

# Transformaties in de zorg

*het verduurzamen  
van interactieve prenatale  
groepszorg*

Zorgverzekeraars, NZa en  
KNOV zijn per januari  
2024 nieuwe tarieven  
overeengekomen

*“Een voorbeeld van  
hoe het moet gaan.”*

Januari 2024  
Arjan Biemans



# INTRODUCTIE

Zorg is breder dan een puur medische blik en bijbehorende consulten. Dat zal nagenoeg iedereen beamen. Andere vormen bieden bijvoorbeeld steun en hebben vaak een sterk preventieve werking. Zo is ook de geboortezorg breder dan de zwangerschapscontroles, bevalling en eerste nazorg voor ouder en kind. Sterker nog: een goede voorbereiding tijdens de zwangerschap zorgt voor een 'kansrijke start', en kan zorg in de periode daarna voorkomen.

De samenwerking rondom de interactieve prenatale groepszorg is een inspirerend voorbeeld, ook voor andere zorgdomeinen zoals de GGZ: *"Het werken met groepen moet (ook) de druk op de zorg verlichten."* Jim van Os, hoogleraar psychologie [1].

Bestaande financiële prikkels zijn vaak ongunstig om met nieuwe vormen de zorg duurzaam in te richten. Een verschuiving vergt inzicht, tijd, zicht op geldstromen en vooral vertrouwen[2].

Daarom dit keer een uitgebreider verhaal over hoe je hier met elkaar aan kan werken.

[1] Jim van Os, hoogleraar psychiatrie, over de GGZ, Trouw, 9 december 2023

[2] Het IPH schreef daar dit [artikel](#) over.

## **AANLEIDING**

**Interactieve prenatale groepszorg (ipg)[3] is een veelbelovende en op veel plaatsen al toegepaste vorm van begeleiding van aanstaande moeders in groepsverband (zie kader). Onderzoek en ervaringen uit de praktijk tonen de waarde aan. Deze interventie op raakvlak van medisch en sociaal domein heeft een sterk preventieve werking, bereidt ouders voor op het ouderschap en biedt een netwerk van gelijkgestemden. Uit de Economische Evaluatie van TNO uit 2021 blijkt dat ipg ook in Nederland gezondheidswinst oplevert en zorgkosten bespaart.**

### **Wat is interactieve prenatale groepszorg?**

Bij interactieve prenatale groepszorg (ipg) nemen zwangeren deel aan groepsbijeenkomsten in plaats van dat ze individuele zorg krijgen.

Het eerste consult vindt nog individueel plaats. De vervolgcontroles tijdens de zwangerschap bestaan uit bijeenkomsten met een groep van acht tot twaalf zwangeren met een vergelijkbare zwangerschapsduur. Dit zijn sessies van twee uur onder leiding van een verloskundige en een tweede begeleider.

De medische controles, zoals bloeddruk en de groei van de baby, worden gecombineerd met uitwisseling van kennis en ervaringen, het leren van gezondheidsvaardigheden en het stimuleren van onderlinge ondersteuning en vriendschap.

Uit onderzoek en ervaringen uit de praktijk blijkt deze vorm meerwaarde te hebben: deze interventie op het raakvlak van medisch en sociaal domein heeft een sterk preventieve werking, bereidt ouders voor op het ouderschap en biedt een netwerk van gelijkgestemden.

[3] Van oorsprong is deze aanpak geïntroduceerd onder de naam 'centering pregnancy', momenteel vaak 'centering zwangerschap' genoemd. Om onafhankelijk van een merknaam de regelgeving in te richten is de term 'Interactieve prenatale groepszorg' geïntroduceerd

Toch hoorden wij in het kader van Kansrijke Start in onze regio dat het voor verloskundigen in de praktijk lastig kan zijn deze manier van werken in te zetten: niet alleen omdat het een investering is en extra tijd kost, maar ook omdat de individuele consulten financieel aantrekkelijker lijken. Oftewel: een veelbelovende vorm van zorg die op lange termijn kostenbesparend is, kende op de korte termijn ongunstige financiële prikkels.

Al in 2019 voerden de leden van de coöperatie van verloskundigen in Utrecht gesprekken met de gemeente Utrecht over dit knelpunt. Waarop vanuit de gemeente tijdelijk extra financiering beschikbaar kwam, onder de voorwaarde om te zoeken naar een structurele oplossing. We vroegen ons af op welke wijze we dit probleem konden oplossen.

### **Naar een duurzame oplossing**

Op het eerste gezicht lijkt 'meer geld' een logische oplossing. Toch is dat vaak niet het startpunt voor verandering. De middelen zijn namelijk niet het enige aspect in het vraagstuk.

Het louter beschrijven van een 'maatschappelijke businesscase', lijkt ook zelden tot de beoogde verandering te leiden.

Uiteindelijk, en ook bij ipg gaat het vaak niet zozeer om meer geld in het gehele systeem, maar vooral om andere regels en afspraken, binnen bestaande structuren, zodat op termijn geldstromen anders kunnen gaan lopen.

Ook bij andere trajecten merken we dat dit een puzzel is: Marian Kesler, projectleider GEM [4] bij Raedelijk, "We experimenteren met elkaar, leren we van elkaar en verbreden de ontwikkelde werkwijze. Ook daarbij zullen we gaandeweg drempels tegenkomen, waarbij we landelijke partners nodig zullen hebben."

### **... dan ook alle perspectieven aan tafel**

Om een duurzame oplossing te realiseren is onderling vertrouwen essentieel. Daarom is iedereen nodig, zodat ieder perspectief in de oplossing is meegenomen.

Daartoe organiseerden we, als onafhankelijke partij, een werkbijeenkomst, waarbij alle betrokkenen aan tafel zitten, op individuele titel. Waarbij het realiseren van een duurzame toekomst van ipg centraal staat.

[4] GEM staat voor Ecosysteem Mentale Gezondheid en is een nieuwe brede benadering van gezondheid die de mens centraal stelt en niet de psychische aandoening. [Lees meer informatie hierover >>](#)

Van de individuele verloskundige, de gemeente Utrecht, tot aan vertegenwoordigers vanuit de zorgverzekeraar, Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en de Stichting Centering.

Uit een eerste belronde waarin we de betrokkenheid en interesse polsen blijkt dat iedereen wil deelnemen en het belang ziet, omdat het vraagstuk breed in het land speelt. 'De resultaten werken ook elders door'.

Er is ook zoveel animo omdat we niet een vooropgezette uitkomst beogen, maar met elkaar willen verhelderen wat er speelt en nodig is. Ook wordt het uitgangspunt gedeeld dat we met elkaar aan een duurzame oplossing willen werken: eenmalige financiële middelen of een pilot als uitkomst van de

gesprekken was voor ons (in dit geval) geen optie. Want ook succesvolle pilots krijgen regelmatig geen vervolg. Het breed gedeelde doel is toewerken naar een duurzame lange termijn oplossing.

Samen zijn we gaan kijken of we de ontstane impasse kunnen doorbreken en hoe een duurzame oplossing er uit zou kunnen zien. Voor de eerste keer komen zoveel verschillende perspectieven bij elkaar om te praten over dit onderwerp. Belangrijk, omdat het gesprek gedoemd is te mislukken als we niet ieders perspectief even serieus nemen. Het is nodig om elkaars vraagstukken en dilemma's te begrijpen en doorgronden. Een grote, brede bijeenkomst helpt dan niet; we hebben gekozen voor deelname vanuit ieder perspectief van één persoon, zodat het gesprek persoonlijk kan blijven en we in de groep de dialoog kunnen aangaan.



### **Eerste werkbijeenkomst: rolverwisseling**

Tijdens de eerste werksessie stond het ervaren van elkaars perspectieven centraal: hoe is het om op andermans 'stoel' te zitten en daarmee een ander perspectief te ervaren?

Eline Dekker, Volksgezondheid gemeente Utrecht: 'Als gemeente wilden we het gesprek tussen verloskundigen en zorgverzekeraar stimuleren. Meerwaarde van dit initiatief was dat alle belanghebbenden aan tafel zaten. Door de goede gespreksleiding kregen we inzicht in elkaars perspectief en kwamen we steeds een stap verder.'

Het resultaat was dat mensen zich goed in elkaar konden verplaatsen, begrip kregen voor de ander; er ontstond onderling vertrouwen. En hoewel daarmee de perspectieven niet veranderen werd duidelijk dat iedereen wel hetzelfde eindperspectief voor ogen heeft: we willen ipg duurzaam inzetten.

[Lees meer over deze  
bijeenkomst >>](#)

### **Tips voor een dergelijke bijeenkomst**

'The whole system in the room': vaak denken we dan enkel aan institutionele partijen, maar juist ook het perspectief van burgers en professionals hierin aan tafel plaatsen maakt dat de samenhang zichtbaar wordt.

Zorg hierbij voor:

- Een kleine groep, zodat daadwerkelijk de dialoog aangegaan kan worden
- Creëer een veilige setting
- Je bent als deelnemer geen 'vertegenwoordiger van', maar neemt op persoonlijke titel deel
- Begin met een praktijkervaring om weg te blijven van abstracte zaken
- Zorg voor een gedeeld, gezamenlijk doel/ambitie
- Kies een werkvorm waarmee begrip voor elkaars positie, dilemma's en belang ontstaat, en zo een basis voor vertrouwen.
- Laat deelnemers uit hun 'comfort-zone' stappen/eigen perspectief loslaten

## Begin 2021

---

### Ondertussen

Na de eerste werkbijeenkomst verschijnt het TNO-rapport 'Economische Evaluatie CenteringPregnancy in Nederland'. De belangrijkste conclusie hieruit: deze preventieve vorm van zorg werkt door op de lange termijn. CP (ofwel ipg) heeft effect op toekomstige zorgkosten. Deze economische evaluatie ondersteunt de eerdere aanbeveling van het RIVM uit 'Beter weten, een beter begin': investeer in de bestendinging en het bevorderen van de verspreiding en het bereik van ipg in Nederland.

### *Hoe kan dit nieuwe rapport helpen?*

Tot dan toe waren internationaal al circa 80 rapporten over ipg verschenen. Dit rapport evalueert de effecten in de Nederlandse context en verheldert waar kosten en opbrengsten liggen. Wat het rapport duidelijk maakt is dat de kostenverschillen tussen reguliere zorg en ipg er zijn. Met name door de kosten van de inzet van een tweede begeleider bij ipg. Voor verloskundigen misschien geen nieuws, maar het helpt natuurlijk dat dit inzichtelijk is gemaakt en cijfermatig onderbouwd.

## Voorjaar 2021

---

### Tweede werkbijeenkomst: de diepte in!

#### *Scenario's en denklijnen*

'De inhoudelijke match tussen medisch en sociaal domein is essentieel in deze aanpak en het voorkomen van kosten in de tweede lijn door inzet nulde en eerste lijn.' 'Ons stelsel is echter zodanig ingericht dat verrekeningen tussen verschillende geldstromen niet plaatsvinden,' en 'een integrale aanpak zit niet in systeem' zijn enkele citaten van deelnemers uit de bijeenkomst. Maar, zo concluderen we met elkaar, gezamenlijk op een integrale wijze

kijken naar alle aspecten... dat kan wel!

Zo'n 30 à 35% van de verloskundigen biedt in 2021 ipg aan. Een aantal gemeenten ondersteunt verloskundigen met tijdelijke financiering om ipg verder te brengen. Deze potjes drogen regelmatig op. We verkennen in gesprek met elkaar o.a. kostenreducties door het 'beschikbaar stellen' van ruimtes of het niet doorrekenen van kosten van co-begeleiders.

Het TNO-Rapport laat zien dat binnen de zorgverzekeringswet (ZVW), één kolom dus, besparingen gerealiseerd worden. We concluderen dan ook in de tweede werksessie: we gaan proberen een oplossing te vinden binnen de financieringsstromen van de ZVW.

We onderzoeken drie aangrijpingspunten voor verandering:

1. Het aantal verloskundigen dat ipg aanbiedt/aantal moeders dat er aan deelneemt.
2. De budgetten (zorgverzekeraar).
3. De tarieven (NZa).

#### *Denklijn 1: binnen bestaande regelgeving oplossen*

Het helpt enorm als steeds meer verloskundigen ipg aanbieden en als we aanstaande moeders zouden stimuleren aan ipg deel te nemen: de NZa herijkt om de 5 jaar de tarieven voor verloskundigen. De toenemende kosten die het rapport beschrijft, worden daarin meegenomen. Is het dus een kwestie van 'even volhouden' en vooral stimuleren dat meer verloskundigen de opleiding volgen, meer praktijken ipg aanbieden en meer moeders deelnemen aan deze groepen?!

Er zit een aantal haken en ogen aan deze ogenschijnlijk charmante benadering: het lijkt niet fair om de financiële onzekerheid zo lang af te wentelen op praktijken die hierin het voortouw hebben genomen en daarnaast zal de financiële compensatie die hieruit volgt ook bij praktijken terecht komen die helemaal niet met ipg bezig zijn, omdat de tarieven voor iedereen stijgen. Kortom: lasten en lusten zijn onevenredig verdeeld.

#### *Denklijn 2: besparingen naar voren halen?*

De preventieve effecten van ipg werken door op de lange termijn en besparen dus ook kosten binnen de zwv. Is door te rekenen wat het effect op het macrobudget is en kan dit geld naar voren gehaald worden? Als een soort 'aanjaagpot' ipg? Kan de zorgverzekeraar deze rol pakken?

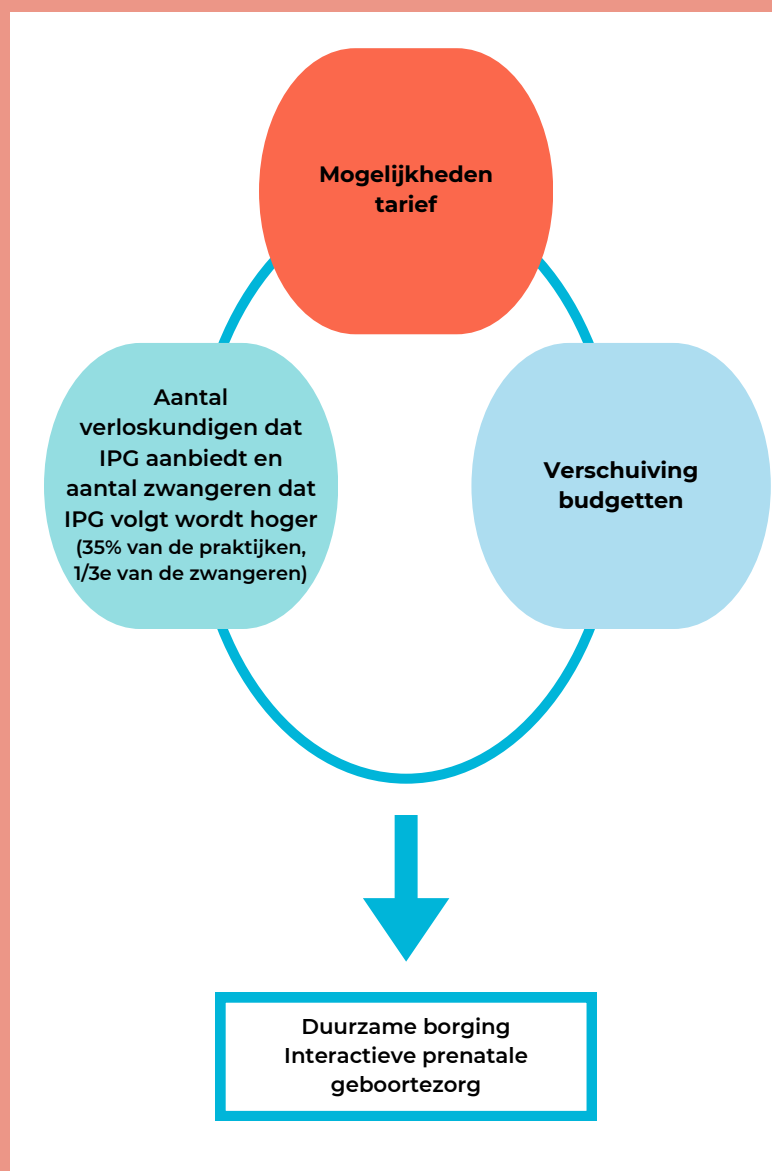
Een dergelijke aanpak is denkbaar. Het lastige aan dit scenario is alleen dat de budgetten waar het om zou gaan in verhouding met de budgetten waarover zorgverzekeraars afspraken maken met de ziekenhuizen (in euro's) zodanig laag zijn, dat het onderwerp niet hoog op de prioriteitenlijst zou staan via deze route.



*Denklijn 3: opslag binnen bestaande afspraken?*

Er is momenteel al ruimte bij de zorgverzekeraar in de opslag in de tarieven die de NZA hanteert (+10%), maar de zorgverzekeraar rekent hiermee alleen voor 'echte' innovaties: zaken die er nog niet zijn of ontwikkeld moeten worden.

Na afloop concluderen we dat gezamenlijke inspanning nodig blijft: partijen hebben elkaar nodig om verder te komen. Financiers/instanties willen bijvoorbeeld zicht hebben op het gegeven of het aantal verloskundigen dat ipg aanbiedt zal stijgen, en andersom, het lijkt niet logisch verloskundigen te stimuleren ipg aan te bieden als de businesscase (nog) niet rond is. Voor het bewerkstelligen van een omslag moet je van elkaar weten dat je allemaal 'aan boord bent', de ambities deelt en uiteindelijk afspraken maken.



Zomer 2021

## **Derde werkbijeenkomst: één pakket met maatregelen en acties nodig**

Het wordt ons duidelijk dat het aantal acties dat we willen inzetten alle perspectieven bestrijkt: als we ervoor willen zorgen dat met ipg de beoogde maatschappelijke effecten breed worden gehaald en dat deze vorm op lange termijn niet meer geld kost,

dan zal ook het aantal verloskundigen dat met ipg werkt moeten stijgen en moeten meer aanstaande moeders gebruik maken van ipg. Er is ondertussen ruimte ontstaan voor het bespreken van tijdelijke tarieven.

En er zijn nog vragen, zoals 'hoe zorgen we er voor dat de mensen die getraind zijn het ook daadwerkelijk in de praktijk gaan doen? Bijvoorbeeld met een poule van geschoolde mensen? Er zijn verschillende acties nodig die allemaal met elkaar verbonden zijn en invloed op elkaar hebben. 'Eén pakket met maatregelen', om CP duurzaam te borgen.

Door de werkbijeenkomsten is een landelijke tafel (Zorgverzekeraars Nederland (ZN), NZa, KNOV) ontstaan om over de resultaten uit de gesprekken door te praten, waaronder de (tijdelijke) tarieven.

Najaar 2022

## De bal rolt door

Vertegenwoordigers van de NZa, ZN en de KNOV praten verder met elkaar en zetten stappen: een initiatief uit de regio werkt dus landelijk door. De formele procedure om tot de toekenning van een nieuw tarief ('Centering-Based Interactieve Prenatale Groepszorg', CB-IPG) te komen, wordt gestart en doorlopen o.a. via het zogenaamde 'Technisch Overleg'[5]. Een KNOV-voorstel voor het tarief voor CB-IPG is in dit overleg meerdere keren geagendeerd en bediscussieerd.

Groen licht vanuit dit overleg in april 2023 maakt dat de NZa de aanvraag kan voltooien en de zorgverzekeraars hun inkoopvoorwaarden hierop kunnen aanpassen.



Een heel belangrijke schakel in het hele pakket aan beoogde veranderingen is daarmee realiteit geworden!

Ook de NZa ziet de kansen van interactieve prenatale groepszorg. Rosanne Mulder: "Hiermee kunnen we actief inzetten op preventie en passende zorg."

"Interactieve prenatale groepszorg is een manier om de kansrijke start tijdens de eerste 1000 dagen van een kind verder aan te moedigen. Daarnaast is het voor veel zwangeren een peer-support groep waar ook psychologische voordelen aan hangen."

[5] In het geval van de geboortezorg nemen hier aan deel: vertegenwoordigers van de KNOV, NVOG, Bo Geboortezorg, CPZ, Zorginstituut Nederland, de IGO's, de Patiëntenfederatie, Zorgverzekeraars Nederland, de Federatie van VSV's en de NZa.

De NZa wil deze zorg daarom stimuleren door een tijdelijke toeslag. Hiermee moeten verloskundigenpraktijken gecompenseerd worden zodat het leveren van interactieve prenatale groepszorg hen geen extra geld kost.

Mulder: “Met de toeslag willen we bereiken dat deze effectieve vorm van zorg de komende jaren zo groeit dat het wordt aangeboden als standaard optie voor alle zwangeren. De tijdelijke toeslag kan dan op termijn ook opgaan in het standaardtarief.”

De KNOV heeft tegelijkertijd gewerkt aan een kwaliteitsdocument met antwoord op de vraag aan welke kwaliteitscriteria

verloskundigenpraktijken moeten voldoen om het tarief te kunnen declareren. Bijvoorbeeld door een gecertificeerde opleiding van de Stichting Centering Nederland die nu in Vektis geregistreerd wordt. Ook staan in het document spelregels: per zwangere kan bijvoorbeeld maar 1 keer worden gedeclareerd ook al wisselt iemand van praktijk. Deze spelregels droegen bij aan het onderling vertrouwen tussen de partijen.

Thierry van den Heuvel (KNOV): “De resultaten uit het TNO-rapport vormen een belangrijke basis onder de aanvraag voor het tarief en een uniforme aanpak. Het tarief vormt een tijdelijke dekking van de meerkosten die groepszorg met zich meebrengt.’



## Resultaat van lange adem en alle perspectieven aan tafel

De NZa laat definitief weten de tariefaanvraag goed te keuren: per 1 januari 2024 komt er een tarief bedoeld om de extra kosten van de groepsgerichte verloskundige begeleiding te dekken. Naast de volledige tariefbeschikking 2024 publiceert de NZa eind juni:

*“Per 2024 voeren wij een tijdelijke toeslag in voor prenatale verloskundige zorg in groepsvorm. CenteringZwangerschap is groepszorg met een direct positief klinisch effect en preventieve werking voor zwangeren die het programma doorlopen. Bovendien past deze zorg naadloos in het landelijke programma Kansrijke Start. Door nu te investeren in een goede, kansrijke start voor elk kind, bouwen we aan een gezonde generatie in de maatschappij van morgen.”*

### De cirkel is rond.

Nadat ik dit goede nieuws vernomen heb bel ik enthousiast Gwendolyn van Strien, de verloskundige die het onderwerp al jarenlang met veel energie agendeert. We constateren samen dat een lange adem helpt. Focus houden is nodig en af en toe een belangrijke mijlpaal bereiken ook.

En het is nodig dat we met elkaar delen en echt met elkaar in gesprek gaan zonder dat een ieder zich al vooraf vastzet in een bepaalde positie. Hiermee ontstaat onderling begrip en vertrouwen en dat is essentieel. Gwendolyn: “Ook al kost het tijd, ik heb geleerd dat je wel degelijk over de inhoud aan tafel kunt gaan zitten; door écht het gesprek aan te gaan bereik je echt wat.”

We concluderen ook dat alle perspectieven aan tafel essentieel blijkt voor de oplossingsrichting. Zonder ieders inbreng kunnen we niet tot een duurzame oplossing komen. ‘Het systeem’, dat klinkt altijd abstract, maar is iets ‘van en voor ons allemaal’.

En, en daar deden we het natuurlijk voor: hiermee wordt landelijk een enorme slag geslagen: de kans dat aanstaande moeders, en daarmee hun kindje, een kansrijke start maken, is hiermee weer vergroot.

Thierry van den Heuvel: “Ik zie momenteel vergelijkbare vragen ontstaan bij het realiseren van bijvoorbeeld groepszorg in de GGZ. Hoe dit tot stand is gekomen is wat mij betreft een voorbeeld van hoe het moet gaan, juist ook voor andere domeinen. Door de bespreking in het technisch overleg kwam de vraag naar boven: op welke wijze zouden we in de 2e lijn ook een vergelijkbare aanpak kunnen realiseren?”

Marian Kesler: “Dit voorbeeld is een puzzelstukje dat past in de beweging waar we als Raedelijm en zorg als geheel midden in zitten. Nieuwe (tijdelijke) betaaltitels helpen in het op gang brengen van deze verandering.”

“Op de lange termijn is het nodig om middelen meer vloeibaar te maken zodat ze kunnen worden ingezet waar het grootste effect op gezondheid kan worden bereikt. Een voorbeeld hiervan binnen de GGZ is dat de Specialistische GGZ een grote taak krijgt om professionals in welzijn en sociaal domein te ondersteunen als co-behandelaar.

Ook binnen de GGZ zien we dat het lerende effect van groepsconsulten vele malen groter is dan dat van 1 op 1 consulten. Wat we leren van dit voorbeeld is dat het een mooie start is van iets veel groters, waarbij je met elkaar een structurele oplossing realiseert.” Aldus Kesler.



---

## AUTEUR

---

Arjan Biemans is strategisch adviseur bij Raedelijk. De afgelopen jaren, vanaf de introductie van de wmo, heeft hij zich bezig gehouden met nieuwe manieren van werken, verander- en samenwerkingsvraagstukken in zorg en welzijn, de veranderende rol van medewerkers in teams en de wijk, de rol van burgerinitiatief en sociale innovatie in onze samenleving.

Eerst in de publieke gezondheidszorg, de langdurige gezondheidszorg en momenteel in de eerste lijn. Het (anders) met elkaar organiseren van de zorg is in zijn ogen op dit moment een van de belangrijkste opgaven in de samenleving. De rol van professionals en organisaties verandert daarbij van 'stakeholder' naar 'shareholder'.

“Precies de ontwikkelingsrichting die Raedelijk als ambities verwoordt: een nieuwe manier van samenwerken over de grenzen van de eigen organisatie, domeinen en, volgens mij ook, je eigen bestaande opvattingen heen.”

“Mijn hart ligt daar waar zorg, overheid en publiek elkaar raken en de menselijke kant van een vraagstuk echt zichtbaar wordt. Het is mijn passie om verbindingen te leggen, tussen ontwikkelingen, (maatschappelijke) vraagstukken en wat mensen en organisaties beweegt en concreet nodig hebben. Het zijn de drijvende factoren in mijn werk.

Vaak is er net iets anders nodig dan we op het eerste gezicht denken en vaak automatisch doen, om tot oplossingen te komen waar mensen mee vooruit kunnen. Ik heb daarbij een open en luisterende houding, waarbij het de kunst is om me er telkens van bewust te zijn wat de impact van mijn rol als adviseur is.”

### Meer weten over deze aanpak?

Neem contact op met  
Arjan Biemans

✉ [a.biemans@raedelijk.nl](mailto:a.biemans@raedelijk.nl)

☎ 06 14 27 71 73

