

CenteringPregnancy[®] biedt zwangere centrale rol in Nederlandse verloskundige zorg

“Tell me and I forget, teach me and I remember, involve me and I learn”

Marlies Rijnders,¹ Karin van der Pal,¹ Inger Aalhuizen²

De Peristat-onderzoeken, uitgevoerd in 2003 en 2008, laten zien dat Nederland een ongunstige plaats inneemt wat betreft babysterfte.^{1,2} Maar ook ziekte en gebrekkige gezondheid van pasgeboren baby's heeft aandacht nodig in de Nederlandse verloskundige zorg. Er is veel winst te behalen door bijvoorbeeld vroeggeboorte en een laag geboortegewicht te verlagen door de leefstijl of leefomstandigheden van zwangere vrouwen aan te pakken.³

Zo rookt naar schatting 10% van de zwangeren dagelijks in de zwangerschap,⁴ ondanks het antirookbeleid van de overheid. Ongeveer 50% van de zwangeren drinkt regelmatig alcoholhoudende dranken en een onbekend aantal gebruikt drugs. Ook zijn slechte voedingsgewoonten en te weinig bewegen aan de orde bij de zwangere bevolking. Een deel van hen kampt met ernstig overgewicht. Geschat wordt dat ongeveer 5% van de zwangeren te maken heeft met relationeel geweld in de zwangerschap.⁵ Een deel van de ongunstige zwangerschapsuitkomsten heeft te maken met de ongezondere leefstijl van vrouwen met een lage sociaaleconomische positie. Een lage sociaaleconomische status gaat gepaard met verhoogde risico's voor moeder en kind. Bij deze

vrouwen stapelen sociale en individuele problemen zich op, zoals het onvoldoende beheersen van de Nederlands taal, huisvestingsproblemen en psychische klachten, die invloed kunnen hebben op zwangerschapsuitkomsten. Ook is bekend dat vrouwen met een lage sociaaleconomische positie vaak minder goed in staat zijn om hun gezondheid te bewaken en te bevorderen. Dit vereist meer 'zorg-op-maat' en meer intensieve zorg, met specifieke aandacht voor sociale factoren, leefstijl, aanpak van ziekten en voorbereiding op de bevalling. Behalve het bereiken van deze groepen is het belangrijk dat informatie over zwangerschap, baring en kraambed op zo'n wijze wordt aangeboden dat deze wordt begrepen en eigen wordt gemaakt. Dat verhoogt de kans op opvolgen van gegeven gezondheidsadviezen en voorlichting, verhoogt het kennisniveau van de zwangere en daarmee haar zelfredzaamheid.

Uit de Deliver studie 2011⁷ blijkt dat in Nederland 17% van de zwangere vrouwen denkt dat ze hun gezondheid nauwelijks of niet kunnen beïnvloeden met hun eigen gedrag. Vooral lager opgeleide vrouwen en vrouwen met een niet westerse achtergrond hebben weinig kennis over zwangerschap en geboorte. Bovendien ervaren vrouwen uit risicogroepen dat er weinig mogelijkheden zijn tot het stellen van vragen.

Het huidige Nederlandse verloskundig begeleidingsmodel, met tien tot vijftien

korte individuele consulten, is niet toegesneden op vrouwen met een lage sociaaleconomische positie, terwijl juist deze vrouwen extra uitleg, extra achtergrondinformatie en extra tijd voor vragen nodig hebben. Een andere vorm van begeleiding voor deze groep zwangeren is daarom gewenst.

CENTERINGPREGNANCY[®]: EEN ANDERE MANIER VAN VERLOSKUNDIGE ZORG

Een mogelijke oplossing biedt de aanpak van CenteringPregnancy[®]. In plaats van de individuele controles tijdens de zwangerschap wordt de zorg daarbij in tien sessies aangeboden aan een groep vrouwen die ongeveer even lang zwanger zijn. Tijdens een sessie worden zwangerschapscontroles van bijvoorbeeld de bloeddruk en de groei van de baby gecombineerd met voorlichting, interactieve leermethoden en gesprekken over wat vrouwen bezig houdt tijdens hun zwangerschap. Acht tot twaalf vrouwen met dezelfde zwangerschapsduur ontmoeten elkaar, krijgen een grotere rol in hun eigen zorgproces zoals zelf bloeddruk meten, wegen en hun eigen dossier bijhouden. Elke groep zwangeren komt tien keer bij elkaar volgens een vastgesteld schema onder begeleiding van een medisch verantwoordelijk zorgverlener zoals een verloskundige of arts en een assistent (dit kan een praktijkassistente zijn, doula of verloskundige of arts in opleiding et cetera). De groepsbijeenkomsten duren veel langer (120 minuten)

¹ TNO Child Health, Leiden

² Koninklijk Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen, Utrecht

dan het gangbare individueel consult van 10-15 minuten. Doordat de interactietijd tussen de zorgverlener en de zwangere groter is, wordt het beter mogelijk zowel klinische-, psychische-, sociale- en gedragsfactoren te bespreken die van invloed kunnen zijn op de zwangerschap. Het unieke aan CenteringPregnancy^{®8} is de groepsdynamiek: alle aanwezigen, ook de zorgverlener, hebben hun eigen inbreng, ondersteunen elkaar en vullen elkaar aan. Het bespreekbaar maken van zorgen, ervaringen en vragen van zwangeren in groepsverband stimuleert vrouwen tot het stellen van vragen die hen bezig houden. Daarnaast creëert het de mogelijkheid tot het vormen van vriendschappen, netwerken en ondersteuningsstructuren die juist zwangeren in achterstandssituaties het meest ontberen. Door de koppeling van de vereiste medische zorg aan deze vorm van voorlichting, educatie en ervaringen uitwisselen worden juist die zwangeren bereikt die dit normaal niet krijgen omdat zij veel minder vaak deelnemen aan zwangerschapseducatie en andere cursussen ter voorbereiding van bevalling en kraambed.

Net als bij het Gezamenlijk Medisch Consult (GMC), in 2005 door het CBO geïntroduceerd in Nederland, is het doel bij CenteringPregnancy[®] de verloskundig-medische zorg te integreren met drie belangrijke componenten voor gezondheid: zelfmanagement, ontwikkeling van kennis en groepsondersteuning.⁸ Anders dan bij het GMC wordt dit bij CenteringPregnancy[®] vorm gegeven door te werken met interactieve leermethoden, themasessies, een handboek waarin zwangeren worden gestimuleerd zichzelf doelen te stellen en hierop te reflecteren en het actief betrekken van cliënten bij de uitvoer van medische handelingen.

Door deze betrokkenheid met het zorgproces wordt het geheel inzichtelijker gemaakt, wordt kennis opgedaan en kan er makkelijker een link worden gelegd met bijvoorbeeld de effecten van leefstijl veranderingen.

Door de toename in gezondheidsvaardigheden en het creëren van een ondersteunend netwerk zijn ook effecten te verwachten in de eerste opvoedingsjaren. Goede ervaring met groepszorg in de zwangerschap kan deelname van ouders aan groepszorg bij het consultatiebureau verhogen. In de USA is daar-

door ook CenteringParenting[®] ontstaan voor de begeleiding van moeder en kind in de eerste levensjaren.

ONDERZOEKSRESULTATEN

CenteringPregnancy[®] is in de VS met name gericht op autochtone als allochtone vrouwen met een lage sociaal economische status. Onderzoek in deze populatie toont aan dat dit type zorg een positief effect heeft op gezondheidsvaardigheden, zoals betere prenatale kennis¹⁰, beter voorbereid zijn op de bevalling¹⁰ en vaker borstvoeding geven^{11,12}. Hiernaast ervaren vrouwen meer ondersteuning,¹³ zijn zij meer tevreden met deze vorm van zorg,¹⁴ en met name vrouwen met verhoogde psychosociale stress bij de start vertoonden significante toename van de eigenwaarde (self-esteem), significant minder gevoel van stress, en een jaar postpartum significant minder sociale problematiek en minder vaak depressie dan de vrouwen die individuele zorg ontvingen.¹⁴ In de CenteringPregnancy[®] groep zijn ook de uitkomsten van perinatale morbiditeit beter in vergelijking met de uitkomsten van vrouwen die individuele zorg ontvingen: het aantal vroeggeboorte in een hoog risico groep is significant verminderd met 33%, het geboortegewicht is hoger en het aantal vrouwen dat sub standaard zorg ontving is gereduceerd.¹² Onderzoeksresultaten lijken positieve bevindingen te laten zien, maar een meer systematische aanpak om het effect van CenteringPregnancy[®] te onderbouwen is nodig^{15,16}.

HAALBAARHEIDSTUDIE IN NEDERLAND

In 2011 heeft TNO, in een mede door het Looscofonds gefinancierd project, drie verloskundigenpraktijken benaderd om mee te werken aan een haalbaarheidsstudie naar CenteringPregnancy[®] in de Nederlandse verloskundige praktijk. Twee van de drie deelnemende praktijken hebben een populatie met veel zwangeren met laag sociaal economische status en/of van allochtone afkomst. Verloskundige praktijk "Aan het IJ" in Amsterdam Noord heeft vooral Marokkaanse, Turkse en Nederlandse zwangeren met een lage SES. Praktijk "VIDA" uit Amsterdam zuidoost (Bijlmermeer) heeft vooral zwangeren van Afrikaanse afkomst en veel tienermoeders. De derde praktijk, verloskundige praktijk "de Ba-

kermat" uit Wageningen, heeft vooral een plattelandspopulatie, zwangeren afkomstig uit een asielzoekerscentrum en hoog opgeleide ex-pats.

Hoewel uit de literatuur bekend is dat CenteringPregnancy[®] geïmplementeerd kan worden in verschillende landen en culturen¹⁷⁻²⁰ kan door de deelname van drie praktijken met geheel verschillende populaties zwangeren inzicht gekregen worden in de haalbaarheid in verschillende settings in Nederland en een eerste indruk verkregen worden van de ervaringen onder verloskundigen met zwangeren met verschillende achtergronden.

De implementatie van CenteringPregnancy[®] in de praktijk is vorm gegeven door met elke praktijk afzonderlijk twee keer uitgebreid overleg te voeren op locatie om de verloskundigen kennis te laten maken met het concept CenteringPregnancy[®], mogelijke belemmerende en bevorderende factoren voor implementatie te identificeren en oplossingen te bedenken c.q. faciliteren. Daarnaast zijn onder leiding van een Amerikaanse trainster van CenteringHealthcare de verloskundigen en praktijk assistenten getraind evenals een beleidsmedewerker van de KNOV, docent van de Verloskunde Academie Amsterdam en de onderzoeker van TNO. De docent verloskunde en onderzoeker van TNO hebben november 2012 in de USA een train-de-trainer cursus CenteringPregnancy[®] gevolgd.

Vlak voor het begin van de eerste groep is een interview traject gestart voor de verloskundigen en assistenten. Doel van de interview was de verloskundigen in staat te stellen onderdelen van Centering voor de komende groepsbijeenkomst eerst in een veilige omgeving uit te proberen c.q. te oefenen, ervaringen te delen, problemen uit de praktijk te bespreken en eventueel oplossingen met elkaar te zoeken.

De beschikbare Engelstalige materialen zoals handboek voor de verloskundige en het handboek voor de moeder, evaluatieformulieren en interactieve leervormen zijn vertaald, aangepast en verder ontwikkeld in nauwe samenwerking met de verloskundigen van de drie deelnemende praktijken, een beleidsmedewerker van de Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundigen (KNOV) en een docent van de Verloskunde Academie Amsterdam. De ervaringen

gen van zwangeren en verloskundigen in de praktijk wordt nu gebruikt voor de definitieve inhoud en vorm.

In januari 2012 zijn de praktijken gestart met het draaien van de groepen. Zwangeren worden actief geworven maar kunnen kiezen tussen groeps-, of individuele zorg. September 2012 hebben ongeveer 160 vrouwen zorg ontvangen binnen CenteringPregnancy[®] en is de eerste "Centering baby" geboren in Wageningen. Voorlopige resultaten laten zien dat van de zwangeren die Centering hebben ontvangen 35% van niet-Nederlandse afkomst is, 10% geen of alleen lager onderwijs heeft genoten, 25% van de vrouwen en 13% van de partners geen betaald werk heeft en 19% alleen woont.

Zowel zwangeren als verloskundigen zijn zeer enthousiast over deze vorm van zorg. Uit de evaluatie rond 30 weken zwangerschap komt naar voren dat de zwangeren de verloskundige groepszorg scoren met een 8,4 (range 7-10). Ter illustratie enkele opmerkingen van vrouwen op de vraag bij 30 weken: "wat vindt je het prettigste aan de groepszorg?":

- "dat je met andere vrouwen gevoelens kunt delen en leert wanneer het wel/niet belangrijk is om te bellen."
- "dat je niet alleen bent, je in de groep toch je aandacht krijgt."
- "de gezelligheid en dat er veel tijd kan worden besteed aan onderwerpen die anders niet in zo veel diepte worden besproken."
- "de leuke mensen, ik kan leren van anderen, betrokkenheid bij elkaar, ik kan verhaal kwijt, er wordt naar me geluisterd, ik kan anderen steunen."
- "dat ik mijn vragen kan stellen als het onduidelijk is."

De ervaringen van de verloskundigen zijn zonder uitzondering zeer positief.

Een van de verloskundige uit de pilot verwoordt haar ervaringen als volgt: "Je bent niet meer de alwetende professional, die telkens antwoord geeft op gestelde vragen. In tegendeel, de meeste verklaringen en oplossingen komen uit de groep zelf. Als zorgverlener sta je minder op een voetstuk, in die zin dat zwangeren minder afhankelijk van je zijn. Na enkele sessies merk je dat je daarvoor over dingen praat die je als verloskundige niet, of moeilijk aan de orde stelt bij de individuele consulten. Een voorbeeld is dat een zwangere in de groep zelf verteld dat ze alcohol gebruikt in de

zwangerschap, ze legt zelf uit wat de effecten van alcohol in de zwangerschap kunnen zijn. Een ander voorbeeld is het bespreken van het Structureel Echoscopisch Onderzoek, in de groep wordt veel meer gesproken hoe de zwangeren zich zelf voelt bij dit onderzoek, wat een kind voor hen betekent en hoe het zou zijn als het kind een afwijking zou krijgen" (uit: Tijdschrift voor Verloskunde februari 2012)

Wel is duidelijk dat implementatie van deze nieuwe vorm van zorg in eerste instantie aardig wat tijd en energie kost. Er moeten logistieke aanpassingen gedaan worden zoals planning van de roosters van de zorgverleners op het draaien van "hun" groep en soms het reserveren van een goede ruimte. Daarnaast vergt het tijd om zwangeren te werven, de sessies voor te bereiden en te evalueren. Ten slotte blijken sommige onderdelen lastiger uitvoerbaar dan gedacht: met name tijdens de eerste bijeenkomst blijft het moeilijk om een goede balans in tijd te vinden tussen de noodzakelijke medische handelingen, het bespreken van labuitslagen en het behandelen van onderwerpen die ter discussie zouden moeten komen zoals leefstijl en counseling structureel echoscopisch onderzoek. Ook is er sprake van meerkosten die zorgverleners hebben zoals het gebruik van materialen en soms ruimte, inzet assistent en kosten voor training en intervisie. In de pilot was dit voor een groot deel gefinancierd, maar bij landelijke implementatie is hiervoor een structurele oplossing noodzakelijk.

Ondanks bovengenoemde factoren is het enthousiasme in de drie de praktijken echter zo groot dat er nu al initiatieven worden genomen om CenteringPregnancy[®] verder uit te breiden binnen de eigen praktijk of met buurt praktijken en een samenwerkend ziekenhuis. Tevens wordt actief gezocht naar mogelijkheden om de overgang naar CenteringParenting[®] te ontwikkelen met de samenwerkende consultatiebureau's.

HOE NU VERDER

De KNOV en TNO Child Health gaan de pilot met zes verloskundigenpraktijken uitbreiden om bijgestelde materialen te testen, een handreiking te ontwikkelen voor de inrichting van de praktijk, meer inzicht te krijgen in de kosten en tot

aanbevelingen te komen voor landelijke implementatie.

In samenwerking met de KNOV en het LUMC Verloskunde en Public Health wordt CenteringPregnancy[®] en CenteringParenting[®] verder ontwikkeld en geëvalueerd. ZonMw heeft subsidie toegekend om binnen het consortium Noordelijk Zuid-Holland een effectstudie uit te voeren. Een deel van dit onderzoek zal ook plaatsvinden binnen het consortium Amsterdam-AMC. In de effectstudie wordt de Nederlandse versie van het CenteringPregnancy[®] zorgmodel versterkt en verder onderbouwd door 1) naast de eerste lijn verloskundigen de ketenpartners uit de nulde, eerste, tweede en derdelijnszorg (met hun zwangeren populatie) te betrekken bij de verloskundige groepsconsulten, 2) het vormgeven van de aanvullende begeleiding van zwangeren met complexere behoeftes, 3) het effect van de groepsconsulten te evalueren op medische en psychosociale uitkomsten. De effectstudie zal gaan plaatsvinden in tenminste negen verloskundige praktijken en drie ziekenhuizen maar een veelvoud van praktijken en ziekenhuizen hebben aangegeven te willen participeren.

Ook landelijk is er veel interesse voor Centering. Het lijkt erop dat zorgverleners zich realiseren dat CenteringPregnancy[®] een concept van zorg is dat van grote meerwaarde kan zijn voor de cliënt maar ook voor de eigen werkbeleving. Binnen de in oprichting zijnde organisatie CenteringHealthcare Nederland zal dan ook de verdere implementatie, training, kwaliteitsborging, evaluatie en ontwikkeling van CenteringPregnancy[®] en CenteringParenting[®] vorm worden gegeven en uitgevoerd.

ABSTRACT

CenteringPregnancy[®] offers pregnant women a central position in Dutch prenatal care

In the Netherlands, perinatal outcomes are worse for babies of women of low social background and of immigrant women. In the USA, CenteringPregnancy[®] (CP) has been proven to be effective in reducing adverse pregnancy outcomes in these two groups. CP replaces individual prenatal care visits with a group model pregnant women. This model provides substantially more health pro-

motion content than the traditional one-on-one prenatal care model. Elements unique to group care include group peer support and self-management training and activities. In three midwifery practices we aimed to assess the feasibility of CP in the Netherlands. Enhancing and prohibiting factors were determined and the concept was adjusted to the Dutch situation. Midwives and their clients expressed great enthusiasm for this model of group care. New research project in the Netherlands are funded looking at the effects of CP on perinatal-, and maternal psychosocial outcomes in the Netherlands, costs and factors that enhance implementation.

Keywords: CenteringPregnancy, pregnancy, prenatal care, group care, feasibility study, Dutch

LITERATUUR

1. *Buitendijk SE, Nijhuis JG.* Hoge perinatale sterfte in Nederland in vergelijking met de rest van Europa. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004;148:1855-60.
2. *Mohangoo AD, Buitendijk SE, Hukkelhoven CW et al.* Hoge perinatale sterfte in Nederland vergeleken met andere Europese landen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2008;152:2718-27.
3. *Bonsel GJ, Birnie E, Denktas, S, Poeran J, Steegers EAP.* Lijnen in de Perinatale Sterfte, Signalementstudie Zwangerschap en Geboorte 2010. Rotterdam: Erasmus MC, 2010
4. *Caren I, Lanting JP, Wouwe K van et al.* Roken in de zwangerschap 2001-2010: Zwangeren roken steeds minder, maar verschillen tussen laag en hoogopgeleiden blijven groot. *Ned Tijdschr Geneesk* (in druk).
5. *Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte.* Een goed begin: veilige zorg rondom zwangerschap en geboorte. Utrecht: Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009.
6. *Lumley J, Oliver SS, Chamberlain C, Oakly L.* Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. *Cochrane Database System Rev* 2004;3:CD001055.
7. www.deliver.nl
8. www.centeringhealthcare.org
9. *Rising SS.* Centering pregnancy. An interdisciplinary model of empowerment. *J Nurse Midwifery* 1998;43:46-54.
10. *Baldwin KA.* Comparison of selected outcomes of CenteringPregnancy versus traditional prenatal care. *J Midwifery Womens Health* 2006;51:266-72.
11. *Grady MA et al.* Pregnancy outcomes of adolescents enrolled in a CenteringPregnancy program. *J Midwifery Womens Health* 2004 Sep;49(5):412-20
12. *Ickovics JR, Kershaw TS, Westdahl C et al.* Group prenatal care and perinatal outcomes: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007; 110:330-9.
13. *Wedin K, Molin J, Crang Svalenius EL.* Group antenatal care: new pedagogic method for antenatal care—a pilot study. *Midwifery* 2010;26:389-93.
14. *Ickovics JR, Reed E, Magriples U et al.* Effects of group prenatal care on psychosocial risk in pregnancy: results from a randomised controlled trial. *Psychol Health* 2011;26:235-50.
15. *Manant A, Dodgson JE.* CenteringPregnancy: an integrative literature review. *J Midwifery Womens Health* 2011;56:94-102.
16. *Ruiz-Mirazo et al.* Group prenatal care versus individual prenatal care: a systematic review and meta-analysis. *J Obstet Gynaecol Can* 2012;34:223-9.
17. *Teate A, Leap N, Rising SS, Homer CS.* Women's experiences of group antenatal care in Australia—the CenteringPregnancy Pilot Study. *Midwifery* 2011;27:138-45.
18. *Kennedy HP, Farrell T, Paden R et al.* A randomized clinical trial of group prenatal care in two military settings. *Mil Med* 2011;176:1169-77.
19. *Gaudion A, Bick D, Menka Y et al.* Adapting the CenteringPregnancy model for a UK feasibility study. *Br J Midwifery* 2011;19:433-8.
20. *Klima C, Norr K, Vonderheid S, Handler A.* Introduction of CenteringPregnancy in a public health clinic. *J Midwifery Womens Health* 2009;54:27-34.

CORRESPONDENTIEADRES
Marlies Rijnders, TNO Child Health,
Postbus 2215, 2301 CE Leiden,
e-mail: marlies.rijnders@tno.nl