaar CP tonen betere zwangerschapsuitkomsten voor moeder en kind en betere ervaringen onder zwangeren en zorgverleners. Grootste bedreiging voor de borging van CP is de grotere tijdsinvestering van zorgverleners en het ontbreken van een structurele vergoeding hiervoor.

2 Inleiding

Vrouwen met een lage Sociaal Economisch Status (SES) hebben verhoogde risico's op ongunstige zwangerschapsuitkomsten.¹ Een deel van deze ongunstige uitkomsten heeft te maken met de ongezondere leefstijl van vrouwen met een lage SES.^{2,3} Andere risicofactoren in deze groep liggen in een cumulatie van sociale en individuele problemen zoals het onvoldoende beheersen van de Nederlands taal, huisvestingsproblemen en psychische klachten² en het hebben van minder gezondheidsvaardigheden.

Verloskundige zorg in de eerste lijn in Nederland bestaat uit individuele zorg waarbij er in de zwangerschap zo'n 13 consulten zijn van gemiddeld 10-15 minuten.⁴ Aandacht voor leefstijlveranderingen, sociale en individuele problemen en een onvoldoende beheersing van de Nederlandse taal vragen meer tijd en een andere vorm van begeleiding. Zwangere vrouwen uit risico groepen ervaren te weinig mogelijkheden tot het stellen van vragen.⁵ Schriftelijke informatie is vaak niet toegesneden op laag geletterden. Het huidige verloskundig begeleidingsmodel lijkt dan ook niet goed toegesneden op de lage SES vrouwen⁶, terwijl bij deze groep juist veel gezondheidswinst te halen is.

In de VS is een prenataal zorgmodel ontwikkeld dat beter lijkt toegesneden op de vragen en wensen van met name vrouwen in een achterstandspositie. Dit model heet CenteringPregnancy (CP)^{7,8}. In CP worden de individuele prenatale controles vervangen door semi -gestructureerde groepsbijeenkomsten. Acht tot twaalf zwangeren komen in tien sessies van 2 uur bij elkaar onder leiding van een verloskundige zorgverlener en co-begeleider. De medische prenatale controles worden geïntegreerd met drie belangrijke componenten in gezondheidszorg: zelf management, ontwikkeling van kennis en ondersteuning. Binnen CP is er veel meer tijd en aandacht voor gezondheid bevorderende adviezen, het stimuleren van de zelf-effectiviteit van vrouwen en verhogen van hun kennisniveau omtrent zwangerschap en geboorte dan in het individuele zorgaanbod. Er komt daardoor meer ruimte voor 'zorg-op-maat'⁸.

Buitenlandse studies laten een positief effect van CP zien op zwangerschapsuitkomsten, gezondheidsvaardigheden, kennis, voorbereiding op de bevalling en borstvoedingscijfers⁹⁻¹¹ en gezondheidsgedrag^{12,13}. Daarnaast zijn er betere psychosociale uitkomsten, ervaren vrouwen meer ondersteuning en zijn zij tevredener over deze vorm van prenatale zorg.^{9, 14-16} Sinds 2012 wordt ook in Nederland CP aangeboden. Uit een evaluatie van de eerste 2 praktijken die CP in Nederland aanboden komt naar voren dat CP haalbaar is in de Nederlandse verloskundige praktijk.¹⁷ Dit is een belangrijk gegeven, gezien de essentiële verschillen in het verloskundig systeem tussen Nederland en de landen waar tot nu toe CP is geïntroduceerd (VS, Canada, Verenigd Koninkrijk, Australië en Zweden).¹⁸⁻²¹

Doelstelling Implementatie studie

CP is een model expliciet gericht op gezondheidsbevordering en zelfmanagement van alle zwangeren maar in het bijzonder van zwangeren uit achterstandsituaties. Als CP wordt aangeboden waarbij verschillende professionals in de keten samenwerken wordt een vorm van ketenaanpak gerealiseerd die innovatief is en

weinig bedreigend voor de positie van de verschillende zorgverleners. Zorgverleners praten immers niet alleen over de cliënten vanuit hun eigen domein maar vormen samen met zwangeren de groep. Expertise, kennis en achtergrond worden vanuit een “bottom-up” approach ingezet.

De KNOV ondersteunt de implementatie van CP in de geboortezorg om de zorg aan (achterstand) zwangeren te bevorderen en om vormen van integrale zorg te bevorderen die direct het welzijn van zwangeren kan verbeteren.

Doel van deze implementatie studie is om over de eerste twee jaar dat CP is aangeboden in Nederland inzicht te krijgen in

- 1) de proces-, zwangerschapsuitkomsten en ervaringen van zwangeren
- 2) belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie
- 3) de kosten van uitvoer van CP.

3 Methode

3.1 Design

Er is gebruik gemaakt van verschillende methoden om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

De proces en zwangerschapsuitkomsten zijn onderzocht door middel van een cohortstudie waarin zwangeren die CP hebben gekregen vergeleken zijn met zwangeren die individuele zorg hebben gekregen binnen de praktijken die CP aanbieden.

Belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie zijn onderzocht door groepsinterviews met verloskundigen die CP aanbieden.

Om inzicht te krijgen in de kosten is een online enquête uitgezet onder verloskundigen die CP aanbieden.

3.2 Cohortstudie Proces en zwangerschapsuitkomsten

3.2.1 *Steekproef*

CP is in 2012 ingevoerd in drie verloskundigenpraktijken (Amsterdam Vida, Amsterdam Aan 't IJ en Bakermat Wageningen). In de loop van 2013 zijn daar vijf praktijken bijgekomen (de Linde Spijkenisse, Doula Utrecht, Stadspraktijk Groningen, Groningen-Rijtdiep, Verloskundig Centrum Sneek).

Data in deze praktijken zijn verzameld van alle zwangeren die CP hebben ontvangen sinds de start van CP in de desbetreffende praktijk.

Voor de controlegroep zijn de data verzameld van alle zwangeren die CP hadden kunnen ontvangen maar individuele zorg hebben gekregen. De controledata zijn verzameld vanaf 1-1-2013 (voor de eerste drie praktijken) of vanaf de startdatum van CP in 2013 in de vijf later gestarte praktijken. Dat betekent dat voor de eerste drie praktijken wel data uit 2012 van CP zwangeren maar geen controles zijn meegenomen.

Data zijn verzameld van alle CP en controle zwangeren die vóór 1-4-2014 zijn bevallen. In 1 praktijk, die pas aan het einde van 2013 is gestart met CP, is de dataverzameling voortgezet tot een bevaldatum vóór 1-6-2014 .

3.2.2 *Inclusie en Exclusie criteria*

Geïnccludeerd zijn alle vrouwen met een doorgaande zwangerschap vanaf 16 weken die niet zijn verhuisd tijdens de zwangerschap (ivm follow up data bevalling). Voor de controle groep is het aanvullende inclusie criterium geweest dat zij CP hadden kunnen krijgen, gedefinieerd op basis van gegevens op de zwangerschapskaart. Dat houdt in dat geen data zijn verzameld van zwangeren die individuele zorg hebben gekregen en:

- meteen na de 1e controle verwezen zijn
- bij de 1e controle een indicatie voor specialistische zorg tijdens de zwangerschap hadden
- voor 20 weken een verdenking IUVD of congenitale afwijking hadden
- Na 28 weken in zorg zijn gekomen.

3.2.3 *Interventie*

Bij CP wordt prenatale zorg aangeboden aan 10-12 zwangeren door twee begeleiders, een medisch-verloskundig verantwoordelijke begeleider en een co-begeleider. Een groep komt 10 keer bij elkaar, 9 keer tijdens de zwangerschap tot zo'n 36 weken zwangerschap en 1 keer post partum. De eerste prenatale controle is individueel en na 9 groepsbijeenkomsten volgen weer individuele consulten voor de resterende duur van de zwangerschap.

Elke bijeenkomst start met de medische controles waar de zwangere zelf in participeert: zij doet zelf de bloeddruk controle, weegt, houdt zelf haar gegevens bij (naast de zorgverlener). Daarnaast bereidt zij zich voor op de discussie door het invullen van een eenvoudig zelf assessment formulier dat betrekking heeft op het te bespreken onderwerp. Tenslotte noteert de zwangere gezondheidsdoelen en houdt ze bij in hoeverre deze doelen bereikt worden.

De te bespreken thema's staan in principe per bijeenkomst vast en om de discussie te starten of zwangeren zich meer te laten verdiepen in het onderwerp worden activiteiten aangeboden. Bijvoorbeeld ter voorbereiding van de kraamperiode worden zwangeren en hun partners (indien aanwezig) gevraagd om een overzicht van een kraamdag weer te geven. Dit wordt gedaan met behulp van een stapel foto's waarop alle mogelijke situaties uit de kraamperiode staan afgebeeld. De daaruit volgende vragen, opmerkingen, tips worden vervolgens besproken. Indien medisch of psycho-sociaal noodzakelijk kan een extra individueel consult worden afgesproken.

3.2.4 *Dataverzameling*

Data voor de vergelijking tussen CP zwangeren en zwangeren die individuele zorg hebben gekregen zijn geanonimiseerd verkregen via de zwangerschapskaarten. De volgende data zijn verzameld:

Proces: *aantal prenatale controles, reden en moment van verwijzing.*

Demografische gegevens: van alle zwangeren zijn de demografische variabelen leeftijd moeder, pariteit, uitgerekende datum, afkomst, burgerlijke stand, Body Mass Index (BMI) en rookgedrag ("nooit gerookt, gestopt voor de zwangerschap, gestopt voor de eerste prenatale controle of nog rokend") en 4 cijfers postcode verzameld.

Zwangerschapsuitkomsten: de volgende zwangerschapsuitkomsten zijn verzameld: maternaal: zwangerschapsduur, plaats baring, verantwoordelijk zorgverlener, wijze bevalling, maternale interventies zoals inleiding, bijstimulatie en pijnmedicatie, start borstvoeding. Neonataal: Apgar score, geboortegewicht en opname kind.

Ervaringen zwangeren: de ervaringen van de zwangeren met de prenatale zorg zijn gemeten tussen oktober en december 2013 in de praktijken uit de implementatiestudie. Alle zwangeren die op dat moment 36 weken zwanger waren, zijn door de verloskundige gevraagd een online vragenlijst in te vullen, of indien gewenst een schriftelijke vragenlijst.

De vragenlijst bevatte vragen over demografische kenmerken, over ervaringen met de zorg (Littlefields and Adams²²), over ondervonden steun (short scale of social support²³) en over borstvoeding (TNO landelijke peiling borstvoeding²⁴).

Ter completering worden ook de ervaringen van CP zwangeren met de inhoud van CP weergegeven. Deze laatste data zijn verzameld in het kader van een door

Achmea gesubsidieerd onderzoek en verzameld met een binnen CP regulier gebruikt cliënten evaluatie formulier.²⁵

3.2.5 Analyse

Sociaal Economische Status (SES) is gedefinieerd aan de hand van de 4 cijfers van de postcode gekoppeld aan CBS statusscores.²⁶

Een variabele "risico zwangere" is gemaakt om de mate van participatie aan CP en verschillen in zwangerschapsuitkomsten tussen risico en niet risico zwangeren te kunnen onderzoeken. Onder risico zwangere wordt verstaan een zwangere met een of meer van de volgende risicofactoren geconstateerd bij de eerste prenatale controle: tienerzwangerschap, niet wonend met een partner (LAT of alleenstaand), niet van Nederlandse afkomst, lage SES, rokend in zwangerschap, Body Mass Index (BMI) >35. Wonend in een achterstandswijk is niet opgenomen in de definitie risico zwangere omdat de 4 cijfers van de postcode niet 1 op 1 overeenkomen met de definities van achterstandswijken.²⁷

Vanwege de lage prevalentie van verschillende slechte neonatale uitkomsten is een samengestelde variabele "slechtere neonatale uitkomst" gedefinieerd voor een pasgeborene indien een of meer van de volgende uitkomsten voorkomen: te vroeg geboren (onder de 37 weken), een Apgar score onder de 7 na 5 minuten, een laag geboortegewicht (onder de 2500 gram).

Het percentage zwangeren dat in de praktijken meedoet aan CP is berekend aan de hand van de data die zijn verzameld na 1-1-2013. De data van de CP zwangeren verzameld voor 1-1-2013 zijn niet meegenomen voor de prevalentie wegens het ontbreken van een controlegroep in die periode.

Verschillen tussen CP zwangeren en zwangeren met individuele zorg wat betreft basiskenmerken, zwangerschapsuitkomsten en ontvangen prenatale zorg zijn berekend over het gehele cohort. Er is uitgegaan van "Intention to treat" analyses waarbij een zwangere als "CP zwangere" is gedefinieerd als zij tenminste één CP bijeenkomst heeft bijgewoond.

Verschillen tussen groepen zijn getoetst op statistische significantie met behulp van de Chi kwadraat toets voor categorale variabelen en Anova voor continue variabelen. Een p waarde kleiner dan 0,05 is als statistisch significant beschouwd. Om gecorrigeerde Odds ratio's (AO) voor zwangerschapsuitkomsten te berekenen is binaire logistische regressie gedaan. Omdat CP een keuze is van de zwangeren zijn zwangerschapsuitkomsten tussen beide groepen gecorrigeerd voor verschillen in basiskarakteristieken met een p waarde < 0.1. Daarnaast zijn de uitkomsten gecorrigeerd voor verloskundigenpraktijken omdat zwangerschapsuitkomsten significant kunnen verschillen tussen praktijken onafhankelijk van de samenstelling van de populatie²⁸ en voor de variabele "risico zwangere" om er zeker van te zijn dat ook een niet significante verschil in percentage risico zwangere tussen beide groepen niet het effect van CP op vertekent.

Zwangerschapsuitkomsten zijn per pariteit gepresenteerd als getallen met percentages (%) of gemiddelden met standaarddeviatie (sd) en ongecorrigeerde en gecorrigeerde Odds Ratio's (OR and AOR) met bijbehorend betrouwbaarheidsinterval (95% CI). Data zijn geanalyseerd met behulp van SPSS 22.0.³⁰

3.3 Bevorderende en belemmerende factoren

3.3.1 *Steekproef*

Om informatie te verkrijgen over belemmerende en bevorderende factoren gedurende de verschillende fases van implementatie zijn er interviews gehouden met 10 verloskundigenpraktijken die tussen 2012 en 2014 zijn gestart met CP, en 1 ziekenhuis waar CP in 2014 is gestart.

3.3.2 *Dataverzameling*

De interviews werden afgenomen op de verloskundigenpraktijken door 2 interviewers (Inger Aalhuizen van de KNOV en Marlies Rijnders van TNO) aan de hand van een vooraf opgestelde topiclijst (bijlage 1). Interviews werden opgenomen en geheel uitgeschreven. Vervolgens zijn de teksten geanalyseerd op genoemde bevorderende en belemmerende factoren en hun onderliggende redenen. Een samenvatting van deze factoren is weergegeven.

3.4 Kosten CenteringPregnancy

3.4.1 *Steekproef*

Om de kosten in kaart te brengen is in juni 2015 een online enquête uitgezet onder organisaties in Nederland die op dat moment tenminste 6 maanden CP aanboden. Er is expliciet gekozen om dit onderzoek uit te voeren onder praktijken die al langer CP aanboden om een reëler beeld van met name de tijdsinvestering te krijgen na de initiële investering voor opstarten. In totaal 30 organisaties (verloskundigenpraktijken en ziekenhuizen) zijn per brief benaderd om de enquête per organisatie in te vullen.

3.4.2 *Dataverzameling*

De enquête bevatte vragen over tijdsinvestering van de primaire en co begeleider, de eenmalige en terugkerende kosten voor het uitvoeren van CP, en vragen over aangevraagde en gehonoreerde vormen van vergoedingen bijvoorbeeld innovatie tarieven van verzekeraars of lokale subsidies van gemeenten.

3.4.3 *Analyse*

In dit verslag worden met name de kosten voor de extra geïnvesteerde tijd per bijeenkomst van de primaire en co begeleider weergegeven. De tijdsinvestering van de primaire begeleider is afgezet tegen het C3 rapport van de KNOV³¹ omdat de primaire begeleider in dit onderzoek altijd een verloskundige was. In het C3 rapport wordt per zwangere uitgegaan van 15 minuten voor reguliere prenatale visite, 20 minuten voor counseling structureel echoscopisch onderzoek, 10 minuten voor counseling neonatale screening (beide counseling kan binnen CP plaatsvinden) en 10 minuten voor totale administratie. Op basis van 1/3 van de totale administratietijd voor de zwangerschap is de totale tijdsinvestering voor 9 contactmomenten in de zwangerschap dan 175 minuten per zwangere.

Kosten voor het deelnemen aan training en intervisie zijn niet meegenomen omdat veel verloskundigen in het kader van deelname aan onderzoek deze gratis ontvingen. Daarnaast zijn training en intervisie ondergebracht in het kwaliteitsregister van de verschillende beroepsverenigingen en worden zorgverleners "vergoed" door middel van kwaliteitspunten.

Verschillen tussen groepen zijn getoetst op statistische significantie met behulp van de Chi kwadraat toets voor categorale variabelen en Anova voor continue variabelen. Een p waarde kleiner dan 0,05 is als statistisch significant beschouwd. Resultaten zijn weergegeven als absolute getallen met percentages (%) of gemiddelden met standaarddeviatie (sd).

4 Overzicht implementatie CenteringPregnancy in Nederland

4.1.1 *Pilot Haalbaarheid CP*

In 2011 is door het Loosco Fonds een subsidie verleend aan TNO Child Health om de haalbaarheid van CP in de Nederlandse geboortezorg in een pilot te onderzoeken.

Aan deze pilot deden drie verloskundigenpraktijken mee die verschilden in omvang en samenstelling van de cliënt populatie. Twee praktijken hadden veel zwangeren uit verschillende culturen en achterstandswijken en één praktijk had vooral hoger opgeleide Nederlandse zwangeren.

Door drie praktijken met verschillende omvang en verschillende populaties te betrekken bij de pilot kon inzicht verkregen worden over de haalbaarheid in verschillende settings en de ervaringen met CenteringPregnancy onder zwangeren uit verschillende culturen en verschillend in sociaal economische achtergrond. Met elke praktijk afzonderlijk is 2 keer uitgebreid overleg gevoerd om de verloskundigen kennis te laten maken met het concept CenteringPregnancy, mogelijke belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie te identificeren en oplossingen daarvoor te bedenken c.q. te faciliteren.

November 2011 namen uit de drie participerende praktijken in totaal twaalf verloskundigen en drie ondersteunde praktijkmedewerkers deel aan de eerste CP training in Nederland. Deze was georganiseerd door TNO en uitgevoerd door een trainer van het Centering Healthcare Institute (CHI) uit Washington DC, in de VS. Naast de drie ondersteunde praktijkmedewerkers van de drie praktijken namen ook een leerkracht van de Verloskunde Academie Amsterdam, een beleidsmedewerker van de KNOV en een onderzoeker van TNO deel aan de training. Tussen december 2011 en februari 2012 zijn de drie praktijken vervolgens gestart met het aanbieden van CP. De eerste "Centering baby" werd geboren mei 2012.

Volgend op de eerste training in de pilot is een kerngroep opgericht bestaande uit een verloskundige per pilotpraktijk, de leerkracht van de verloskunde academie, de beleidsmedewerker van de KNOV en de onderzoeker van TNO. De kerngroep heeft, in nauwe samenwerking met CHI en andere verloskundigen uit de pilot, de CP materialen voor zwangeren en verloskundigen vertaald en aangepast aan de Nederlandse geboortezorg. Daarnaast is een aanzet gemaakt tot een implementatietraject voor Nederland (zie 4.1.3).

In 2013 zijn de leerkracht van de Verloskunde Academie Amsterdam, de beleidsmedewerker van de KNOV, de onderzoeker van TNO en één van de eerstelijns verloskundigen geweest in the VS om een CP training voor gevorderden, -volgens de zogenaamde "train the trainer" methodologie- gevolgd om andere verloskundigen in Nederland zelf te kunnen gaan trainen.

Uit deze pilot kwam naar voren dat CP organisatorisch haalbaar is in de verloskundigenpraktijk mits de praktijk van voldoende omvang is. Ongeveer 160 vrouwen ontvingen CP binnen de pilot en de zwangeren en zorgverleners waren zeer positief over deze vorm van zorg.

4.1.2 *Vervolg na de pilot*

Na afloop van de pilot heeft de KNOV via kwaliteitsgelden van verloskundigen de implementatie van CP verder vorm kunnen geven. Zes nieuw verloskundigenpraktijken zijn 2013 het implementatietraject van CP in gegaan

waarna er vijf in 2013 gestart zijn met CP. Eén verloskundigenpraktijk is pas de tweede helft van 2014 gestart met CP. Op deze ene praktijk na zijn van alle praktijken uit de pilot en uit de KNOV implementatiestudie data verzameld voor een cohortonderzoek (gepresenteerd in hoofdstuk 5).

Naast de pilot studie en de KNOV implementatie studie zijn nog twee onderzoeksvoorstellen gehonoreerd waardoor het mogelijk werd CP op meerdere locaties te laten starten. In het consortium noordelijk Zuid Holland is door het LUMC en TNO in 2013 een effectstudie gestart, gesubsidieerd door ZonMW en in Amsterdam is in 2014 door TNO een door Achmea gesubsidieerd project gestart gericht op het integraal aanbieden van zorg binnen CP. In totaal zijn binnen al deze onderzoeksprojecten 26 verloskundigenpraktijken en 5 ziekenhuizen gestart met CP.

Tenslotte zijn er sinds 2014 ook buiten onderzoeksprojecten om verloskundigenpraktijken en ziekenhuizen gestart met CP. Deze praktijken worden op geen enkel wijze vergoed voor de kosten die ze maken door CP. Een enkele verloskundigenpraktijk ontvangt soms tijdelijk lokale subsidies voor de start van CP.

4.1.3 *Implementatie en certificering*

Tijdens de pilot is de kerngroep begonnen om in Nederland een implementatie traject en certificeringstraject op te zetten om de kwaliteit van CP in Nederland te borgen. Dit is na de pilot verder ontwikkeld en uitgevoerd evenals de evaluatie en doorontwikkeling van materialen, content en trainingen. Deze activiteiten zijn bekostigd door TNO en de KNOV vanuit de kwaliteitsgelden van verloskundigen.. Het implementatie traject houdt in dat met geïnteresseerde praktijken/ziekenhuizen voorlichting wordt gegeven meestal binnen VSV verband volgend door tenminste één *implementatiegesprek* om het concept nog meer te verduidelijken, bevorderende en belemmerende factoren bij implementatie te bespreken en het verdere implementatietraject op locatie te plannen.

Volgend op deze gesprekken worden *trainingen* verzorgd voor alle verloskundigen en gynaecologen die de rol van primaire begeleider bij de groepsbijeenkomsten hebben en voor diegenen die de rol van co-begeleider hebben. Dit kunnen bijvoorbeeld kraamverzorgenden, mensendiecktherapeuten, doula's, ondersteunende medewerkers of andere professionals zijn.

Na de training worden er 3 *interviewbijeenkomsten* per persoon aangeboden binnen de eerste 2 jaar na de start van CP in de organisatie. Binnen grotere organisaties, zoals bijvoorbeeld een ziekenhuis, wordt ook de mogelijkheid tot een of meerdere workshops geboden aan betrokkenen die niet CP uitvoeren maar wel zwangeren werven. Een dergelijke workshop vergoot het draagvlak binnen de organisatie, en vergroot de zichtbaarheid van CP wat belangrijk is gezien de vaak hogere turnover van personeel.

Na afronding van de training worden de organisaties voorzien van de benodigde *materialen* om CP te kunnen uitvoeren: een doos met materialen behorende bij activiteiten voor interactief leren tijdens de groepsbijeenkomsten; boekjes voor zwangeren met informatie, zelf assessment en bijhouden van de eigen zwangerschapsgegevens, werving flyers en posters en tenslotte formulieren of Excel files voor evaluatie en het bijhouden van procesdata: presentie, behandelde onderwerpen, cliëntenevaluatie en evaluatie groepsproces.

Tenslotte wordt de mogelijkheid geboden om via mail of telefoon advies, ondersteuning en feedback te vragen aan een van de trainers of leden van de kerngroep en is er een online netwerkgroep op Kennisnet Geboortezorg voor vragen en ondersteuning van zorgverleners.

Het gehele implementatie traject duurt ongeveer 2 jaar en leidt tot certificering.

Certificering vindt plaats per zorgverlener en is afhankelijk van (binnen 2 jaar):

- het gevolgd hebben van de 2 daagse training
- het gevolgd hebben van de 3 intervisie bijeenkomsten
- minimaal 3 groepen volledig begeleid hebben
- registratie van data en evaluatie
- Certificering is geldig voor 4 jaar en wordt verlengd indien:
 - voldaan wordt aan continue dataregistratie en evaluatie
 - er na 2 jaar nogmaals 3 dagdelen CP intervisie en/of een verdiepingsmodule CP is gevolgd
- de zorgverlener minimaal 2 groepen per jaar draait
- Na 6 jaar is er vooralsnog geen hernieuwde her-certificatietraject.

November 2014 zijn de eerste verloskundigen gecertificeerd.

4.1.4 *Zichtbaarheid CP*

In de Nederlandse geboortezorg.

Om CP zichtbaar te maken voor alle stakeholders in de geboortezorg is er een website opgezet en hebben leden van de kerngroep meerdere presentaties, lessen en workshops verzorgd op o.a. symposia, nationale congressen, verloskundige samenwerkingsverbanden en consortia, overheidsinstellingen en de verloskunde opleidingen. De leden dragen actief bij aan discussies in verschillende gremia en via sociale media, en worden regelmatig geïnterviewd door vakbladen, vrouwenbladen en lokale en nationale kranten. In 2015 en 2016 verschenen er meerdere korte columns over CP in het Tijdschrift voor Verloskundigen.

Internationaal

Er zijn meerder presentaties gehouden op internationale congressen waaronder de International Confederation of Midwives.

Een wetenschappelijk artikel over het concept "trust" binnen CP is recent aangeboden aan een peer reviewed tijdschrift.

Er is een bijdrage geleverd aan een hoofdstuk over internationale ontwikkelingen van CP in Nederland voor een Engelstalig boek over Centering Healthcare dat in 2016 zal verschijnen.

Er zijn presentaties en trainingen verzorgd in Suriname en België gevolgd door implementatie van CP aldaar.

Door de KNOV en TNO wordt CP binnen Sharenet als exportproduct van Nederland neergezet. Sharenet is een samenwerkingsverband van organisaties actief op het gebied van sexual and reproductive health and rights, gefinancierd door Buitenlandse Zaken. Er is binnen Sharenet veel interesse voor CP en CenteringParenting. In 2016 is CenteringPregnancy dan ook op de Women Deliver conference gepresenteerd in the Holland House.

TNO is lid van een internationale werkgroep antenatal group care die tot doel heeft stelt internationale model ontwikkeling, implementatie en indicatoren voor evaluatie wereldwijd af te stemmen.

4.1.5 *CenteringParenting*

Door het enthousiasme van zwangeren is bij de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) de vraag naar eenzelfde model van zorg gekomen: CenteringParenting (CPa).

CPa is eenzelfde model van zorg voor moeder en kind binnen de JGZ.³² Het doel van de inzet van CPa is dat in de toekomst één doorgaande lijn van zorg aangeboden kan worden volgens de Centering-methode. Hierin bieden verloskundigen, kraamverzorgenden en medewerkers van de JGZ samen groepszorg aan gezinnen vanaf 12-16 weken zwangerschap tot de baby 1 jaar is. De meerwaarde van deze doorgaande lijn van zorg is dat de samenwerking en afstemming in de geboorteketen wordt verstevigd. Op de juiste momenten worden (co-)begeleiders ingezet met passende inhoudelijke kennis en vaardigheden waardoor ze ondersteunend zijn aan de deelnemers aan de groep. Door dit vroegtijdig contact is de verwachting dat toekomstige problemen, met name bij risicogezinnen, tijdig gesignaleerd en begeleid kunnen worden en mogelijk latere (grotere) problemen voorkomen kunnen worden waardoor zorgkosten zullen afnemen. Op 4 locaties is (CPa) inmiddels gestart en zijn zeker 3 organisaties een implementatietraject ingegaan.

4.1.6 *Stand van zaken in 2016*

Op dit moment zijn zorgverleners uit 67 verloskundigenpraktijken, 8 ziekenhuizen en 30 kraamzorgorganisaties getraind om CP aan te bieden. Daarnaast zijn er mensendiecktherapeuten, doula's, voorlichters eigen taal en cultuur en JGZ medewerkers getraind. Voor studenten van de verloskunde opleidingen worden workshops en lessen verzorgd. Eén van de opleidingen integreert CP in het nieuwe curriculum.

CP wordt in tenminste 48 praktijken en 7 ziekenhuizen aangeboden. Behalve binnen onderzoeksprojecten, de module integrale geboortezorg van Achmea en via sommige gemeenten wordt op geen enkele wijze (een deel van) de kosten van CP structureel vergoed.

4.1.7 *Nieuwe ontwikkelingen*

In 2015 is in nauwe samenwerking met de Stichting Amsterdamse Gezondheidscentra (SAG) de module CenteringFit (CPFit) ontwikkeld. CPFit is een module bewegen voor zwangeren die op verschillende wijzen binnen CP kan worden aangeboden: variërend van een beweegmodule als warming up, een uur bewegen ter afsluiting van de sessie of geïntegreerd binnen enkele of alle CP bijeenkomsten. CPFit wordt aangeboden door zwangerschapsdocenten of mensendiecktherapeuten die ook de co-begeleider bij een CP groep kunnen zijn. Op deze wijze wordt de medische zorg, informatie, kennisuitwisseling en interactie én bewegen in één exclusief pakket van zorg binnen de geboortezorg aangeboden. Verloskundigen, oefentherapeuten van de SAG én zwangere vrouwen zijn positief en de samenwerking wordt over en weer door de zorgverleners als meerwaarde ervaren. Deelname voor de zwangere vrouwen aan CPFit is gratis.

In 2016 is een werkgroep implementatie integrale CP gestart vanuit de KNOV, een werkgroep partner betrokkenheid en wordt een module voeding ontwikkeld. In de werkgroep implementatie integrale CP nemen zorgverleners uit 0^e, 1^e en 2^e lijn deel en worden handvatten ontwikkeld voor zorgverleners en beleidsmedewerkers om integrale CP vorm te kunnen geven.

In de werkgroep partner betrokkenheid wordt binnen de CP methodiek gekeken naar mogelijkheden deze geschikter te maken voor partner betrokkenheid c.q. een specifieke partner module te ontwikkelen. Bij deze werkgroep zijn naast verloskundigen ook trainers/therapeuten betrokken met focus op de toekomstige vaderrol.

De module voeding richt zich op de ontwikkeling van gepersonaliseerd advies ten aanzien van voeding en het toegankelijk maken van de interactieve educatie materialen voor zwangeren met minder goede gezondheidsvaardigheden. i

Daarnaast loopt een samenwerking met OuderTeam.nu. OuderTeam.nu is een programma dat zich richt op het versterken van de samenwerkingsrelatie tussen ouders. De Hogeschool Leiden doet hier onderzoek naar en biedt JGZ-verpleegkundigen, verloskundigen, kraamverzorgenden, maatschappelijk werkers en huisartsen een training aan om dit programma effectief te gebruiken. In hoeverre dit programma geïntegreerd dan volgend kan zijn op (delen) van CP wordt op dit moment bekeken.

5 Resultaten Cohortstudie

5.1 Participatie Zwangeren

In 2013 varieerde het percentage zwangeren dat CP ontving significant tussen praktijken. De gemiddelde prevalentie was 23%, range 13-34 %, p 0.000). De prevalentie lag niet significant hoger in de praktijken die al in 2012 gestart waren.

5.2 Kenmerken zwangeren

In Tabel 1 zijn de basiskarakteristieken weergegeven van zwangeren die CP ontvingen en zwangeren die individuele zorg ontvingen. Wat opvalt is dat er in CP significant meer nulliparae participeren, maar de overige kenmerken niet significant verschillen tussen de groepen. Vergeleken met individuele zorg bereikt CP een vergelijkbaar percentage vrouwen met een risicofactor voor slechtere baringsuitkomsten.

Tabel 1: Basis karakteristieken van zwangeren tijdens de eerste prenatale visite, die ofwel CP hebben ontvangen ofwel alleen individuele zorg, n=2189

	Individuele zorg , n=1610	CP, n=579	P waarde
	n (%)	n (%)	
	mean [sd]	mean [sd]	
Pariteit*			
nulliparae	721 (45)	385 (66)	0.000
multiparae	889 (55)	195 (34)	
Afkomst			
Niet Nederlands	586 (36)	195 (34)	0.16
Nederlands	1018 (63)	384 (66)	
Burgerlijke staat			
Alleenstaand of LAT	183 (12)	75 (13)	
Getrouwd of samenwonend	1406 (88)	500 (87)	0.33
Leeftijd bij baring			
gemiddeld	30.2 [5.0]	30.0 [5.0]	0.33
Tiener (<20 years)	28 (2)	12 (2)	
Volwassene (≥ 20 years)	1580 (98)	566 (98)	0.61
Rookgedrag			
Rookt nog	150 (10)	42 (7)	
Gestopt in 1e trimester	130 (8)	51(9)	
Nooit gerookt of gestopt voor zwangerschap	1264 (82)	469 (84)	0.37
BMI			
Gemiddeld	24.0 [4.2]	23.8 [4.1]	0.48
Te licht BMI<18	44 (3)	13 (2)	0.43
Normaal BMI ≥18 en <25	1022 (65)	389 (69)	
Overgewicht BMI ≥ 25 en < 30	363 (23)	110 (19)	
Obese BMI ≥30 en <35	117 (7)	42 (7)	
Ernstig obese BMI> 35	31 (2)	12 (2)	
SES			
Laag	713 (44)	265 (46)	0.54
Gemiddeld tot hoog	897 (56)	314 (54)	
Risico zwangere			
Ja	1072 (68)	366 (64)	0.14
Nee	508 (32)	202 (36)	

*Risico zwangere= zwangere met een of meer van de volgende basiskarakteristieken: tienerzwangerschap, LAT of alleenstaand, niet Nederlands, lage SES, rokend in zwangerschap of BMI>35.

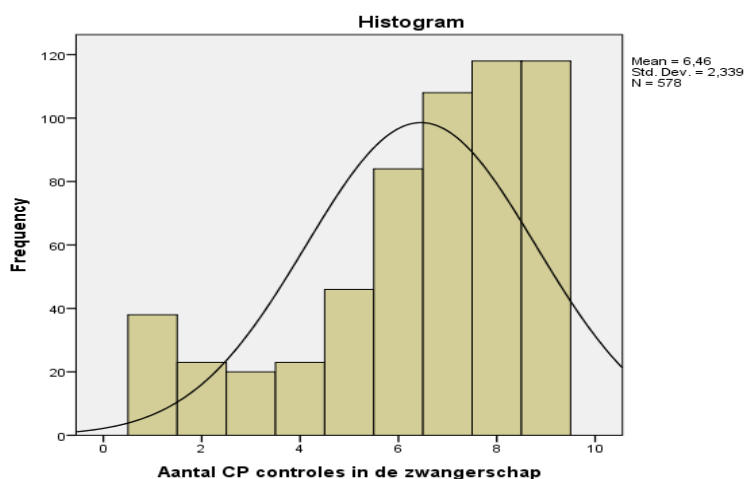
Binnen de subgroup risico zwangeren (n=1483) waren binnen CP vergeleken met individuele zorg eveneens significant meer nulliparae (67% versus 46%, p 0.000),

hadden multiparae vaker een lage SES (79% versus 67% p 0.008) en rookten multiparae (net niet significant) minder vaak bij de eerste controle (8.8% versus 15.5% p, 0.07) .

5.3 Proces Uitkomsten

Vrouwen die CP volgden kregen in de verloskundigenpraktijk gemiddeld 13,2 (sd 3.0) prenatale controles en vrouwen in individuele zorg gemiddeld 10,9 controles (sd 3.2). Na correctie voor determinanten geassocieerd met verschillen in aantal zorgcontacten zoals pariteit, verloskundigenpraktijk, SES status en verwijzing tijdens de zwangerschap hadden CP zwangeren gemiddeld 2.0 controles meer (95% CI 1.7 -2.3) dan zwangeren in individuele zorg.

Binnen de CP groep werden gemiddeld 6.8 (sd 3.3) individuele controles gevolgd en 6.5 (sd 2.3) CP bijeenkomsten. In figuur 1 is de verdeling van het aantal gevolgde CP bijeenkomsten weergegeven. Risico zwangeren woonden significant minder CP bijeenkomsten bij dan niet risico zwangeren (gecorrigeerd voor pariteit, praktijk en verwijzing tijdens de zwangerschap) namelijk 6.2 bijeenkomsten versus 6.7 bijeenkomsten (gemiddeld 0,48 verschil 95% CI 0.03 -0.93).



Figuur1: Verdeling van het aantal zwangeren per gevolgde CP bijeenkomsten

5.4 Zwangerschapsuitkomsten

In de cohortstudie zijn 597 zwangeren die CP kregen vergeleken met 1016 zwangeren in individuele zorg. In Tabel 2 en 3 zijn de zwangerschapsuitkomsten weergegeven van respectievelijk primiparae en multiparae.

Primiparae CP zwangeren vergeleken met primiparae in individuele zorg bevielen vaker thuis (OR 1.55 95% CI 1.08-2.23), belandden minder vaak in het ziekenhuis in verband met een medische indicatie (OR 0.74 95% CI 0.56-0.98), ontvingen minder oxytocine bijstimulatie (OR 0.70 95% CI 0.54-0.91) en minder pijnmedicatie tijdens de baring (OR 0.68 95% CI 0.53-0.87). Er werd vaker met borstvoeding gestart (OR 1.85 95% CI 1.25-3.74).

Na correctie voor praktijk en risicofactoren voor ongunstige zwangerschap uitkomsten hadden primiparae die CP hadden gevolgd vergeleken met zwangeren in individuele zorg significant minder vaak pijnmedicatie (38 vs. 48%, p0,002),

minder vaak oxytocine bijstimulatie (38% vs. 46%, p 0.006) gekregen en waren vaker gestart met borstvoeding (90% vs. 83%, p 0,002). Multiparae die CP hadden gevolgd werden, vergeleken met multiparae in individueel zorg minder vaak verwezen (49% vs. 60%), bevielen minder vaak in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog (37% vs. 56%, p 0.03) en vaker thuis (33% vs. 24%, p 0.008). Zowel bij primiparae als multiparae waren geen statistisch significante verschillen tussen beide groepen in neonatale uitkomsten.

Tabel 2: Zwangerschapsuitkomsten primiparae die CP of individuele zorg kregen, n=1106

	Individueel n=721	CP n=385	OR (95% CI) of p waarde	Adj OR (95% CI)
MATERNAAL	N (%), Gem. [sd]	N (%), Gem. [sd]		
Wijze baring				
Spontaan	527 (73)	280 (73)	1.19 (0.77-1.35)	1.01 (0.76-1.35)
Vaginale kunstverlossing	84 (12)	47 (12)	0.95 (0.65-1.39)	1.00 (0.67-1.48)
Keizersnede	107 (15)	58 (15)	0.98 (0.70-1.39)	0.96 (0.67-1.38)
Plaats baring				
Thuis	78 (11)	61 (16)	1.55 (1.08-2.23)*	1.33 (0.91-1.94)
GBC of Poliklinisch	97 (14)	55 (14)	1.07 (0.75-1.53)	1.22 (0.84-1.76)
Ziekenhuis Medisch	546 (76)	269 (70)	0.74 (0.56-0.98)*	0.75 (0.62-1.00)
Verwijzing				
Nee	155 (21)	97 (25)		
Ja	566 (78)	288 (74)	0.81 (0.61-1.09)	0.81 (0.60-1.10)
<i>Verwijzing prenataal</i>	214 (30)	101 (26)	0.84 (0.64-1.12)	
<i>Verwijzing nataal</i>	305 (42)	151 (39)	0.88 (0.68-1.13)	
<i>Verwijzing postnataal</i>	47 (7)	36 (9)	1.48 (0.94-2.33)	
Inleiding baring				
Nee	572 (80)	315 (82)		
Ja	141 (20)	68 (18)	0.88 (0.64-1.21)	0.90 (0.65-1.25)
Bijstimulatie				
Nee	382 (54)	239 (62)		
Ja	328 (46)	144 (38)	0.70 (0.54-0.91)*	0.68 (0.52-0.88)*
Pijn medicatie				
Nee	373 (52)	236 (61)		
Ja	339 (48)	145 (38)	0.68 (0.53-0.87)*	0.70 (0.54-0.90)*
<i>epiduraal</i>	216 (30)	79 (21)	0.60 (0.45-0.81)*	0.69 (0.51-0.93)*
<i>remyfentanil</i>	95 (13)	59 (15)	1.19 (0.84-1.70)	1.03 (0.71-1.50)
<i>anders</i>	28 (4)	7 (2)	0.54 (0.27-1.08)	
NEONATAAL				
Zwangerschapsduur	276 [16,9]	277 [14,5]	0.29	0.39
Geboortegewicht	3325 [619.5]	3343 [554.7]	0.63	0.94
Slechtere neonatale uitkomst [#]				
Nee	625 (87)	347 (91)		
Ja	93 (13)	36 (9)	0.70 (0.46-1.05)	0.71 (0.47-1.07)
Start borstvoeding				
Nee	116 (17)	37 (10)		
Ja	577 (83)	340 (90)	1.85 (1.25-3.74)*	1.83-1.22-2.76)*

*P kleiner dan 0,05, # (laag geboortegewicht, prematuriteit Apgar score <7)

Percentage tellen niet altijd op tot 100 ivm missing data of afrondingen

Multiparae CP zwangeren bevielen vaker thuis (OR 1.57 95 CI 1.12-2.20) en minder vaak in het ziekenhuis (OR 1.57 OR 95% CI 1.12-2.20) . Ze werden minder vaak verwezen tijdens de zwangerschap baring of postpartum periode periode (OR 0.64 95% CI 0.47-0.87)

Na correctie voor praktijk en “risico zwangere” beleven er significante verschillen tussen CP en individuele zorg. CP multiparae werden minder verwezen tijdens de zwangerschap en in totaal (AOR 0.43 95% CI 0.29-0.64 en 0.55 95% CI 0.39-0.77 respectievelijk), bevielen daardoor minder vaak in het ziekenhuis onder verantwoordelijkheid van een gynaecoloog (AOR 0.62 95% CI 0.44-0.88) en vaker thuis (AOR 1.62 95% CI 1.13-2.33).

Zowel bij primiparae als multiparae waren geen verschillen tussen beide groepen in neonatale uitkomsten.

Tabel 3: Zwangerschapsuitkomsten multiparae die CP of individuele zorg kregen, n=1106

	Individueel n=889	CP n=194	OR (95% CI) of p waarde	Adj OR (95% CI)
MATERNAAL	N (%), Gem. [sd]	N (%), Gem. [sd]		
Wijze baring				
Spontaan	775 (88)	176 (91)	1.44 (0.85-2.43)	1.59 (0.93-2.72)
Vaginale kunstverlossing	15 (2)	2 (1)	0.61 (0.14-2.68)	0.46 (0.10-2.11)
Keizersnede	95 (10)	15 (8)	0.72 (0.41-1.27)	0.69 (0.38-1.23)
Plaats baring				
Thuis	216 (24)	65 (33)	1.57 (1.12-2.20)*	1.62 (1.13-2.33)*
GBC of Poliklinisch	178 (20)	38 (20)	0.97 (0.66-1.44)	1.14 (0.76-1.71)
Ziekenhuis Medisch	495 (56)	91 (47)	0.70 (0.52-0.96)*	0.62 (0.44-0.88)*
Verwijzing				
Nee	355 (40)	99 (51)		
Ja	534 (60)	95 (49)	0.64 (0.47-0.87)*	0.55 (0.39-0.77)*
<i>Verwijzing prenataal</i>	324 (36)	41 (21)	0.47 (0.32-0.69)*	0.43 (0.29-0.64)*
<i>Verwijzing nataal</i>	169 (19)	48 (25)	1.40 (0.97-2.02)	0.98 (0.69-1.39)
<i>Verwijzing postnataal</i>	41 (5)	6 (3)	0.66 (0.28-1.58)	0.28 (0.06-1.14)
Inleiding baring				
Nee	702 (80)	163 (85)		
Ja	181 (21)	30 (16)	0.71 (0.47-1.09)	0.67 (0.43-1.04)
Bijstimulatie				
Nee	672 (76)	153 (80)		
Ja	209 (24)	39 (20)	0.82 (0.56-1.20)	0.67 (0.45-1.01)
Pijn medicatie				
Nee	678 (78)	150 (77)		
Ja	196 (22)	41 (22)	0.94 (0.65-1.36)	0.96 (0.64-1.43)
<i>epiduraal</i>	87 (10)	12 (6)	0.61 (0.33-1.14)	0.73 (0.39-1.40)
<i>remyfentanil</i>	90 (10)	25 (13)	1.31 (0.82-2.11)	0.93 (0.56-1.55)
<i>anders</i>	19 (2)	4 (2)	0.95 (0.32-2.87)	0.93 (0.30-2.87)
NEONATAAL				
Zwangerschapsduur	278 [11.9]	278 [9.5]	0.72	0.78
Geboortegewicht	3487 [547]	3544 [456]	0.75	
Slechtere neonatale uitkomst[#]				
Nee	826 (94)	181 (94)		
Ja	57 (6)	12 (6)	0.96 (0.51-1.83)	0.88 (0.45-1.72)
Start borstvoeding				
Nee	143 (16)	22 (12)		
Ja	729 (84)	170 (88)	1.52 (0.94-2.45)	1.63 (0.98-2.73)

*P kleiner dan 0,05, # (laag geboortegewicht, prematuriteit Apgar score <7)

Percentage tellen niet altijd op tot 100 ivm missing data of afrondingen

6 Ervaringen Zwangeren

In totaal hebben 221 zwangeren bij 36 weken de enquête ingevuld en geretourneerd. Omdat onduidelijk is hoeveel zwangeren gevraagd zijn om mee te doen is de respons rate niet te bepalen.

Zwangeren die de enquête hebben ingevuld verschilden significant van zwangeren met eenzelfde a terme datum die de enquête niet hadden ingevuld, Vergeleken met zwangeren met een vergelijkbare a terme datum in de (ruim genomen) periode dat de enquête aangeboden werd, hadden respondenten vaker CP gekregen (49% vs 19%), waren vaker nulliparae (62% vs 50%) en vaker van Nederlandse afkomst 79% vs 66% en net niet significant minder vaak een "risico zwangere" (61% versus 37%, p 0.08). Er waren geen verschillen in andere afzonderlijke basis karakteristieken zoals burgerlijke staat, roken, BMI etc.

Binnen de groep zwangeren die de enquête hadden ingevuld waren zwangeren die CP (n=103) hadden gekregen vergeleken met zwangeren in individuele zorg (n=118) vaker nulliparae (72% versus 52%, p 0.003) en net niet significant vaker van niet-Nederlandse afkomst (74% versus 84%, p 0.09). Beide groepen verschilden niet in andere basis karakteristieken.

CP zwangeren volgden niet vaker een zwangerschapscursus of bezochten vaker een voorlichtingsavond. In bijlage 2 staat de gehele enquête, in tabel 4 worden de resultaten weergegeven met een p waarde < 0.1 in totaal of per pariteit.

De overall tevredenheid tussen zwangeren die CP hadden gevolgd vergeleken met zwangeren in individuele zorg verschilde niet maar zwangeren in CP gaven vaker aan steun te hebben ervaren (. 87% vs. 76% p0.000), actief deel te hebben genomen aan de zorg (91% vs. 75% vs. p0.002) en meer een mening hebben kunnen geven over de zorg (93% vs. 74% vs. p 0.000). Ook waren wensen met betrekking tot beweging, voeding en medicatie beter besproken.

Tabel 4: Ervaringen met prenatale zorg rond 36 weken zwangerschap onder vrouwen die CP of individuele zorg ontvingen, n=221

In de zwangerschap.....	Ind N=118	CP N=103	P Value
heeft iemand mij geholpen met het maken van plannen voor de toekomst van mij en mijn baby.			
Eens	35 (30)	56 (54)	
Neutraal/oneens	83 (70)	47 (46)	0.000
heb ik ondersteuning gekregen			
Eens	90 (76)	90 (87)	
Neutraal/oneens	28 (24)	13(13)	0.03
werd mijn privacy voldoende beschermd			
Eens	101 (91)	90 (94)	
Neutraal/oneens	10 (9)	6 (6)	0.46 ¹
werden mijn wensen over voeding en gewichtstoename besproken in mijn zwangerschap.			
Eens	69 (59)	77 (75)	
Neutraal/oneens	49 (41)	26 (25)	0.01
werden mijn wensen over medicatie besproken in mijn zwangerschap.			
Eens	64(54)	75 (73)	
Neutraal/oneens	54 (46)	28 (27)	0.004
werden mijn wensen over lichamelijke beweging besproken in mijn zwangerschap.			
Eens	62 (53)	77 (75)	
Neutraal/oneens	56 (47)	26 (25)	0.001
werden mijn wensen over ademhalingstechnieken en ontspanningsoefeningen besproken in mijn zwangerschap.			
Eens	40 (34)	71 (69)	
Neutraal/oneens	78 (66)	31 (32)	0.000
kreeg ik de mogelijkheid om actief deel te nemen aan mijn eigen zorg.			
Eens	80 (75)	94 (91)	
Neutraal/oneens	29 (25)	9 (9)	0.002
kon ik mijn mening over de geleverde zwangerschapszorg geven.			
Eens	89 (74)	94 (93)	
Neutraal/oneens	27 (26)	7 (7)	0.000

¹ Multiparae in individuele zorg gaven significant minder vaak aan dat hun privacy voldoende beschermd was.

In aanvulling op de enquête uit 2013 staan hieronder de resultaten van cliënt ervaringen uit 2015 van CP zwangeren in het Achmea onderzoek naar integrale CP. In Tabel 5 wordt dit weergegeven. De meerderheid van de zwangeren blijkt veel te hebben gehad aan de besproken onderwerpen. Wat opvalt is dat huiselijk geweld met 78% van responderende zwangeren is besproken. Dat is relatief het minst besproken onderwerp binnen dit cohort maar is verloskundigen geven aan huiselijk geweld vaker en uitgebreider te bespreken dan in individuele zorg.

De expliciete aandacht binnen CP voor onderwerpen zoals “verzorging baby en ouderschap” en “emotionele veranderingen en depressie” wordt door zo’n driekwart van de ouders als zinvol ervaren. Deze onderwerpen komen volgende de verloskundigen veel minder uitgebreid helemaal niet aan bod binnen de individuele zorg.

Tabel 5: Ervaring van zwangeren met besproken onderwerpen, n=95

Besproken Onderwerpen	Niets of beetje aan gehad	Veel aan gehad	Niet besproken
	N (%)	N (%)	N(%)
Normale veranderingen in zwangerschap*	29 (31)	65 (69)	0
Bewegen en ontspannen	40 (43)	52 (56)	1 (1)
Problemen in de zwangerschap, BV voeding*	24 (25)	69 (73)	2 (2)
Seksualiteit en anticonceptie	36 (39)	47 (51)	9 (9)
Relaties en familie	45 (47)	49(52)	1 (1)
Huiselijk geweld en misbruik*	40 (44)	31 (33)	20 (22)
Bevalling*	11 (12)	81 (86)	2 (2)
Verzorging baby en ouderschap	19(20)	72 (77)	3 (3)
Emotionele verandering en depressie	25 (27)	67 (71)	2 (2)

* Nulliparae hadden significant vaker dan multiparae “veel gehad” aan deze onderwerpen. $P < 0.05$

Op de vraag wat zou je anderen vertellen over deze vorm van zorg kwamen 94 positieve reacties variërend van doen!/aanrader! tot “i thought discussing things in a group was very helpful en enjoyable. good job! it is a good preparation also for after the delivery: to not isolate yourself and get together with more mothers!” In tabel 6 worden de antwoorden geordend naar thema weergegeven.

Tabel 6: Ervaringen zwangeren: “wat zou je anderen vertellen over deze vorm van zorg?”, n=94

Leerzaam door delen ervaringen n=21
Ik leer veel van ervaringen van anderen en kom op onderwerpen waar ik zelf niet snel aan heb gedacht. zo vullen we elkaar aan als team
Aanrader omdat ik veel heb opgestoken van de discussies
Aan te raden. als je meer tijd wilt om over alles te praten en om van anderen hun ervaringen te leren
Aanraden om in zo'n zwangerschapsbijeenkomst te komen om de zwangerschapsproblemen te kunnen delen en er wat mee te kunnen nemen
Aanrader, goede manier om veel info, ervaring, meningen en ook contact op te doen
Als heel prettig ervaren want je deelt ervaring met elkaar en je leert van elkaar
Dat het handig is omdat je ook vragen en meningen van anderen hoort
Dat het super fijn is om te kunnen delen wat je ervaringen zijn tijdens de zwangerschap maar zeker ook daarna
Doen, ik vond het prettig om zo met elkaar ervaringen te wisselen. Je krijgt veel aandacht!
Doen!! Informatief, voelt de klachten samen, kan het delen..en daarnaast heel gezellig
Een erge goede voorbereiding en begeleiding. fijn ook om verhalen en ervaringen te delen
Heel fijne manier om info te delen en krijgen. je verhaal te delen in een groep
Fijn, informatief, fijne manier om ervaringen uit te wisselen
Gezellig, goed om andere verhalen te horen

Erg leuk en gezellige bijeenkomsten waar je veel aan hebt aan ervaringen en ook vragen van anderen.
Fijn om me andere vrouwen al je vragen /nieuwe belevingen te delen
Fijn om informatie te delen. goede voorbereiding
Je bespreekt heel veel en je hoort veel over ervaringen wat ik heel erg fijn vind
Heel leerzaam is en je wisselt ervaringen uit onderling met andere vrouwen en meer tijd aan onderwerpen
Goed om ervaringen te wisselen. gezellig zaken bespreekbaar. je leert van anderen
Heb er heel veel aan gedaan! Super leerzaam om ervaringen van andere vrouwen te horen
<i>Ervaringen delen prettig n=9</i>
Leuk gezellig meer ervaring uitwisselen
Veel herkenbare situaties
Aan te raden. als je meer tijd wilt om over alles te praten en om van anderen hun ervaringen te leren
Zeker fijn om deze bijzondere periode te delen met gelijkgestemden
Dat het gezellig is en fijn om met andere zwangeren te kunnen praten over ervaringen
Heel fijne gezellige bijeenkomst en goed systeem om met andere zwangere tijd te delen
Positief, prettig om ervaringen te delen
Gezellige manier om ervaringen te delen en ideeën uit te wisselen
Je kan veel ervaringsverhalen uitwisselen
<i>Leerzaam en informatief n=20</i>
Dat het heel erg leerzaam is en ook heel gezellig met al zwanger vrouwen
Dat het heel leerzaam is en het bereid je goed voor de bevalling
Dat het gezellig is en je op een leuke en goede manier wordt voorbereid op de bevalling en zwangerschap
Boven verwachting gezellig, informatief en fijn
Dat je meer informatie krijgt
De gewone controles vinden plaats en daarnaast wordt er extra informatie besproken in groepsverband.
Doen! veel info, veel mogelijkheden tot vragen
Heel leuk gezellig en leerzaam
Heel erg leerzaam
Het was heel leuk en leerzaam. ben er elke keer bij geweest. vond het superleuk!
Je krijgt heel veel informatie, heel gezellig. je hoort ook vragen /onderwerpen waar je zelf nog niet aan had gedacht
Je krijgt veel info en kunt alle vragen stellen en ervaringen uitwisselen
Leuk, interessant, leerzaam, gezellig!
Leuke en leezame manier om over de zwangerschap te leren en anderen te leren kennen
Veel beter zo een Centering. meer tijd om dingen te bespreken
Veel info tijdens je zwangerschap
Wel deze cursus volgen omdat het veel goede informatie bevat omtrent de zwangerschap
Ze moeten bij deze groep komen en ze kunnen meer informatie krijgen
Zeer informatief en gezellig
Is fantastisch, je leert veel meer
<i>Vergelijking met 1 op 1 n=5</i>
Zeker aan te raden als je nieuwsgierig bent naar alles wat met zwangerschap en bevallen te maken heeft. je hoort altijd veeeel meer dan individuele controle
Heel veel extra informatie tov normale controles
Dat je meer te weten komt dan 1 op 1
Waardevoller dan korte en individuele controles

Dat het heel leuk en leerzaam is dan aparte afspraak
Contacten en Ondersteuning n=11
Aanrader, was een hele leuke groep
Het was leuk om mee te doen in deze groep, het was gezellig en heel leerzaam, we hebben nieuwe vrienden gemaakt.
Definitely recommend. very supportive. Also one-on-one attention with midwife is very important which you don't normally get with other practices
I thought discussing things in a group was very helpful en enjoyable. good job! it is a good preparation also for after the delivery: to not isolate yourself and get together with more mothers!
Erg behulpzaam en erg leuk
Ik vind dat het meer leerzaam is en je luister anderen zo heb je meer ervaringen van andere culturen
Heel leuk voor groep want weet je voor zwangerschap tijd. mooie lerares.
Je hebt veel steun aan elkaar tijdens maar vooral ook na de bijeenkomsten. Plus uitwisselen van ervaringen
Prima i.p.v. zwangerschapsgym. wel veer fijn om wat te horen.
Yes absolutely. I know it's not for everyone but especially for first-time moms who don't have a lot of family or friends close by
Leuk! ervaringen uitdelen, socialiseren.
Bewust bezig zijn met zwangerschap n=7
Door de centering ben ik de afgelopen maanden bewust bezig geweest met m'n zwangerschap. ik voel me goed voorbereid en vond het contact met de andere vrouwen heel leuk en waardevol. ook de begeleiding door Kristel en Bianca was heel fijn en professioneel.
Een aanrader, zeker bij een eerste zwangerschap. Fijn om al vanaf het begin vaste momenten te hebben waarin je uitgebreider met je zwangerschap bezig kunt zijn
Fijn, geeft een andere dimensie aan je controles. voelde veilig. Kost tijd maar ook wel fijn moment voor jezelf
Ik vind het prettig om heel bewust met de lessen en onderwerpen te behandelen/ontspannen sfeer
Ik zou het iedereen aanraden. warm en veel aandacht en ruimte voor alles wat er is
Ja, vooral fijn om in het begin 1x per maand even "zwanger" bent
Voor mij was het echt even stil staan bij zwangerschap
Positief algemeen n=21
Aanrader! absoluut doen! ;ga zo door!; fijn dat het er is ; I would recommend it ; is de beste zorg die je krijgen kan; beter dan verwacht want ik wilde in 1e instantie niet eens mee doen. Blij dat ik het toch gedaan heb!; vond het erg leuk en perfect voor mij! zeker doen etc

7 Belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie

7.1 Bevorderende factoren

Het grote enthousiasme van zwangeren en de positieve ervaringen van zorgverleners zijn het meest bepalend voor de implementatie en voortzetting van CP in een organisatie. Verloskundigen geven aan dat niet er niet alleen meerwaarde is voor maar ook dat ze zelf hun cliënten beter leren kennen.

Een van de verloskundigen uit de cohort studie verwoordt het als volgt:

“Elke sessie leer ik nieuwe dingen. Door de groepsbijeenkomsten zie ik wat er werkelijk leeft bij zwangere vrouwen. In de opleiding tot verloskundige leer je weliswaar welke onderwerpen de revue moeten passeren, maar als je zwangere vrouwen ernaar vraagt blijkt dat ze soms met heel andere zaken bezig zijn. Dan hoor je dat mensen bijvoorbeeld worstelen met het verbod op alcohol of sigaretten. In een groep zijn ze daar heel eerlijk in.”

“Ik hoorde van een andere praktijk dat ze het onlangs over gezonde voeding hadden gehad. Een van de vrouwen daar vertelde dat ze nu dagelijks een flesje energiedrank nam omdat ze dacht dat dat goed voor het kind was. Zoiets hoor je normaal gesproken niet. Nu kun je haar ook vertellen dat dat helemaal niet goed is voor het kind. Door Centering leren wij onze cliënten echt beter kennen.”

Dit citaat is gepubliceerd in Whys 2013

Eén of meerdere gesprekken met alle stakeholders binnen de organisatie zijn nodig om voorbereid aan de implementatie te beginnen. Er moeten een of meerdere kartrekkers zijn, maar alle betrokken professionals moeten vanaf het begin bij het proces worden meegenomen, zeker in grotere organisaties. In grotere organisaties is een stuurgroep wenselijk waarin niet alleen uitvoerende zorgverleners zitten maar ook vertegenwoordigers met een bestuurlijk mandaat en vertegenwoordigers belast met de organisatie en planning. Daarnaast is het belangrijk collegae regelmatig te informeren over CP groepen. Dit vergoot de betrokkenheid wat vaak noodzakelijk is voor de werving van nieuwe zwangeren

Ten tweede zijn training en intervisie essentieel. Niet alleen om CP goed uit te voeren maar ook om handvaten voor praktische implementatie te krijgen en om de mogelijkheden van CP door de zorgverleners zelf te laten ervaren. Dat vergroot het draagvlak. Daarnaast zijn intervisie en laagdrempelig contact met de CenteringOrganisatie ondersteunend voor de implementatie en kwaliteit van CP.

Een derde belangrijke factor is de omvang van cliënten populatie met name in het begin van de zwangerschap. Een grotere populatie bevordert het gevuld krijgen van de groepen met zwangeren met een vergelijkbare zwangerschapsduur. Ook kan bij voldoende zwangeren meer dan 1 groep per maand worden gestart waardoor vrouwen meer keuze hebben tussen verschillende dagen/ tijdstippen wat de kans op deelname vergroot.

Een vierde factor is voldoende aandacht voor CP via flyers, website, sociale media en lokale media. Dit helpt bij de werving van zwangeren.

Veel ervaring met CP opdoen en de tijd nemen voor implementatie blijkt een van de belangrijkste factoren te zijn om de totale implementatie van CP te laten slagen.

7.2 Belemmerende factoren

CP beoogt op een geheel andere wijze de geboorte zorg vorm te geven. Getracht wordt om zwangeren daadwerkelijk een rol te geven in het gehele zorgproces. Dit wordt gedaan door ondersteuning vanuit “peers” te stimuleren, door interactief leren aan te bieden en door veel meer vraag gestuurd te werken. Deze aanpak vraagt niet alleen om een attitude verandering van zorgverleners maar ook om soms forse organisatorische aanpassingen. Om dat binnen een organisatie voor elkaar te krijgen is het essentieel dat alle betrokkenen bereid zijn zich zeker voor een periode van 1 ½ - 2 jaar in te zetten. Dit is de tijdsduur die nodig is om CP goed geïmplementeerd te krijgen.

Een van de grootste belemmerende factor voor het starten met CP is dan ook een gebrek aan draagvlak, of de intentie om CP slechts ten dele te willen of kunnen invoeren. Bijvoorbeeld de wens om minder CP bijeenkomsten te bieden en/of afwisselend met individuele controles, slechts onderdelen van CP te willen overnemen, CP aan te willen bieden buiten de reguliere prenatale zorg contacten om, etc.

Andere belemmerende factoren die genoemd zijn om CP uit te kunnen voeren zijn de aanwezigheid van een geschikte ruimte, het plannen van bijeenkomsten in het rooster, en voldoende medewerkers die CP willen uitvoeren.

Organisaties waarbij het draagvlak te gering lijkt, de populatie te klein is, er geen geschikte ruimte is of er te weinig medewerkers zijn wordt niet aangeboden het implementatietraject verder te doorlopen.

Bij de uitvoer van CP wordt aangegeven dat het soms lastig is om, zeker in het begin, zwangeren te werven bijvoorbeeld door de noodzaak voor zwangeren om oppas voor andere kinderen te vinden, werk en andere partnerbetrokkenheid dan in CP soms vorm krijgt. Hoewel binnen CP partners welkom zijn is het uitgangspunt dat zwangeren zelf besluiten hoe dat ingevuld gaat worden. Soms wordt het beleid omtrent de aanwezigheid van partners vastgesteld door de zorgverleners. Dit kan te maken hebben met de grootte van de ruimte of de grootte van de groep.

Er zijn grote verschillen tussen praktijken in het kunnen werven van zwangeren. Dit is voor een groot deel afhankelijk van het talent van de betrokken professionals maar ook van de aandacht die aan CP wordt gegeven bijvoorbeeld op de website, lokale media, posters e.d. Verschillen in populatiekarakteristieken zijn mogelijk belemmerend voor werving. Eén praktijk met voornamelijk zeer hoog opgeleiden heeft aangegeven dat dit de reden is waarom het niet gelukt is om te starten met CP. Hoger opgeleid zijn van de zwangere blijkt echter in de andere praktijken geen belemmerende factor voor participatie te zijn.

Vanuit zorgverleners wordt bij de start van implementatie de relatief kortere tijd voor uitwendig onderzoek, het moeilijk vinden om niet 1 op 1 uitgebreid in gesprek te gaan en het uitwendig onderzoek te verrichten in de groepsruimte lastig gevonden. Naarmate men meerdere groepen heeft gedraaid wordt dit niet meer of veel minder als belemmering ervaren.

De grootste belemmerende factoren voor voortzetting van CP zijn echter de tijdsinvestering van zorgverleners en (vooral in de opstartfase) en het werven van voldoende zwangeren. Het ontbreken van enige vergoeding voor de extra tijdsinvestering is een punt dat bij veel verloskundigen speelt en dat voor enkele praktijken een reden was om te stoppen. Het onvoldoende werven van zwangeren, te kleine groepen en/of uitval maakt de tijdsinvestering relatief nog ongunstiger maar is ook erg demotiverend. Wel geven zorgverleners aan dat, naarmate er meer ervaring wordt opgedaan het werven makkelijker gaat en de tijdsinvestering minder.

8 Kosten

Om inzicht te krijgen in een van de meest genoemde belemmerende factoren tijdsinvestering en kosten is, in door de KNOV en TNO, een landelijke enquête uitgezet onder organisaties waar tenminste 6 maanden CP werd aangeboden. Voor de online enquête kwamen 29 organisaties in aanmerking: 27 verloskundigen praktijken en 2 ziekenhuizen. De respons rate was 79% (23/29). CP werd in dit landelijke cohort gemiddeld 17 maanden aangeboden (range 8-42 maanden, sd 7,9) met een gemiddelde van 0,9 groep per maand (range 0,2-3,8 sd 0,7).

Uit de enquête blijkt dat de gemiddelde tijdsinvestering voor de voorbereiding en afronding van een CP bijeenkomst door de verloskundig zorgverlener 102 minuten is (tabel 7). Tijdens de voorbereiding gaat het om het klaarmaken van de ruimte, klaarzetten van de spullen en voorbereiden van de aanpak van de bijeenkomst (welke activiteiten, wie doet wat). Daarnaast worden ook vaak de medische dossiers vooraf doorgenomen om bijzonderheden te markeren en bijvoorbeeld lab formulieren alvast in te vullen. Dit wordt vooraf gedaan omdat binnen CP alle tijd klantgericht wordt ingevuld en er geen tijd is om op dat moment uitgebreid het dossier door te nemen zoals dat wel kan bij een individueel consult. Hetzelfde geldt voor de administratie, bijhouden van het medisch dossier of bijvoorbeeld het schrijven van een verwijsbrief. Dit gebeurt meestal achteraf en niet tijdens de tijd die binnen CP geheel aan de zwangeren wordt besteed.

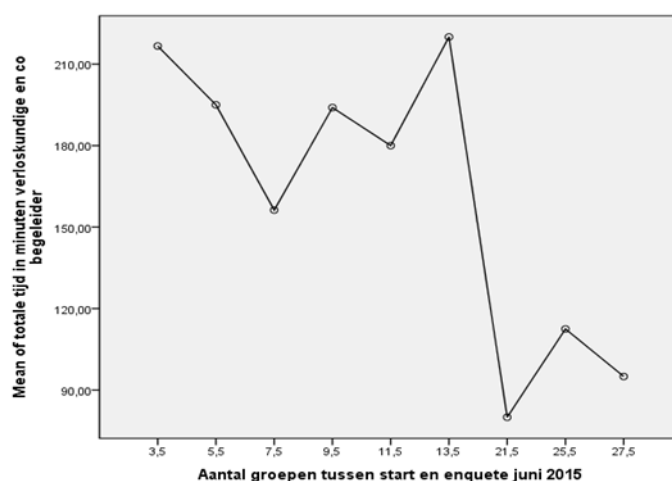
Naast deze “extra” tijd besteedt de verloskundig zorgverlener 120 minuten aan de bijeenkomst wat de totale tijdsinvestering per bijeenkomst voor de verloskundige zorgverlener op 222 minuten brengt. Uitgaande van 9 bijeenkomsten met 10 zwangeren per groep besteedt de verloskundige zorgverlener 200 minuten per zwangere. Dat is 25 minuten meer per zwangere dan in de reguliere zorg. Daarnaast besteedt echter de 2^e begeleider eveneens 120 minuten per bijeenkomst en gemiddeld 67 minuten aan voorbereiding en evaluatie. De “extra” tijdsinvestering neemt echter sterk af na ongeveer 20 groepen, (overeenkomend met 1,5 -2 jaar CP) tot gemiddeld 99 minuten per bijeenkomst voor 2 begeleiders samen: 62 minuten voor de verloskundige zorgverlener en 37 minuten voor de co begeleider (tabel 8, figuur 2). Grotere of kleinere groepen beïnvloeden dus direct de tijdsinvestering per zwangere en daarmee de kosten.³³

Tabel 7: Gemiddelde minuten tijdsinvestering *per bijeenkomst* door de verloskundige en co begeleider, n=23

	Verloskundige		Co begeleider		Totale tijd facilitator en Co	
	Gemiddeld [sd]	range	Gemiddeld [sd]	range	Gemiddeld [sd]	range
Voorbereiding	54 [17,5]	20-90	35 [17,8]	5-60	89 [32,2]	25-150
Evaluatie	48 [15,5]	20-75	32 [14,2]	10-65	80 [27,3]	40-135
Totaal	102 [31,7]	40-165	67 [29,6]	15-120	169 [57,1]	65-270

Tabel 8: Relatie tussen het aantal gedraaide groepen per organisatie en het aantal cliënten per groep en "extra" minuten tijdsinvesteringen per bijeenkomst, n=23

	<10 groepen	10-19 groepen	20 of meer groepen	P value
	N=14	N=9	N=7	
	Gemiddeld [sd]	Gemiddeld [sd]	Gemiddeld [sd]	
	range	range	range	
Aantal cliënten per groep	8 [1,8] 6-12	9 [1,2] 8-11	11 [2,1] 9-14	0,02
Minuten voorbereiding verloskundige	60 [13,9] 45-90	63 [10,3] 50-80	31 [8,9] 20-45	0,007
Minuten evaluatie verloskundige	51 [16,2] 20-75	58 [8,8] 45-70	31 [2,2] 30-35	0,001
Minuten voorbereiding co-begeleider	40 [15,4] 20-60	43 [17,8] 15-60	17 [9,7] 5-30	0,02
Minuten evaluatie co-begeleider	36 [13,5] 15-60	36 [14,3] 30-65	20 [10,0] 10-30	0,084
Totale tijd verloskundige en co begeleider	185[48,5] 115-270	200 [40,4] 150-255	99 [26,8] 65-125	0,001



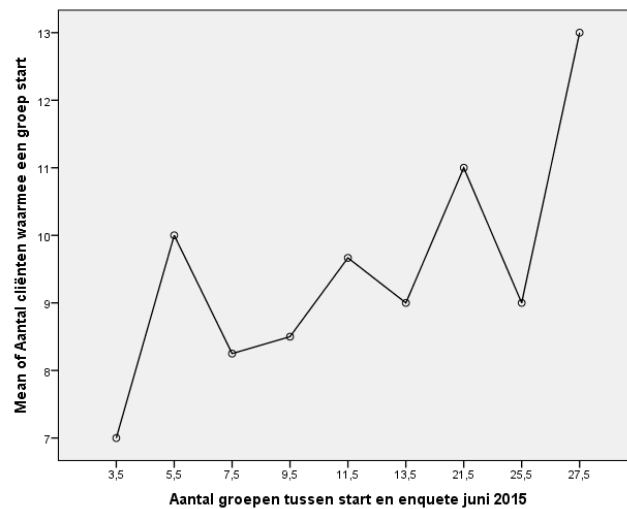
Figuur 2: Relatie tussen het aantal begeleidde groepen en de totale tijdsinvestering per bijeenkomst

Tegenover de "extra" tijdsinvestering staat dat een CP zwangere in plaats van 9 x 15 minuten nu 9 x 120 minuten contact tijd heeft met de zorgverlener. Dit is 15,75 uur meer per individuele cliënt. Daardoor worden meer onderwerpen uitgebreid

besproken. Zo beschrijft een verloskundige als voorbeeld de counseling over de structurele echo:

“Ik merk dat het interactief counselen voor de SEO in een groep erg effectief is. Hierdoor komen de zwangeren veel meer te weten over de verschillende afwijkingen die er gevonden kunnen worden met de gevolgen daarvan. Met gevolgen bedoel ik het traject met bijbehorende keuzes. Ook leren ze van elkaar (indien 2de of 3de kind) door eerdere ervaringen. Vaak hoor je dan ook nadelige effecten zoals bepaalde onzekerheid die het met zich mee kan brengen. Ik ben dus erg positief over counselen in een groep, maar ook op een andere manier dan alleen informatie te verstrekken.....laat zwangeren participeren, Vraag wat ze zelf al weten. Wat ervaringen zijn.”

Uit de enquête blijkt ook dat werving van zwangeren voor deelname aan CP gestaag toeneemt over de tijd met een sterke stijging na zo'n 25 groepen (overeenkomend met ongeveer 2 jaar CP aanbod) (figuur 3). De ervaring met CP maakt het verloskundigen gemakkelijker om te werven omdat ze de voordelen van CP hebben ervaren en daarnaast is er meer mond op mond reclame. Uit de interviews blijkt dat voldoende deelname van zwangeren niet alleen belangrijk is voor de kosteneffectiviteit van de zorg maar ook voor het behouden van het enthousiasme onder verloskundigen.



Figuur 3: Relatie tussen het aantal gedraaide groepen en aantal startende cliënten per groep

9 Discussie en aanbevelingen

In dit rapport zijn de eerste gegevens over de implementatie van CP in Nederland beschreven. In dit onderzoek zien we bij zwangeren die CP hebben gevolgd betere uitkomsten voor moeder en kind en betere ervaringen van zwangeren.

Vergeleken met zwangeren in individuele zorg maken primiparae die CP volgen significant minder vaak gebruik van pijnmedicatie, worden minder vaak bijgestimuleerd en starten vaker met borstvoeding. Multiparae worden minder vaak verwezen met name tijdens de zwangerschap en bevallen vaker thuis. Vrijwel alle andere, soms net niet statistisch significante, uitkomsten wijzen eveneens in de richting van betere uitkomsten voor de CP zwangeren.

De betere zwangerschapsuitkomsten in deze cohortstudie zijn in lijn met de verschillende betere uitkomsten gerapporteerd in meerder studies naar CP.

Uit de enquête, afgenomen bij 36 weken, komt een beeld naar voren van betere ervaringen met zorg en de inhoud van de prenatale zorg, en met name meer betrokkenheid bij de zorg en actieve deelname aan de zorg. Dit beeld wordt bevestigd met de cliënten ervaringen in de Achmea studie.

En hoewel hier geen gegevens over zijn verzameld is het aannemelijk dat al deze resultaten ook gevolgen hebben voor het welbevinden van de moeder en daarmee de opvoedomstandigheden na de geboorte.

Hoewel er tussen de zwangeren die CP gevolgd hebben en zwangeren die individuele zorg gevolgd hebben geen significante verschillen zijn in basiskarakteristieken, kan het zijn dat de groepen wel degelijk van elkaar verschillen bijvoorbeeld in psychosociale problematiek, stress of coping gedrag. Het is echter onduidelijk of juist de “betere” zwangeren, of juist de meer zorgvragende of meer zorgbehoefte zwangeren CP volgen. Zwangeren met taalproblematiek die om die reden geen CP hebben gekregen zijn niet geëxcludeerd uit deze studie omdat dit niet onvoldoende eenduidig genoteerd stond op de zwangerschapskaarten. In de analyses is gecorrigeerd voor bekende risico factoren om mogelijke vertekening zo veel mogelijk te beperken.

Uit de interviews met zorgverleners komt overigens geen eenduidig beeld naar voren over een mogelijke selectie van zwangeren die CP volgen. De meeste zorgverleners geven aan een doorsnede van hun populatie in CP te krijgen.

Wat wel opvalt is dat zwangeren met risicofactoren voor slechtere zwangerschapsuitkomsten met CP worden bereikt en waarschijnlijk veel meer dan met een ander aanbod aan niet-medische prenatale begeleiding⁴. Ook is het grotere aantal controles die zwangeren bij CP krijgen voor deze groep een gunstige bevinding omdat er minder sprake is van zorgmijdend gedrag en “no show”. Grotere zorgtrouw onder CP zwangeren uit achterstandssituaties komt overeen met internationale studies naar CP.⁹⁻¹¹

De resultaten in de cohortstudie zijn afkomstig van praktijken die nog in de implementatiefase zaten van CP. Het is de verwachting dat meer ervaring met CP leidt tot het nog beter uitvoeren van het model wat de resultaten zal verbeteren.³⁴ Resultaten uit de Achmea studie laat bijvoorbeeld zien dat de werving van zwangeren en met name de uitval drastisch afneemt naarmate er binnen praktijken meer ervaring is opgedaan.²⁵

Het ontbreken van een structurele financiële vergoeding voor de extra tijdsinvestering door zorgverleners kan de borging van CP bedreigen. Voor de zorgverlener zijn er momenteel behoorlijke kosten verbonden aan de implementatie en uitvoer van CP. Naast de initiële kosten van training en materialen zijn er blijvende kosten die voor het grootste deel komen door de tijdsinvestering van twee begeleiders. Een co-begeleider is essentieel om zowel individuele aandacht als groepsbegeleiding te kunnen geven, niet alleen tijdens de medische controles tijdens de eerste 30-40 minuten, maar ook indien er zich complicaties voordoen, zowel medisch als psychosociaal. Ook is de co-begeleider noodzakelijk voor de evaluatie van het groepsproces, de observatie en registratie van alles wat in de groepen ter sprake is gekomen en de terugkoppeling van verkregen informatie uit de discussies aan individuele zwangeren.

De tijdspanne die nodig is om de tijdsinvestering van zorgverleners terug te brengen en het aantal zwangeren dat start met CP te laten stijgen komt overeen met de ervaringen van het Centering Healthcare Institute in de USA en de literatuur³⁵ en is de reden dat er altijd wordt uitgegaan van een implementatieperiode van 2 jaar. Desondanks blijft er structureel sprake van een grotere tijdsinvestering. Het kostenaspect is een serieuze bedreiging voor het voortbestaan van CP

De aan CP verbonden kosten moeten echter worden afgezet tegen de veel grotere tijd aan cliënt-zorgverlener interactie maar ook tegen de kosten besparing door minder noodzaak van specialistische behandelingen. Als dat wordt gedaan dan zijn de kosten-baten in verschillende studies ofwel gelijk⁹ of is er sprake van een kostenbesparing.³⁶⁻³⁸ In deze kostenbesparingen zijn de baten van positieve uitkomsten zoals meer start borstvoeding, beter voorbereid zijn op het ouderschap en meer tevredenheid met zorg niet meegenomen. Het is te verwachten dat door de reductie aan medische interventies, de afname aan verwijzingen en de toename van borstvoeding ook in Nederland CP kostenbesparend is. Hetzelfde geldt voor de betere ervaringen van zwangeren en zorgverleners.

Uit de interviews blijkt CP op een groot enthousiasme kan rekenen van zorgverleners. De meerwaarde voor cliënten wordt door alle verloskundigen benadrukt. Het is echter ook zo dat de implementatie van CP een inspanning vraagt van zorgverleners, niet alleen in tijd (kosten) maar ook in het kunnen en willen aangaan van een leerproces waarin andere competenties worden gevraagd, het durven verlaten van de eigen comfort zone en het opnieuw moeten inrichten van de zorg.

De groei van CP in Nederland, zowel in verloskundigenpraktijk, ziekenhuizen en CPa in de JGZ laat zien dat veel zorgverleners open staan om dit traject in te gaan en zeer positief zijn over deze vorm van zorg. Ook het zoeken naar vormen van integrale samenwerking wordt steeds meer vorm gegeven binnen Centering. Dit commitment van zorgverleners voor Centering is een bijzondere positieve ontwikkeling binnen alle turbulentie in de huidige geboortezorg. Daarnaast steunt en versterkt CP de kracht van zwangeren en hun partners. Ook dat is een ontwikkeling die goed past in de huidige tijdgeest.

Eén van de verloskundigen beschrijft het als volgt:

“Ik vind en ik zie dat vrouwen echt sterker worden van Centering. Gewoon veel meer dat ze zelf kunnen beslissen. Mensen gaan meer leren zelf na te denken. Dus dat is ook dat hele Centering, dat je samen antwoord gaat bedenken op een vraag, en dat ze uiteindelijk heel ergens anders uitkwamen dan waar ze begonnen, maar dat ze leren om zelf na te denken en hoe alles in elkaar zit, en dat ze daar voor kunnen kiezen. Ik denk echt dat mensen meer tevreden zijn, en dat we zelf ook meer tevreden zijn”.

10 Literatuur

1. Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte. Een goed begin: veilige zorg rondom zwangerschap en geboorte. Utrecht 2009
2. Bonsel GJ, Birnie E, Denktas, S, Poeran J, Steegers EAP. Lijnen in de Perinatale Sterfte, Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte 2010. Rotterdam: Erasmus MC, 2010
3. Lanting CI, van Dommelen P, van der Pal-de Bruin KM, Bennebroek Gravenhorst J, van Wouwe JP Prevalence and pattern of alcohol consumption during pregnancy in the Netherlands. *BMC Public Health*. 2015 Jul 29;15:723.
4. Feijen-de Jong EI, Jansen DE, Baarveld F, Boerleider AW, Spelten E, Schellevis F, Reijneveld SA. Determinants of prenatal health care utilisation by low-risk women: a prospective cohort study. *Women Birth*. 2015 Jun;28(2):87-94. doi: 10.1016/j.wombi.2015.01.005. Epub 2015 Feb 11.
5. De Boer, J., & Zeeman, K. (2008). *Prenatale Verloskundige Begeleiding*. Deventer: Ovimex Grafische Bedrijven.
6. Docherty A, Bugge C, Watterson A. Engagement: an indicator of difference in the perceptions of antenatal care for pregnant women from diverse socioeconomic backgrounds. *Health Expect*. 2012 Jun;15(2):126-38. Epub 2011 May
7. Rising SS. Centering pregnancy. An interdisciplinary model of empowerment. *J Nurse Midwifery*. 1998 Jan-Feb;43(1):46-54.
8. Rising SS, Kennedy HP, Klima CS. Redesigning prenatal care through CenteringPregnancy. *J Midwifery Womens Health*. 2004 Sep-Oct;49(5):398-404.
9. 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 Aug;110 (2 Pt 1):330-9.
10. Ickovics JR, Earnshaw V, Lewis JB, Kershaw TS, Magriples U, Stasko E, Rising SS, Cassells A, Cunningham S, Bernstein P, Tobin JN. Cluster Randomized Controlled Trial of Group Prenatal Care: Perinatal Outcomes Among Adolescents in New York City Health Centers. *Am J Public Health*. 2016 Feb;106(2):359-65. doi: 10.2105/AJPH.2015.302960. Epub 2015 Dec 21.
11. Picklesimer AH, Billings D, Hale N, Blackhurst D, Covington-Kolb S The effect of CenteringPregnancy group prenatal care on preterm birth in a low-income population. *Am J Obstet Gynecol*. 2012 May;206(5):415.e1-7. doi: 10.1016/j.ajog.2012.01.040.
12. Trotman G, Chhatre G, Darolia R, Tefera E, Damle L, Gomez-Lobo V. The Effect of Centering Pregnancy versus Traditional Prenatal Care Models on Improved Adolescent Health Behaviors in the Perinatal Period. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2015 Oct;28(5):395-401. doi: 10.1016/j.jpag.2014.12.003. Epub 2014 Dec 23.
13. Magriples U, Boynton MH, Kershaw TS, Lewis J, Rising SS, Tobin JN, Epel E, Ickovics JR. The impact of group prenatal care on pregnancy and postpartum weight trajectories. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Nov;213(5):688.e1-9. doi: 10.1016/j.ajog.2015.06.066. Epub 2015 Jul 12.
14. Ickovics JR, Reed E, Magriples U, Westdahl C, Schindler Rising S, Kershaw TS. Effects of group prenatal care on psychosocial risk in pregnancy: results from a randomised controlled trial. *Psychol Health*. 2011 Feb;26(2):235-50.

15. Heberlein EC, Picklesimer AH, Billings DL, Covington-Kolb S, Farber N, Frongillo EA. The comparative effects of group prenatal care on psychosocial outcomes. *Arch Womens Ment Health*. 2016 Apr;19(2):259-69. doi: 10.1007/s00737-015-0564-6. Epub 2015 Aug 11.
16. McNeil DA, Vekved M, Dolan SM, Siever J, Horn S, Tough SC . Getting more than they realized they needed: a qualitative study of women's experience of group prenatal care. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012, 12:17 (21 March 2012)
17. Rijnders MEB. TNO rapport "Verloskundige groeps-zorg aan moeders uit achterstandswijken", Leiden 2012.
18. Wedin K, Molin J, Crang Svalenius EL. Group antenatal care: new pedagogic method for antenatal care--a pilot study. *Midwifery*. 2010;26(4):389-93.
19. Teate A, Leap N, Rising SS, Homer CS. Women's experiences of group antenatal care in Australia-the CenteringPregnancy Pilot Study. *Midwifery*. 2011 Apr;27(2):138-45.
20. Gaudion A, Bick D, Menka Y, Demilew J, Walton C, Yiannouzis K, Robbins J, Rising SS. Adapting the CenteringPregnancy model for a UK feasibility study. *British Journal of Midwifery* 2011;19(7):433-8.
21. Klima C, Norr K, Vonderheid S, Handler A. Introduction of CenteringPregnancy in a public health clinic. *J Midwifery Womens Health*. 2009 Jan-Feb;54(1):27-34.
22. Littlefield VM, Adams BN. Patient participation in alternative perinatal care: impact on satisfaction and health locus of control. *Res Nurs Health* 1987;10:139-48. [PubMed: 3647535]
23. Sonderen FL van, Kempen GI, Eijk LM van. (1994). A Short scale for measuring social support in the elderly: the SSL12-I. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 25(5), 192-196.
24. Peeters D, Lanting CI, van Wouwe JP. Peiling melkvoeding van zuigelingen 2015. TNO-rapport TNO/CH 2015 R10385 Leiden, 2015
25. Rijnders M. Integrale zwangerschapszorg in een groep met CenteringPregnancy. 2016 TNO- Rapport TNO/CH Leiden, R10502, 2016
26. Sociaal Plan Bureau. Status scores http://www.scp.nl/Onderzoek/Lopend_onderzoek/A_Z_alle_lopende_onderzoeken/Statusscores
27. Devill W, Wieggers TA. Rapport Herijking stedelijke achterstandsgebieden 2012 <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/-Herijking-achterstandsgebieden-2012.pdf>
- 28 Offerhaus PM, de Jonge A, van der Pal-de-Bruin KM, Hukkelhoven CW, Scheepers PL, Lagro-Janssen AL. Change in primary midwife-led care in the Netherlands in 2000-2008: A descriptive study of caesarean sections and other interventions among 807,437 low-risk births. *Midwifery*. 2015 Jun;31(6):648-54.
29. Catling CJ, Medley N, Foureur M, Ryan C, Leap N, Teate A, Homer CS. Group versus conventional antenatal care for women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Feb 4;2:CD007622. doi: 10.1002/14651858.CD007622.pub3. Review.
- 30 SPSS 22.0 SPSS Inc., Chicago, IL.
31. Reitsma E, Groenen C, Fermie M. Takenpakket Eerstelijns Verloskunde 2007. http://www.c3am.nl/user/file/tvt_200803_takenpakket_eerstelijns_verloskunde_2007.pdf

32. Bloomfield J, Rising SS. CenteringParenting: an innovative dyad model for group mother-infant care. *J Midwifery Womens Health*. 2013 Nov-Dec;58(6):683-9. doi: 10.1111/jmwh.12132. Review
33. Mooney, S. E., Russell, M. A., Prairie, B., Savage, C., & Weeks, W. B. (2008). Group prenatal care: An analysis of cost. *Journal Health Care Finance*, 34(4), 31–41.
34. Novick G, Reid AE, Lewis J, Kershaw TS, Rising SS, Ickovics JR. Group prenatal care: model fidelity and outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2013 Aug;209(2):112.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2013.03.026. Epub 2013 Mar 21
35. Novick G, Womack JA, Lewis J, Stasko EC, Rising SS, Sadler LS, Cunningham SC, Tobin JN, Ickovics JR. Perceptions of Barriers and Facilitators During Implementation of a Complex Model of Group Prenatal Care in Six Urban Sites. *Res Nurs Health*. 2015 Dec;38(6):462-74. doi: 10.1002/nur.21681. Epub 2015 Sep 4.
36. Nguyen, N., Allen, A., Gorman, M., Hersh, S., Frias, A., Cooper, A., & Caughney, A. (2014). Group prenatal care for women with pre-gestational type II diabetes mellitus: A cost-effectiveness analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 210(1),
37. Ohno, M., Rodriguez, M. I., Wiener, S., & Caughey, A. B. (2012, October). CenteringPregnancy for the prevention of preterm birth: A cost effectiveness analysis. Presented at the 34th Annual Meeting of the Society for Medical Decision Making Phoenix, AZ. Retrieved from <https://smdm.confex.com/smdm/2012az/webprogram/Paper6929.html>
38. Gareau S, Lòpez-De Fede A, Loudermilk BL, Cummings TH, Hardin JW, Picklesimer AH, Crouch E, Covington-Kolb S. Group Prenatal Care Results in Medicaid Savings with Better Outcomes: A Propensity Score Analysis of CenteringPregnancy Participation in South Carolina. *Matern Child Health J*. 2016 Mar 15. [Epub ahead of print]

A Topic Lijst Interviews

Assessment sheet 13 elementen CP invullen

Vraag 1 Context

Karakteristieken praktijk: aantal zorgverleners die CP geven , aantal groepen gedraaid pp, wanneer gestart, samenstelling leiding

Karakteristieken zwangeren: % dat meedoet, karakteristieken g CP tov individueel (uit database?),

Vraag 2 Implementatie

Ondersteuning door stichting

Vorbereiding: voorgesprek, training (evaluatieformulieren?)

Ondersteuning: toegankelijkheid, verkregen support, helpdesk

Materialen

Handleiding

Ouderboek

Folders

Doos

Website

Tips en advies /verbeterpunten voor de implementatie

Praktijk niveau: Waarom geen deelname, uitval, aangebrachte verbeterpunten

Vraag 3 Het model (13 elementen)

Belemmeringen in uitvoer van het model

Aanpassingen aan het model

Waardering voor elementen uit het model

Vraag 4 Inhoud zorg

Welke onderwerpen passen beter in CP of individuele zorg

Bijv Huiselijk geweld, growth, case management, pathologie

Integrale zorg

Voorbeelden waarom inhoudelijke zorg slechter/beter

Vraag 5 Ervaringen

Zorgverleners: rapportcijfer kwaliteit van zorg, arbeidssatisfactie, ervaringen zwangeren (vlgs zorgverlener) met CP tov individuele zorg (voorbeelden)

Mooiste, leukste, ontroerendste moment (evt opschrijven)

Vervelendste , moeilijkste moment (evt opschrijven)

B Cliëntevaluatie

Het invullen van de enquête kost ongeveer 10 minuten, wij stellen het zeer op prijs dat u bereid bent om deze enquête in te vullen. Als u de enquête invult meld dit dan even bij de praktijk dan ontvangt u dit leuke mutsje!



***1.**

Bij welke verloskundige praktijk bent u onder controle?

- Verloskundigenpraktijk De Bakermat
- Verloskundig Centrum Sneek
- Verloskundigenpraktijk de Linde
- Verloskundigenpraktijk Vida
- Verloskundigenpraktijk Reitdiep
- Verloskundigenpraktijk aan 't IJ
- Verloskundigenpraktijk Leidsche Rijn Geboortes & Zo
- Verloskundigenpraktijk Doula

***2. Wat is uw geboortedatum?dag.....maand.....jaar**

***3. Wat is uw uitgerekende datum?dag.....maand.....jaar**

***4. Wat zijn de eerste vier cijfers van uw postcode?**

***5. In welk land bent u geboren?**

- Nederland
- Suriname
- Nederlandse Antillen/Aruba
- Turkije
- Marokko
- In een (ander) Europees land, Noord-Amerika, Australië, Nieuw-Zeeland, Indonesië of Japan
- Anders, namelijk

***6. In welk land is uw moeder geboren?**

- Nederland
- Suriname
- Nederlandse Antillen/Aruba
- Turkije
- Marokko
- In een (ander) Europees land, Noord-Amerika, Australië, Nieuw-Zeeland, Indonesië of Japan
- Anders, namelijk

***7. In welk land is uw vader geboren?**

- Nederland
- Suriname
- Nederlandse Antillen/Aruba
- Turkije
- Marokko
- In een (ander) Europees land, Noord-Amerika, Australië, Nieuw-Zeeland, Indonesië of Japan
- Anders, namelijk

***8. In welke taal praat u thuis het meeste?**

- Nederlands
- Sranan (Surinaams)
- Marokkaans-Arabisch
- Turks
- Papiaments (Nederlandse Antillen)
- Indonesisch
- Engels
- Frans
- Spaans
- Duits
- Anders, namelijk

***9. Wat is de hoogste opleiding die u heeft afgemaakt? (afgerond met een diploma of voldoende getuigschrift)**

- Geen opleiding of alleen lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)
- Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals VMBO basis / kader / gemengd, LBO)
- Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, MBO-kort, VMBO theoretische leerweg)
- Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals MBO-lang, MTS, BOL, BBL, INAS)
- Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium)
- Hoger beroepsonderwijs (zoals HTS, HBO)
- Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)
- Anders, namelijk

***10. Wat is uw burgerlijke staat?**

- Gehuwd of geregistreerd partner
- Relatie samenwonend
- Relatie, niet samenwonend
- Alleenstaand
- Anders, namelijk

***11. Heeft u op dit moment betaald werk?**

- Nee
- Ja, ik werk als -----, ik werk ----- uur per week

***12. Heeft uw partner momenteel betaald werk?**

- Nee
- Niet van toepassing, ik heb geen partner
- Ja ----- uur per week

De volgende stellingen gaan over de zwangerschapszorg die u gekregen hebt. U kunt antwoorden door aan te vinken in hoeverre u het met de stellingen eens bent.

Tijdens mijn zwangerschapscontroles.....

***13. ...werden alle onderzoeken duidelijk aan mij uitgelegd voordat ze werden uitgevoerd.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***14. ...kreeg ik nuttige informatie over mijn zwangerschap.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***15. ...was er steeds iemand telefonisch bereikbaar om vragen te beantwoorden.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***16. ...was er tijdens mijn controlebezoeken steeds voldoende tijd om vragen te stellen of mijn zorgen te bespreken.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***17. ...voelde ik mij op mijn gemak tijdens mijn controlebezoeken.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***18. ...heeft iemand mij geholpen met het maken van plannen voor de toekomst van mij en mijn baby.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***19. ...heb ik ondersteuning gekregen.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***20. ...is mijn familie bij de zorg betrokken voor zover ik dat zelf wilde.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***21. ...was er iemand warm en zorgzaam voor mij .**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***22. ...werden er andere zorgverleners geraadpleegd over mijn zorg als dit nodig was.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***23. ...had iemand de juiste kennis en vaardigheden om voor mijn zwangerschap te zorgen.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***24. ...werd mijn privacy voldoende beschermd.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***25. ...werd ik met respect behandeld.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***26. ...werden mijn behoeften en wensen besproken met andere personen die ook voor mij zorgden.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***27. ...werden mijn vragen op een open en eerlijke wijze beantwoord.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***28. ...heb ik zelf keuzes mogen maken in de zorg die ik kreeg.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***29. ...werden mijn wensen over voeding en gewichtstoename besproken in mijn zwangerschap.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***30.werden mijn wensen over medicatie besproken in mijn zwangerschap.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***31. ...werden mijn wensen over lichamelijke beweging besproken in mijn zwangerschap.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***32. ...werden mijn wensen over ademhalingstechnieken en ontspanningsoefeningen besproken in mijn zwangerschap.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***33. ...kreeg ik de mogelijkheid om actief deel te nemen aan mijn eigen zorg.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

***34. ...kon ik mijn mening over de geleverde zwangerschapszorg geven.**

- Helemaal eens Eens Neutraal Oneens Helemaal oneens

*** 35. Over het algemeen, hoe tevreden bent u over uw zwangerschapszorg?**

Heel tevreden

Tevreden

Neutraal

Ontevreden

Heel ontevreden



*** 36. Welk cijfer zou u geven aan de zorg die u tijdens uw zwangerschap kreeg?**

(geef een cijfer van 0 tot 10, waarbij 0 het slechtste cijfer is dat u kunt geven en 10 het hoogste cijfer)



0



0,5



1,0



1,5



2,0



2,5



3,0



3,5



4,0



4,5



5,0



5,5

Nu volgen vragen waarin telkens over "men" gesproken wordt.

Met men wordt bedoeld: familie, vrienden, kennissen, buren, collega's, maar ook andere zwangeren.

Vink het antwoord aan dat het beste bij u past.

*37. Gebeurt het wel eens dat men...

	Zelden of nooit	Af en toe	Regelmatig	Erg vaak
U uitnodigt voor een feestje of etentje?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gezellig bij u op bezoek komt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Genegenheid voor u toont?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U troost?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U complimenten geeft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interesse voor u toont?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U hulp biedt in bijzondere gevallen zoals bij ziekte en verhuizing?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U geruststelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U goede raad geeft?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U in vertrouwen neemt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
U om hulp of advies vraagt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Uw sterke punten naar voren haalt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kunt u aangeven op een schaal van 0 tot 10, hoe goed u zich voorbereid voelt? Hierbij is 0 helemaal niet voorbereid en 10 volledig voorbereid.

Hoe goed voelt u zich voorbereid op.....

***38. de bevalling?**

0,0 0,5 1,0 1,5 2,0 2,5 3,0 3,5 4,0 4,5 5,0 5,5

***39. het zorgen voor een pasgeborenen baby?**

0,0 0,5 1,0 1,5 2,0 2,5 3,0 3,5 4,0 4,5 5,0 5,5

***40. Bent u van plan de baby borstvoeding* te gaan geven?**

***Hiermee bedoelen we ook afgekolfdde moedermelk**

- Ja
- Weet ik nog niet
- Nee, omdat

***41. Hoe belangrijk vindt u het geven van borstvoeding?**

- Heel erg belangrijk
- Erg belangrijk
- Belangrijk
- Niet belangrijk
- Helemaal niet belangrijk

Hoe vaak hebt u tijdens deze zwangerschap contact gehad met uw verloskundige of gynaecoloog?

Als u bij "Aantal contacten" een antwoord niet precies weet, geef dan een schatting.

Vul 0 in als het voor u niet van toepassing was.

***42. Aantal contacten**

aantal keer controle bij verloskundige op de verloskundigenpraktijk	<input type="text"/>
aantal keer controle in het ziekenhuis bij een gynaecoloog/arts/verloskundige van het ziekenhuis	<input type="text"/>
aantal keer Telefonisch contact	<input type="text"/>
aantal keer Huisbezoeken	<input type="text"/>
aantal keer Echo's	<input type="text"/>
aantal keer anders, namelijk	<input type="text"/>

***43. Neemt u deel aan een CenteringPregnancy groep?**

- Ja
- Nee, in deze zwangerschap nooit gedaan
- Wel gedaan maar gestopt

***44. Volgt u een zwangerschapscursus of hebt u een zwangerschapscursus gevolgd deze zwangerschap?**

- Nee
- Ja, namelijk

***45. Hebt u tijdens de zwangerschap een informatieavond of groepsbijeenkomst gevolgd?**

U kunt meer dan 1 antwoord aanvinken.

- Nee
- Ja, over de bevalling
- Ja, over borstvoeding
- Ja, anders namelijk

***46. Waar bent u van plan te bevallen?**

- Ziekenhuis
- Thuis
- Geboortecentrum

***47. Waardoor is uw keuze het meeste bepaald?**

- Eigen wens
- Wens van mijn partner
- Ik heb het samen met mijn partner besloten
- Advies van mijn zorgverlener
- Anders, namelijk

***48. De gegevens van de praktijk over uw zwangerschap/bevalling worden anoniem gebruikt door ons. Gaat u hiermee akkoord?**

- Ja
- Nee

Wij danken u voor het meewerken aan deze vragenlijst