

# Handreiking Integrale CenteringPregnancy



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

Deze handreiking is ontwikkeld door de Koninklijke Organisatie van Verloskundigen in samenwerking met een multidisciplinaire werkgroep.

Leden werkgroep:



Inger Aalhuizen, KNOV, projectleider

Miriam Benschop, OLVG locatie West, klinisch verloskundige

Marjan Benthem, UMCG, hoofd verloskunde

Marieke van Dillen, Radboud UMC Nijmegen, klinisch verloskundige

Heleen Houtsmuller, Groene Hart Ziekenhuis, klinisch verloskundige

Marlies Kluiters, Catharina Ziekenhuis Eindhoven, klinisch verloskundige

Meryl Koetsier, Verloskundigenpraktijk Gouda, verloskundige

Melissa Kooijmans, Boven IJ Ziekenhuis, klinisch verloskundige

Janneke Langeveld, Verloskundigen aan 't IJ, verloskundige

Nicole van Melsen, KNOV, beleidsmedewerker, verloskundige

Jeanette Mesman, LUMC, klinisch verloskundige

Marjolein Meijer, LUMC, klinisch verloskundige

Berlinda Minnes, Boven IJ Ziekenhuis, klinisch verloskundige

Marlies Rijnders, TNO Child Health, verloskundige, onderzoeker

Elsina Steenbakkens, Catharina Ziekenhuis Eindhoven, klinisch verloskundige

Anna Tsiamparlis-Wildeboer, OLVG locatie West, klinisch verloskundige

## Inhoud

1. Voorwoord.....	4
2. Aanleiding.....	5
3. Wat is er nodig voor implementatie van integrale CP?.....	6
4. Breng een financieel plaatje in kaart.....	8
5. Organisatie van integrale CP.....	10
6. Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid bij integrale CP.....	13
7. Bronnen.....	15
8. Bijlagen.....	16

# 1. Voorwoord

CenteringPregnancy werd in 1995 voor het eerst in de Verenigde Staten geïntroduceerd (Rising, 1998). In de jaren '70 van de twintigste eeuw werd aan de University of Minnesota een centrum opgericht voor Zwangerschap en Geboorte: the Childbearing Childrearing Center. In dit centrum werd gezocht naar een zorgmodel voor zwangerschap dat beter aan zou sluiten bij de wensen van consumenten en zorgverleners. Rising, die aan de wieg van dit model stond, publiceerde in 1995 hierover haar eerste artikel.

In de Verenigde Staten is het CenteringPregnancy Model ondergebracht in 'The Centering Model' dat toepasbaar is voor meerder vormen van zorg (Centering Healthcare Institute). TNO Child Health heeft dit model naar Nederland gehaald en werkt samen met het Centering Healthcare Institute in de USA.

CenteringPregnancy is op honderden plaatsen geïmplementeerd in de Verenigde Staten maar ook in Canada, Australië, het Verenigd Koninkrijk en Zweden.

In 2011 zijn in Nederland drie verloskundigenpraktijken gestart met CenteringPregnancy. Inmiddels zijn er meer dan 70 praktijken en een aantal ziekenhuizen in Nederland die CenteringPregnancy aanbieden en komen er maandelijks een aantal bij.

## 2. Aanleiding

CenteringPregnancy (CP) kan als multidisciplinaire integrale geboortezorg aangeboden worden aan zwangere cliënten, hierdoor kunnen meer cliënten gebruik maken van CP. Op deze manier wordt CP verankerd in de geboortezorg van Nederland en is continuïteit en kwaliteit van CP gewaarborgd.

Implementatie van CP via VSV's draagt bij aan het realiseren van integrale geboortezorg die meer naadloos op elkaar aansluit, waarbij zwangeren en haar zorgvraag centraal blijft staan. De (klinisch) verloskundige speelt hierbij een belangrijke rol om deze zorg laagdrempelig, dicht bij de cliënt aan te bieden.

Deze handreiking biedt handige tips en tools om u te helpen bij de besluitvorming om de standaardzorg om te zetten naar zorg volgens het Centering model.

## 3. Wat is er nodig voor implementatie van integrale CenteringPregnancy?

Hieronder vindt u wat er nodig is om CP binnen uw organisatie te implementeren.

### 3.1 Creëren van breed draagvlak binnen de organisatie

Een breed draagvlak is noodzakelijk en voorwaarde nummer één voor het opzetten van CP binnen uw setting. Daarnaast moet er één, liefst twee kartrekkers zijn die heel enthousiast is/zijn over CP en de meerwaarde kunnen overbrengen naar de collega zorgverleners. Alle betrokken professionals moeten vanaf het begin bij het proces meegenomen worden.

- Ondersteuning vanuit alle echelons:
  - o Hoofd afdeling verloskunde en hoofd poli
  - o Maatschap gynaecologie
  - o Zorginkoper
  - o Raad van Bestuur
  - o Verloskundigenpraktijk(en)
  - o Kraamzorgorganisatie(s)
  
- Daarnaast ook alle stafleden van het ziekenhuis betrekken, zoals:
  - o HR
  - o Hoofd verpleegkundigen
  - o Planners (roosteraars) polikliniek/kliniek
  - o Facilitaire Ondersteuners
  - o Personeel: gynaecologen, arts assistenten, verloskundigen, verpleegkundigen, poli assistentes

Het is mede afhankelijk van de verschillende organisatie die mee gaan werken, wie de CP groepen draaien en op welke locatie de groepen gedraaid worden. En wie je nodig hebt binnen je VSV voor een breed draagvlak. Daarnaast zijn intervisie en laagdrempelig contact met de CenteringHealthcare organisatie ondersteunend voor de implementatie en kwaliteit van CP.

**Noodzaak:** Organiseer een bijeenkomst voor alle zorgverleners en nodig Marlies Rijnders en/of een afgevaardigde van Centering Nederland hierbij uit. Hierdoor kunnen alle vragen/onzekerheden omtrent CP besproken worden en krijg je makkelijker alle neuzen dezelfde kant op.

**Tip:** stel een doel voor het 1<sup>e</sup> jaar en koppel dat doel dan ook na een jaar terug. En plan na 2-3 groepen een bijeenkomst/pitch om het personeel weer een boost te geven.

### 3.2 Stuurgroep

Het is belangrijk om vroeg in het proces een stuurgroep samen te stellen. De stuurgroep is verantwoordelijk en betrokken vanaf de start tot doorlopende monitoring van de activiteiten. In de stuurgroep kunnen zitting hebben: directeur/bestuur coöperatie, bestuur VSV, bestuurlijke verantwoordelijken van het ziekenhuis, coördinatoren, managers, personen die overzicht hebben over logistiek en financiën.

### 3.3 Werkgroep

Belangrijk is ook om een werkgroep samen te stellen, hierin kunnen mensen van de werkvloer die de groepen gaan begeleiden zitting hebben. Te denken valt aan: kraamverzorgenden, verpleegkundigen, verloskundigen en gynaecologen.

De Raad van bestuur van het ziekenhuis hoeft niet betrokken te worden in een van beide groepen, maar dienen wel betrokken te worden in het proces.

### 3.4 Voldoende inschrijvingen om groepen gevuld te krijgen?

De grootste belemmerende factoren zijn, naast gebrek aan draagvlak en de tijdsinvestering die door zorgverleners gemaakt wordt voor CP, het werven van voldoende zwangeren en dan met name in de opstartfase.

- Breng in kaart hoeveel zwangeren, zowel in de 1<sup>e</sup> als in de 2<sup>e</sup> lijn vanaf de start van de zwangerschap in zorg komt.
- Het eerste jaar gaat gemiddeld 30% van je populatie in een CP groep, daarna loopt dit op;
  - Bij 200 inschrijvingen moet u CP als primair zorgmodel introduceren om voldoende cliënten te includeren. Starten van een groep eens in de 5-6 weken is aan te bevelen
  - Bij 360 inschrijvingen kunt u met een inclusie van 30% van uw cliënten CP groepen voldoende gevuld krijgen
  - Indien u minder dan 200 inschrijvingen heeft dan krijgt u de groepen niet vol. U kunt dan onderzoeken of CP samen met de eerste lijn vormgeven kan worden, waarbij eerste en tweede lijns cliënten in 1 groep samen gebracht kunnen worden.
- Inclusiecriteria: in principe iedereen, behalve:
  - Monochoriale en monoamniotische gemelli's
  - Hou er rekening mee dat één kwetsbare zwangere in de groep mogelijk is, echter zijn er meerdere kwetsbare zwangeren dan kan dit een stempel drukken op de groep
- Dag en tijdstip is ook van invloed op animo.

**Tip:** CP aanbieden aan alle zwangeren, ongeacht de ernst van de medische indicatie. Houdt een plek vrij op de spoed poli voor extra onderzoeken rondom elke CP sessie. Zo kan worden voorkomen dat vrouwen onnodig extra naar het ziekenhuis moeten komen.

Uit een landelijke enquête blijkt dat werving van zwangeren voor deelname aan CP gestaag toe neemt over de tijd, met een sterke stijging na zo'n 25 groepen overeenkomend met ongeveer 2 jaar CP aanbod. Dit komt doordat de opgedane ervaring met CP het verloskundigen makkelijker maakt om te werven, omdat ze de voordelen van CP hebben ervaren en daarnaast is er meer mond op mond reclame.

## 4. Breng een financieel plaatje in kaart

CP is een andere zorgvorm waarbij er veel meer contacttijd met de cliënt is, waardoor zowel meer onderwerpen kunnen worden besproken alsook onderwerpen meer worden uitgediept. Ook is de werkwijze voor zorgverleners nieuw, wat met zich meebrengt dat zeker het eerste jaar meer tijd geïnvesteerd wordt in de voorbereiding en afronding dan na enige groepen ervaring.

Tenslotte zijn er per CP groep 2 begeleiders: dit is om kwalitatief goede zorg te verlenen waarbij de zorg voor de groep en het individu gewaarborgd wordt. Dat houdt in dat Centering NIET goedkoper is dan individuele zorg. De grootste kostenpost zit in de 2<sup>e</sup> begeleider.

In bijlage 1 is te zien dat CP met 1 begeleider, een beetje afhankelijk van de groeps grootte, ongeveer hetzelfde kost of iets goedkoper is dan individuele zorg. Met betrekking tot de kosten van de 2<sup>e</sup> begeleider kunnen echter de volgende overwegingen worden meegenomen:

- Bij begeleiding van een groep door zowel 1<sup>e</sup> als 2<sup>e</sup> lijn, of een andere combinatie van zorgverleners (kraam met verloskundige, JGZ met verloskundige) ligt de meerwaarde erin dat dit een zeer toegankelijke en laagdrempelige vorm van integrale zorg is waar de cliënt centraal blijft staan.
- U biedt de zwangere 20 uur contacttijd (10x2 uur) ipv 2,5 uur (10x15 minuten).
- U gebruikt 1 (groeps)ruimte 2 uur ipv mogelijk meerdere spreekkamers (die op dat moment gebruikt kunnen worden).
- En als u echt kosten wilt drukken overweeg dan om de 2<sup>e</sup> begeleider een verloskunde student te laten zijn.
- Er zijn mogelijkheden voor subsidie vanuit de gemeente omdat u naast medische zorg ook veel meer aandacht geeft aan psychosociale begeleiding en informatie.
- Er zijn wellicht subsidie mogelijkheden mbt integrale zorg.
- Voorbereiden en opruimen van de groepsruimte kan door een student/schoonmaker etc.

Besprek het financiële plaatje met de zorginkoper/HR van het ziekenhuis.

- Breng in kaart wat de tijdsinvestering is van de (klinische verloskundige) bij het draaien van de CP groepen ten opzichte van individuele zorg. (zie voorbeeld bijlage 1)
- De inzet van een co-facilitator kost altijd extra tijd en brengt extra kosten met zich mee.
- Kijk ook naar benodigdheden, wat moet u nog aanschaffen? (zie 5.6)
- Planning van groepen kost tijd, maar ook planning van workshops voor overig personeel



- Training en intervisie (€640 per deelnemer en tijd van personeel)
- Het is mogelijk om binnen uw ziekenhuis een DBC te openen voor CP.

(Bespreek dit met de zorginkoper en/of financieel verantwoordelijke. Concurrentiepositie en levenslange investering benadrukken: door goede ervaringen bij de geboortezorg zullen cliënten bij andere problemen sneller kiezen voor uw ziekenhuis. Cliënten zijn tevredener met CP t.o.v. individuele zorg omdat er veel meer aandacht is voor de cliënt.)

- Denk ook aan subsidie via de gemeente. (zie bijlage 2)

## 5. Organisatie van integrale CP

### 5.1 Coördinator

Er dient 1 coördinator aangesteld te worden die verantwoordelijk is voor de planning van de groepen, het inroosteren van de groepsleiders, materialen aanschaf en beheer, reserveren groepsruimte, dataverzameling en contactpersoon voor de CP organisatie.

### 5.2 Groepsruimte

Kijk wat er beschikbaar is, maar zorg wel dat CP steeds in dezelfde ruimte plaats vindt. Het is belangrijk om een goede, beschikbare en toegankelijke ruimte te hebben voor de bijeenkomsten. Indien de ruimte gezellig, aantrekkelijk, warm en privé is dan bevordert dat de goede ervaring van zorgverleners, zwangeren en partners. In de ruimte moet een cirkel gevormd kunnen worden van ongeveer 16 - 20 stoelen en dan moet er nog ruimte overblijven voor uitwendig onderzoek, tafel met snacks en loopruimte (ongeveer 2,3 meter X 2,3 meter of 58m<sup>2</sup>).

### 5.3 Tijdstip

- Zowel in het ziekenhuis als in de verloskundigenpraktijk zal beschikbaarheid van de ruimte invloed hebben op het tijdstip.
- Indien de ruimte verbouwd moet worden zorg dat u de ruimte zonder verbouwen kan gebruiken voor minimaal twee of drie groepen, door drie aaneengesloten dagdelen de ruimte te boeken. Bijvoorbeeld op maandagmiddag, dinsdagochtend en dinsdagmiddag.

**Tip:** indien je CP in de avonduren in het ziekenhuis organiseert hou ook rekening met de schoonmaakploeg.

### 5.4 Werving

**Informereren:** Wanneer mensen zich aangemeld hebben en er vervolgens informatie opgestuurd word, stuur dan ook de flyer van CP mee. Organiseer daarnaast, indien mogelijk, een wervingsbijeenkomst om mensen te enthousiasmeren voor deelname aan CP. Laat dit de mensen doen die ook de CP groepen draaien.

**Intake:** Breng in kaart welke professionals de intake doen. Gebeurt dit enkel binnen de 1<sup>e</sup> lijn, binnen de 2<sup>e</sup>/3<sup>e</sup> lijn of wordt er een gezamenlijke intake gedaan? Benoem tijdens de intake CP nogmaals.

**Inclusie:** Tijdens termijnecho/counseling of per telefonisch consult. Nadeel van een telefonisch consult is dat mensen makkelijker nee zeggen. Advies is dat mensen die zwangeren includeren voor CP de training gevolgd hebben en bij voorkeur een groep (mee)draaien.

Als zwangeren mee willen doen moet er al een formulier klaar liggen met alle informatie, zoals de tijden en data van alle 9 bijeenkomsten in de zwangerschap.

Vaak zijn er meerdere personen die includeren, denk aan verpleegkundigen, (poli) assistenten, echoscopisten, klinisch verloskundigen, arts assistenten en gynaecologen. Organiseer voor deze professionals een workshop van 1,5 uur om ze kennis te laten maken met CP, te enthousiasmeren en te leren includeren. Via CenteringHealthcare wordt er twee keer een workshop aangeboden in het ziekenhuis, hierna dient u hier zelf zorg voor te dragen.

**Tips:** Betrek de fertiliteit afdeling bij CP, mensen kunnen zo al vroegtijdig geïnformeerd worden.

Grote wisseling van personeel is vaak een probleem binnen ziekenhuizen, een oplossing kan dan zijn om vaste intake spreekuren te plannen met dezelfde zorgverleners.

Beloon de mensen met de meeste inclusies.

## 5.5 Opzetten PR

Overleg met de afdeling communicatie op welke wijze je de PR kan inzetten, zowel intern als extern:

### Extern:

- Informatie op website verloskundigenpraktijk/ziekenhuis
- Via social media van de verloskundigenpraktijk/het ziekenhuis
- Geschikte plekken voor flyers en/of posters
- Artikel in plaatselijke krant (zie voorbeeld van het Groene Hart Ziekenhuis in bijlage 3)

### Intern:

- Intranet
- Interne communicatie (nieuwsbrief of plaats bijvoorbeeld een bericht op een intern communicatiemiddel als een groep is afgerond, zie voorbeeld LUMC)
- Vertel op alle gremia over CP
- Afdelingsoverleg (kring, VSV, coöperatie)
- Laat cliënten vertellen over hun ervaring bij andere zorgverleners
- Laat af en toe iemand een kijkje nemen bij een bijeenkomst van een groep

## 5.6 Benodigheden voor CP:

- Tafel en stoelen
- Computer/laptop (systeem om data te registreren)
- Weegschaal
- Elektrische bloeddrukmeter
- Lage onderzoeksbank, centimeter, doptone
- Kamerscherm
- Centeringdoos, materialen voor groepsleider (€200 exl BTW)
- Mijn zwangerschapsboekjes (per doos 45 stuks €225 excl BTW)
- Naambordjes
- Pennen/stiften
- White board/flapover
- Flyers/posters

## 5.7 Werkafspraken

Maak duidelijke afspraken over:

- Wie werft en includeert de mensen voor CP
- In- en exclusiecriteria voor CP
- Wie is de coördinator en welke taken heeft hij/zij
- Wie is er verantwoordelijk voor het zorgpad zwangere?

- Wie draait de groepen (2 verloskundigen, verloskundige + gynaecoloog of een kraamverzorgende)
- Op welke locatie wil je de groepen draaien
  - Altijd in de eerste of altijd in de tweede lijn
  - Eén groep in de eerste lijn, volgende groep in de tweede/derde lijn
- Klaarzetten en opruimen van de ruimte
- Wie voert welke activiteit uit

## 6. Verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid bij integrale CP

Uitgangspunt is dat iedere verloskundige verantwoordelijk is voor het verlenen van goede zorg en aansprakelijk is voor het eigen handelen. Hierbij kan het gaan om handelen, maar ook om nalaten. Zo geldt het tuchtrecht voor de (klinisch) verloskundige en niet voor de zorginstelling (lees: verloskundigenpraktijk of ziekenhuis) en kan zij bij gebreken een maatregel opleggen.

Wanneer met Centering Pregnancy wordt gewerkt met een gemengde populatie, sluiten de eerstelijns cliënten een geneeskundige behandelovereenkomst met de eerstelijns verloskundige. De tweedelijns cliënten sluiten een geneeskundige behandelovereenkomst met het ziekenhuis. De klinisch verloskundige is immers in loondienst van het ziekenhuis. Wanneer bij de uitvoering van de geneeskundige behandelovereenkomst een beroepsfout wordt gemaakt, dan rust de aansprakelijkheid op de eerstelijns verloskundige of ingeval van de klinisch verloskundige (vanwege de arbeidsovereenkomst) op het ziekenhuis. Beroeps- en bedrijfsaansprakelijkheidsverzekeraars zullen vaak dekking geven voor de reguliere situatie. Dat betekent voor de eerstelijns verloskundige voor werkzaamheden in de verloskundigenpraktijk. Voor de klinisch verloskundigen betekent dat voor werkzaamheden in het ziekenhuis.

Wat wanneer er geen reguliere situatie is?

- Wanneer de eerstelijns verloskundige werkzaamheden in het ziekenhuis verricht, zoals bijvoorbeeld bij een poliklinische bevalling, dan is er regulier dekking onder de beroepsaansprakelijkheidsverzekering. Los van de polis, valt dit doorgaans ook af te leiden uit de toelatingsovereenkomst die de eerstelijns verloskundige met het ziekenhuis sluit.
- Wanneer de eerstelijns verloskundige werkzaamheden buiten de toelatingsovereenkomst om in het ziekenhuis verricht, dan wordt het gebied voor zowel de verzekeraar van de eerstelijns verloskundige als de verzekeraar van het ziekenhuis behoorlijk grijs. In geval van een claim zullen beide verzekeraars al snel naar elkaar (ver)wijzen of in ieder geval de schade (deels) bij elkaar proberen te verhalen. Als juridisch raadsman van een cliënte zou ik altijd het ziekenhuis én de eerstelijns verloskundige aansprakelijk stellen. Voor het ziekenhuis geldt sowieso de centrale aansprakelijkheid.
- Wanneer een klinisch verloskundige de zorg aan eigen tweedelijns cliënten extramuraal verleent, dan is en blijft het ziekenhuis aansprakelijk. De verzekeraar van het ziekenhuis zal zich dan mogelijk beroepen op de polis die (alleen) zogenaamde secundaire dekking geeft. Ofwel eerst zou gekeken moeten worden of er onder de beroepsaansprakelijkheidsverzekering van de eerstelijns verloskundige er een primaire dekking is. Doorgaans vechten beide verzekeraars dit onderling uit, met als doel om schade deels bij de ander te verhalen.
- Wanneer een nieuwe zorgvorm ontstaat, ook een vorm waarbij eerstelijns en klinisch verloskundigen gezamenlijk zorg verlenen aan een ongedeelde gemengde populatie, dan is het advies dat aansprakelijkheidsverzekeraars hierover vooraf duidelijkheid creëren en dat de dekking onder de polis vooraf voor zowel de eerstelijns verloskundige, de klinisch verloskundige als het ziekenhuis duidelijk is.

### **Belangrijkste punten:**

- Maak een onderscheid tussen verantwoordelijkheid, aansprakelijkheid en risico's die te verzekeren zijn.
- Maak duidelijk wie met de cliënte de geneeskundige behandelovereenkomst sluit.
- Maak voor nieuwe zorgvormen - gezamenlijke zorgverlening aan een ongedeelde en gemengde populatie - vooraf afspraken met zowel de aansprakelijkheidsverzekeraar van de eerstelijns verloskundige als de aansprakelijkheidsverzekeraar van het ziekenhuis.
- Wanneer dergelijke afspraken ontbreken en de zorg extramuraal wordt verleend, zullen de verzekeraars doorgaans met elkaar de strijd aangaan.

De Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) bevat verplichtingen over kwaliteit en over de afhandeling van klachten en geschillen. Omdat de Wkkgz recent in werking is getreden, is nog niet precies duidelijk waar de grens ligt tussen individuele beroepsbeoefenaren en de zorginstelling. Afhankelijk van de keuzes die per regio worden gemaakt over de organisatorische inrichting van integrale geboortezorg kan de organisatie kwalificeren als instelling in de zin van Wkkgz. Dit is een aandachtspunt voor de te maken regionale afspraken. De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) houdt toezicht op de naleving van de Wkkgz.

Het is belangrijk bij de totstandkoming van afspraken voor integrale geboortezorg te verifiëren dat de verzekering tegen civielrechtelijke aansprakelijkheid ook in de gewijzigde omstandigheden adequaat is.

# Bronnen

1. <https://www.centeringhealthcare.nl/>
2. <http://www.kennisnetgeboortezorg.nl/?file=7376&m=1486999506&action=file.download>

# Bijlage 1

Een voorbeeld voor het in kaart brengen van tijdsinvestering van klinisch verloskundigen bij individuele controles en bij CenteringPregnancy.

1. Alle cliënten krijgen individueel de eerst intake
2. Na de eerste intake vergelijk je 9 individuele controles met 9 groepsbijeenkomsten van CenteringPregnancy
3. Na de 9 groepsconsulten krijgen zwangeren weer individuele zorg
4. De individuele nacontrole vergelijk je met de 10<sup>e</sup> bijeenkomst van CenteringPregnancy die plaatsvindt als nacontrole

Individuele controle	Per cliënt
<b>Tijd die klinisch verloskundige nu kwijt is aan 1 cliënt bij individuele zorg</b>	
9 individuele controles à 20 minuten	= 180 minuten
Administratie per cliënt per consult = 5 minuten. Voor 9 controles is dit 9 keer 5 minuten.	= 45 minuten
Nacontrole = 30 minuten	= 30 minuten
<b>Totale zorg</b>	= 255 minuten = <b>4 uur en 15 min</b>
<b>Zorg die nu door verloskundige/verpleegkundige wordt gedaan in het ziekenhuis</b>	
Voorlichting over hielprik = 10 minuten	= 10 minuten
Counseling prenatale screening Structureel Echoscopisch Onderzoek (SEO) = 15 minuten	= 15 minuten
<b>Totaal verloskundige/verpleegkundige per cliënt</b>	= <b>25 minuten</b>
<b>Totaal per cliënt</b>	= 280 minuten = <b>4 uur en 40 min per cliënt</b>

<b>CenteringPregnancy groepsconsult ongeacht aantal deelnemers</b>			
Per groepsconsult van 2 uur ben je in het begin 4 uur per persoon kwijt, dit is inclusief voorbereiding, alles klaarzetten, administratie en opruimen. Later zal dit 3 uur zijn.			
Tijdens de groepsconsulten vindt counseling over de SEO plaats en voorlichting over de hielprik			
Totaal ben je 10 keer 3-4 uur kwijt per begeleider = <b>30-40 uur</b>	Groep van 8 40:8 = 5 uur per cliënt	Groep van 10 40:10 = 4 uur per cliënt	Groep van 12 40:12= 3 uur en 20 minuten per cliënt



Een co-begeleider kost maximaal 3 uur per groep extra= 30 uur.	<b>Verlies:</b> 20 minuten per cliënt	<b>Winst:</b> 40 minuten per cliënt	<b>Winst:</b> 1 uur 20 minuten per cliënt
--	--	--	--

Daar tegenover staat voor de zwangere 20 uur contacttijd tegenover 1 uur en 40 min. In die tijd worden er veel meer onderwerpen met de zwangeren behandeld en kan hier ook dieper op in gegaan worden.

## Bijlage 2: Subsidie aanvragen via de gemeente

Een voorbeeld uit Groningen:

*In Groningen was een bestuurlijk overleg met de gemeente gepland. Daar werden zij op de hoogte gebracht door de vertegenwoordigers van de ketenpartners wat er gebeurde in de gemeente, waar de knelpunten lagen en waar de gemeente in kon bijdragen (op het gebied van de geboortezorg).*

*Het antwoord daarop was: dat het voor een ziekenhuis financieel niet haalbaar is om CP op te starten, maar dat dit wel wenselijk is.*

*Speerpunt: kwetsbare zwangere waar de gemeente (wel of niet door IGZ geïnspireerd) zich voor wil inzetten. In dat oogpunt is CP juist voor die doelgroep heel zinnig. Er is gevraagd of ze ons willen subsidiëren zodat CP opgezet kan worden, budget neutraal. Samen met de kraamzorg mochten we een begroting indienen. Dat is gebeurd (simpel; kosten training van verloskundigen/kraamverzorgster/ fte inzet/ zaalhuur/ kopen materialen).*

*Dit is door de gemeente goedgekeurd en het eerste jaar loopt nu.*

*De hoop is dat we dit zo kunnen invullen dat we het daarna zelf kunnen overnemen qua kosten (minder inzet van verloskundigen op de poli waardoor je fte vrijspeelt).*

*De gemeente had wel een beetje moeite met het feit dat ze geld moesten gaan geven aan een universitair ziekenhuis om zorg te leveren. Maar er is ingezet op de kwetsbare zwangere en dat een ziekenhuis per definitie nu zorg levert, maar dat dit dus beter kan middels CP. Maar dat dit geld kost om op te zetten en we dat niet kunnen bekostigen.*

## Een voorbeeld uit Sneek:

*Betreft: aanvraag Centering pregnancy prenatale voorlichting,*

*Sinds 2013 bieden wij aan zwangeren uit de gemeente Sudwest Fryslan Centering Pregnancy. In 2014 is in overleg met de GGD voor de zwangeren die centering volgen een vergoeding betaald uit de inkomsten van de prenatale voorlichting.*

*In Nederland bestaat verloskundige zorg tijdens de zwangerschap uit een eerste individueel consult waar de anamnese wordt afgenomen en hierna uit ongeveer 12 individuele consulten van gemiddeld vijftien minuten. Vaak is het slechts mogelijk in deze tijd de noodzakelijke medische zorg te geven en een paar vragen te beantwoorden. Er is over het algemeen weinig tijd om dieper op de onderwerpen in te gaan, bijvoorbeeld over de veranderingen die het ouderschap met zich mee gaan brengen, een gezonde leefstijl, klachten tijdens de zwangerschap of voorbereiding op de uiteindelijke bevalling. Informatie wordt voornamelijk gegeven door de zorgverlener, maar er is zelden sprake van echt gesprek tussen de zwangere vrouw, de partner en de zorgverlener. Bij CenteringPregnancy. is hier wel ruimte voor.*

*Wat houdt CENTERINGPREGNANCY™ in?*

*Bij CenteringPregnancy vind het eerste consult waarin de anamnese wordt afgenomen individueel plaats. De vervolgcontroles tijdens de zwangerschap worden echter niet individueel maar aan een groep zwangeren met een vergelijkbare zwangerschapsduur aangeboden. Tijdens een sessie wordt de medische zorg zoals controle van de bloeddruk en de groei van de baby gecombineerd met voorlichting het uitwisselen van kennis en ervaringen; het leren van gezondheidsvaardigheden; het stimuleren van onderlinge ondersteuning en vriendschap.*

*8 tot 12 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 10 keer bij elkaar volgens een vastgesteld schema.*

*Een groep wordt begeleid door twee vaste personen, een verloskundige en een andere beroepsbeoefenaar uit de gezondheidszorg. Dit kan bijvoorbeeld een praktijkassistente, doula, lactatiekundige of een kraamverzorgster zijn. Deze tweede begeleider is nodig, omdat dan tijdens het consult ook de medisch prenatale controle van de zwangere kan worden gedaan.*

*De groepsbijeenkomsten duren veel langer (120 minuten) dan het gangbare individueel consult van gemiddeld 15 minuten. Daardoor is de interactietijd tussen de zorgverlener en de zwangere groter is en is het beter mogelijk meer en uitgebreider factoren te bespreken die van invloed zijn op de zwangerschap en de gezondheid van moeder en kind.*

*Het unieke aan CenteringPregnancy 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.*

*Dit is belangrijk voor alle zwangeren maar nog meer voor zwangeren in achterstandssituaties omdat juist zij dergelijke netwerken het meest ontberen. Door de*

*koppeling van de vereiste medische zorg aan deze vorm van voorlichting, educatie en ervaringen uitwisselen worden ook zwangeren bereikt die dit normaal niet krijgen omdat zij veel minder vaak deelnemen aan zwangerschapseducatie en andere cursussen ter voorbereiding van bevalling en kraambed.*

#### **PIJLERS VAN GEZONDHEID**

*Net als bij het Gezamenlijk Medisch Consult (GMC) draagt CenteringPregnancy bij aan de drie belangrijke pijlers van gezondheid: zelfstandigheid, ontwikkeling van kennis en groepsondersteuning. Anders dan bij het GMC, wordt bij CenteringPregnancy gewerkt met:*

*interactieve leermethoden;themasessies;een handboek waarin cliënten worden gestimuleerd zelf doelen te stellen;hierop leren reflecteren;actieve participatie bij de uitvoer van medische handelingen.*

*Door zwangeren daadwerkelijk meer te betrekken bij het zorgproces wordt het geheel inzichtelijker. Kennis wordt beter onthouden en het is makkelijker voor cliënten om een link te leggen met bijvoorbeeld de effecten van veranderingen van leefstijl.*

#### **Centering Pregnancy in Sneek:**

*Omdat gezondheid en het opbouwen van een netwerk tijdens de zwangerschap belangrijk is voor de gezondheid van moeders en hun ongeboren kinderen zijn wij gemotiveerd om deze vorm van zorg te blijven aanbieden. Zeker gezien het feit dat het ons goed lukt om ook de sociaal kwetsbare zwangeren te bereiken en mee te laten doen aan de groepsbijeenkomsten.*

*Daarnaast gaan we het komende jaar inzetten om de koppeling tussen Centering Pregnancy en Stevig Ouderschap Prenataal verder te maken zodat er een stevige basis is om kwetsbare zwangeren en hun (ongeboren) kinderen een goede start te geven.*

#### **Financiële onderbouwing**

*De totale kosten voor een groep van 8 zwangeren is € 1.710,00*

*Als verloskundigen investeren wij zelf in deze vorm van voorlichting en begeleiding van zwangeren € 1.150,00*

*CenteringPregnancy met een groep van 8 zwangeren geeft een tijdswinst van 3,1 uur € 186,00).*

*In totaal investeren wij € 1.336,00 in deze vorm van voorlichting en begeleiding.*

*Het tekort is € 374,00 (€ 47,00 per zwangere)*

*Ons doel is om 150 zwangeren Centering Pregnancy te laten ontvangen. Dit betekent dat wij op zoek zijn naar een subsidie van  $150 \times € 47,00 = € 7.050,00$*

**EXTRA FACILITAIRE KOSTEN:**

<i>25 uur per groep extra inzet assistente a € 28,-</i>	<i>€ 700,-</i>	<i>Eigen investering €140,-</i>
<i>Gezonde snacks</i>	<i>€ 75,00</i>	<i>Eigen investering</i>
<i>Lactatiekundige</i>	<i>€ 30,00</i>	
<i>Extra ruimte</i>	<i>€ 750,00</i>	<i>Eigen investering</i>
<i>Extra materiaal</i>	<i>€ 100,00</i>	<i>Eigen investering</i>
<i>Flyers en zwangerschapsboeken</i>	<i>€ 85,00</i>	<i>Eigen investering</i>
<i>Totaal:</i>	<i>€ 1710,00</i>	<i>€1150 eigen investering</i>
<i>CP 8 cliënten winst 3,1 uur x € 60,-</i>	<i>€ 186,00</i>	<i>€1710,00-€1150,00- €186,00 = €374,00 per groep €374,00 : 8 = €47 per cliënt.</i>

*Omdat wij het belangrijk vinden dat iedereen deel kan nemen aan CenteringPregnancy is er voor de deelnemers geen financiële bijdrage.*

*Verloskundig centrum Sneek*

## Bijlage 3: Voorbeeld Groene Hart Ziekenhuis

<http://www.centeringhealthcare.nl/wp-content/uploads/2016/12/AD-jan-2015-Centering.pdf>

<https://www.ghz.nl/specialismen/verloskunde/centeringpregnancy/>

Voorbeelden van andere ziekenhuizen:

<https://www.catharinaziekenhuis.nl/patient/nieuws/1512-centering-pregnancy-groepsessies-bij-de-verloskundigen.html>

<http://www.centeringhealthcare.nl/wp-content/uploads/2016/12/Artikel-Nederlands-Dagblad-Centering-Pregnancy.pdf>

<https://www.gelreziekenhuizen.nl/Gelreziekenhuizen/Over-Apeldoorn-Nieuws/Over-Apeldoorn-Nieuws-2015/Over-Apeldoorn-Nieuws-2015-Oktober/Zwangere-vrouwen-zorgen-voor-zichzelf-en-voor-elkaar!.html?highlight=centering%2a>