

Monitoring Counseling Prenatale Screening: Onderzoek naar kwaliteit van counseling voor prenatale screening in Nederland



Afbeelding: Carlo Prearo

Eindrapport
November 2025

In opdracht van:
RIVM-Centrum Regie op
Preventieprogramma's en Opschaling

Voorwoord

Dit onderzoeksrapport is opgesteld in opdracht van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en de Regionale Centra voor prenatale screening.

Aanleiding voor deze rapportage was de vraag van het RIVM en de regionale centra om inzicht te verkrijgen in de praktijk van counseling voor prenatale screening in Nederland en, waar nodig, de mogelijkheden tot verbetering van deze counseling te verkennen. Om aanbevelingen te kunnen geven voor de verdere ontwikkeling van de bijscholing voor counselors. In dit onderzoeksproject werd een meetinstrument ontwikkeld en toegepast op een selectie van counselingsgesprekken van counselors met een kwaliteitsovereenkomst met een van de zeven Regionale Centra voor prenatale screening.

Graag willen wij alle deelnemende counselors prenatale screening en zwangeren (en hun partners) bedanken voor hun inzet en hun bereidheid om deel te nemen aan het onderzoek.

Het projectteam

© 2025. Bij verwijzing naar dit rapport bij voorkeur de volgende citatie hanteren: L.S. Kuipers, L. Henneman, M.P. Fransen, K.R.M. van der Meij (2025). Monitoring Counseling Prenatale Screening: onderzoek naar kwaliteit van counseling voor prenatale screening in Nederland. Amsterdam UMC. Eindrapport.

Afkortingen

CLBPS	Coöperatie Landelijk Bureau Prenatale Screening; ondersteunt de zeven Regionale Centra voor prenatale screening bij de uitvoering van hun taken om de uniformiteit te bevorderen.
ETSEO	Eerste trimester structureel echoscopisch onderzoek (13 wekenecho); echoscopisch onderzoek naar structurele (lichamelijke) afwijkingen bij het ongeboren kind in het eerste trimester.
TTSEO	Tweede trimester structureel echoscopisch onderzoek (20 wekenecho); echoscopisch onderzoek naar structurele (lichamelijke) afwijkingen bij het ongeboren kind in het tweede trimester.
NIPT	Niet-invasieve prenatale test; screenende test waarbij in het laboratorium het celvrije DNA in het bloed van de zwangere wordt onderzocht op chromosoomafwijkingen bij het kind.
RC's	Regionale Centra voor prenatale screening; vergunninghouders voor de uitvoering van prenatale screening. Coördineren de uitvoering van de screening (NIPT en echoscopisch onderzoek).
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu; gedelegeerd eindverantwoordelijke voor het screeningsprogramma in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Borgt als landelijk regisseur het naleven van de rollen, taken en verantwoordelijkheden binnen het programma.

Inhoudsopgave

Voorwoord	0
Afkortingen	1
Inhoudsopgave	2
Projectteam	4
Adviesgroep	4
Samenvatting	5
1. Inleiding	8
1.1 Prenatale Screening in Nederland	8
1.2 Counseling voor prenatale screening	8
1.3 Onderwijs en bijscholing van counselors	9
1.4 Eerder landelijk onderzoek	9
1.5 Doelstelling	11
2. Methoden	12
2.1 Design	12
2.2 Ontwikkeling meetinstrument kwaliteit van counseling	12
2.3 Onderzoekspopulatie en werving	12
2.4 Dataverzameling	13
2.5 Data-analyse	13
3. Resultaten	15
3.1 Kenmerken deelnemende counselors	15
3.2 Bijscholing counselors	16
3.3 Ervaringen en meningen counselors	17
3.4 Kenmerken zwangeren	19
3.5 Kenmerken van de gesprekken	23
3.6 Domein: informatie-uitwisseling	23
3.7 Domein: hulp bij besluitvorming	26
3.8 Domein: cliënt-counselor relatie	28
3.9 Domein: gespreksvaardigheden	29
4. Discussie	32
4.1 Informatie-uitwisseling	32
4.2 Hulp bij besluitvorming	34
4.3 Cliënt-counselor relatie	36
4.4 Gespreksvaardigheden	37
4.5 Gespreksduur	37
4.6 Ervaring counselor	38

4.7 (Bij)scholing counselors	38
4.8 Sterke punten en beperkingen van het onderzoek	38
5. Aanbevelingen	41
6. Literatuur	44
Bijlage 1 Ontwikkeling meetinstrument	48
Bijlage 2 Meetinstrument <i>Kwaliteit van Counseling</i>	52
Bijlage 3 Vragenlijst voor prenatale counselors: counselingsachtergrond	58
Bijlage 4 Vragenlijst behorend bij de gemaakte opname counselingsgesprek.....	62

Projectteam

Drs. Laura Kuipers, afdeling Humane Genetica, Amsterdam UMC

Prof.dr. Lidewij Henneman, afdeling Humane Genetica, Amsterdam UMC

Dr. Mirjam Fransen, afdeling Public and Occupational Health, Amsterdam UMC

Dr. Karuna van der Meij, afdeling Humane Genetica, Amsterdam UMC



Adviesgroep

Dr. Linda Martin, hogeschool InHolland Academie Verloskunde Amsterdam Groningen, afdeling Midwifery Science, Amsterdam UMC

Dr. Janneke Gitsels-van der Wal, afdeling Midwifery Science, Amsterdam UMC

Dr. Jacqueline Laudy, Coöperatie Landelijk Bureau Prenatale Screening, Stichting Prenatale Screening Noord-Holland

Drs. Jacqueline Reijerink, Coöperatie Landelijk Bureau Prenatale Screening, Stichting Prenatale Screening Zuidwest Nederland

Dr. Caroline Bax, afdeling Verloskunde & Gynaecologie, Amsterdam UMC

Drs. Lydia Pars, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum Regie op Preventieprogramma's en Opschaling

Dr. Marit Hitzert, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum Regie op Preventieprogramma's en Opschaling

Drs. Jantine Wieringa, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Centrum Regie op Preventieprogramma's en Opschaling

Met medewerking van:

Luca Cuperus, Marie-Claire Verbon (wetenschappelijke stages Academie Verloskunde Amsterdam)

Daniela de Wit, Marik Mol

In opdracht van:



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*



Samenvatting

Achtergrond en doelstelling

In Nederland kunnen alle zwangeren die dat wensen kiezen om hun ongeborn kind met prenatale screening te laten onderzoeken op chromosomale en lichamelijke afwijkingen. Zij kunnen daarbij kiezen voor de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) in het eerste en tweede trimester. Het doel van counseling bij prenatale screening is het begeleiden van zwangeren (en hun partners) bij het maken van een geïnformeerde keuze om al dan niet deel te nemen. De informatievoorziening voor zwangeren en (bij)scholing voor counselors gebaseerd op bekwaamheden voor kwalitatief goede counseling zijn in Nederland landelijk en uniform georganiseerd. In dit onderzoek werd een nieuw ontwikkeld meetinstrument gebruikt om inzicht te verkrijgen in de praktijk van counseling voor prenatale screening in Nederland ten aanzien van verschillende aspecten van kwalitatief goede counseling voor prenatale screening. Met de resultaten van dit onderzoek werden mogelijkheden tot verbetering van deze counseling onderzocht om aanbevelingen te doen voor de verdere ontwikkeling van de bijscholing voor counselors.

Het onderzoek richtte zich op de volgende vragen:

1. Hoe verloopt de counseling voor prenatale screening ten aanzien van de informatie-uitwisseling, hulp bij besluitvorming, cliënt-counselor relatie en gespreksvaardigheden?
2. Zijn er verschillen in counseling tussen counselors wat betreft hun werkervaring, het volgen van de e-learning en gevolgd bijscholing?
3. Zijn er verschillen in counseling wat betreft pariteit en gespreksduur?

Methoden

Om inzicht te krijgen in verschillende aspecten van de kwaliteit van counseling, zijn drie online groepsinterviews gehouden met 12 experts op het gebied van counseling. Daarbij werden opvattingen gedeeld ten aanzien van de relevantie, volledigheid en toepassing van een bestaande beoordelingsrubric, die ontwikkeld is en gebruikt wordt door de Verloskunde Academies. Op basis hiervan werd een meetinstrument *Kwaliteit van Counseling* ontwikkeld, bestaande uit 31 items die kunnen worden gescoord als 'aanwezig', 'gedeeltelijk aanwezig' of 'afwezig' binnen vier domeinen van counseling: *informatie-uitwisseling*, *hulp bij besluitvorming*, *cliënt-counselor relatie* en *gespreksvaardigheden*. Het instrument werd vervolgens toegepast op een selectie van counselingsgesprekken van counselors uit heel Nederland. In totaal werden 145 audio-opnames van counselingsgesprekken van 50 counselors door twee onderzoekers onafhankelijk gescoord, waarna een consensusgesprek

volgde om tot een definitieve beoordeling te komen. Associaties tussen het ‘aanwezig’ scoren op elk van de vier domeinen en kenmerken van de counselor (werkervaring en gevolgde bijscholingen), zwangere (pariteit) en het gesprek (gespreksduur) werden geanalyseerd met behulp van multilevel mixed model lineaire regressieanalyse.

Resultaten

Gemiddeld duurden de counselingsgesprekken 13:53 minuten (standaarddeviatie 8 min., spreiding 3-48 min). Hoe langer een gesprek duurde, hoe vaker ‘aanwezig’ werd gescoord op de items binnen elk van de vier domeinen van counseling ($p < 0,001$).

Gemiddeld werd ongeveer de helft van de items (47%) behorende bij het domein *informatie-uitwisseling* ‘aanwezig’ gescoord in de counselingsgesprekken. Uitleg over de aandoeningen en afwijkingen waarop gescreend wordt en de verschillende prenatale screeningstesten (NIPT, 13 en 20 wekencho’s) werd overwegend gescoord op ‘aanwezig’ (61% en 83% ‘aanwezig’). Informatie over de NIPT was vaker compleet dan informatie over de 13 en 20 wekencho’s. Zo werd voor de NIPT vaker besproken dat het een screening betreft en vervolgonderzoek nodig is bij een afwijkende uitslag dan bij de 13 en 20 wekencho’s. Ook werd niet altijd expliciet besproken dat testen een vrije keuze is (‘afwezig’ in 19% van de gesprekken). Elk jaar meer aan ervaring van de counselor zorgde voor een daling in de score op aanwezigheid van *informatie-uitwisseling* ($p = 0,004$). Gesprekken met primiparae zwangeren scoorden gemiddeld vaker op aanwezig voor *informatie-uitwisseling* dan gesprekken met multiparae zwangeren ($p < 0,001$).

Hulp bij besluitvorming werd beperkt geboden in de counselingsgesprekken; gemiddeld werd 30% van de items binnen *hulp bij besluitvorming* gescoord op ‘aanwezig’. Persoonlijke waarden en overwegingen bij de keuze voor wel of geen screening werden beperkt verkend (26% ‘aanwezig’). Counselors die bijscholing hadden gevolgd op het gebied van Vaardigheden en/of Reflectie scoorden vaker aanwezig voor *hulp bij besluitvorming* dan counselors die geen bijscholing hadden gevolgd ($p = 0,013$). Ieder jaar aan ervaring dat een counselor had, zorgde voor een daling in de score op aanwezigheid voor *hulp bij besluitvorming* ($p = 0,01$).

Gemiddeld werd 69% van de items binnen het domein cliënt-counselor relatie gescoord op ‘aanwezig’. Er werd doorgaans een professionele en betrokken relatie opgebouwd met de zwangere op basis van respect, ruimte en empathie (78% ‘aanwezig’). De partner werd, indien aanwezig, passend betrokken in het gesprek (86% ‘aanwezig’).

Van alle items werd gemiddeld 47% gescoord als ‘aanwezig’ binnen het domein *gespreksvaardigheden*. In iets meer dan de helft van de gesprekken werd aangesloten bij voorkennis en gezondheidsvaardigheden van de zwangere (59% ‘aanwezig’). Doorvragen en toetsen of informatie begrepen is gebeurde relatief beperkt (32% en 10% ‘aanwezig’). Counselors die bijscholing hadden gevolgd op het gebied van Vaardigheden en/of Reflectie scoorden vaker aanwezig voor *gespreksvaardigheden* dan counselors die geen punten hiervoor hadden ($p=0,017$). Elk jaar meer aan ervaring van de counselor zorgde voor een daling in de score op aanwezigheid van *gespreksvaardigheden* ($p=0,02$).

Conclusies

Het onderzoek laat zien dat er in de counselingsgesprekken over het algemeen een *cliënt-counselor relatie* wordt opgebouwd waarbij in de meeste gesprekken de nadruk lag op *informatie-uitwisseling*. *Hulp bij besluitvorming* werd beperkt geboden. Verbetering is mogelijk door het actief verkennen van persoonlijke waarden en overwegingen van de zwangere ten aanzien van aangeboren afwijkingen en prenatale screening door de counselor. Hiervoor kunnen *gespreksvaardigheden* ingezet worden zoals open vragen stellen, doorvragen en toetsen of informatie begrepen is. De *cliënt-counselor relatie* kan nog verder verbeterd worden door met aandachtige aanwezigheid te counselen, en de tijd die hiervoor staat te benutten.

Twee overkoepelende aanbevelingen voor de praktijk van counseling zijn:

- Bijscholing volgen op het gebied van Vaardigheden en/of Reflectie kan helpen bij het bij het (beter) begeleiden van de zwangere (en partner) bij hulp bij besluitvorming en het (verder) ontwikkelen van gespreksvaardigheden. Dit is zowel voor de beginnende als voor de geoefende counselor relevant.
- Benut de tijd die staat voor het counselingsgesprek om alle facetten van kwalitatief goede counseling aan de orde te laten komen, stem af op voorkennis en vaardigheden, en verken de waarden die belangrijk zijn voor de zwangere (en partner).

1. Inleiding

1.1 Prenatale Screening in Nederland

In Nederland hebben alle aanstaande ouders die dat wensen de mogelijkheid om hun ongeboren kind te laten onderzoeken op chromosomale en lichamelijke afwijkingen door middel van prenatale screening. Zij kunnen daarbij kiezen voor de niet-invasieve prenatale test (NIPT) en het structureel echoscopisch onderzoek (SEO) in het eerste en tweede trimester. Het doel van prenatale screening is het tijdig informeren van de aanstaande ouders over een mogelijke aangeboren aandoening bij hun ongeboren kind en de hierbij mogelijke handelingsopties om zo de reproductieve autonomie te bevorderen. Voor iedere test binnen het prenatale screeningsprogramma geldt dat het een vrije keuze is om wel of niet deel te nemen. Deze keuze wordt voorafgegaan door counseling door een gecertificeerd verloskundig zorgverlener, meestal is dit een eerstelijns verloskundige.

1.2 Counseling voor prenatale screening

Het doel van de counseling voor prenatale screening is het ondersteunen van zwangeren (en hun partners) bij het maken van een geïnformeerde keuze om al dan niet deel te nemen aan de NIPT (vanaf 10 weken zwangerschap), het eerste trimester SEO (ETSEO; 13 wekenecho) en/of het tweede trimester SEO (TTSEO; 20 wekenecho). Tijdens het counselingsgesprek worden de mogelijkheden van prenatale screening, inclusief mogelijke uitslagen en vervolgstappen, toegelicht, de aandoeningen waarop gescreend wordt besproken, de persoonlijke waarden en voorkeuren van de zwangere verkend, en helpt de counselor de zwangere en haar partner bij het maken van een keuze.

Nederland kan beschouwd worden als een koploper op het gebied van de counseling voor prenatale screening. De opleiding en bijscholing van counselors, en de informatievoorziening en voorlichting voor zwangeren zijn landelijk en uniform georganiseerd. Met de introductie van de NIPT in 2017 en de proefimplementatie van 13 wekenecho (IMITAS studie) in 2021 zijn er veel keuzemogelijkheden voor zwangeren [1, 2]. Om de kwaliteit van de prenatale screening en de counseling te waarborgen zijn het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) en de Regionale Centra voor prenatale screening (RC's) samen verantwoordelijk voor de landelijke monitoring en evaluatie van het prenatale screeningsprogramma. Het counselingsgesprek en de counselor zelf dienen aan een aantal kwaliteit bevorderende eisen te voldoen. Het counselingsgesprek vindt bij voorkeur plaats vóór de 10 weken zwangerschap, in een apart gesprek los van de intake met een tijdsslot van minimaal 35 minuten. Daarnaast dienen counselors onder andere gecertificeerd te zijn voor counseling en minimaal 35 counselingsgesprekken per jaar te voeren. Alle eisen die gesteld worden aan de counselor en het counselingsgesprek zijn te vinden op de website van het RIVM [3].

Kwalitatief goede counseling omvat verschillende domeinen, namelijk informatie-uitwisseling, hulp bij besluitvorming en het bouwen aan een cliënt-counselor relatie [4, 5]. Aansluitend hierop heeft het RIVM vijf bekwaamheden opgesteld (Box 1).

Box 1: Bekwaamheden kwalitatief goede counseling, versie maart 2025 [6].

De counselor:

- a. bespreekt keuzemogelijkheden bij prenatale screening met zwangere (en partner) en verkent waarden
- b. legt onderdelen binnen de prenatale screening uit
- c. helpt de zwangere bij de besluitvorming
- d. bespreekt uitslag
- e. reflecteert op counselingsvaardigheden gericht op continue verbetering.

1.3 Onderwijs en bijscholing van counselors

Alle gecertificeerde counselors prenatale screening hebben een erkende basiscursus counseling gevolgd. De basiscursus counseling kan los gevolgd worden, maar is op dit moment ook onderdeel van de opleiding tot verloskundige. Om gecertificeerd te kunnen blijven, volgen counselors bijscholing op het gebied van Kennis, Vaardigheden en Reflectie voor counseling prenatale screening. De drie Verloskunde Academies in Nederland hebben een beoordelingsrubric ontwikkeld om feedback te kunnen geven op individuele counselingsgesprekken van verloskundigen in opleiding. Deze rubric is gebaseerd op eerdere wetenschappelijke onderzoeken met observaties van counselingsgesprekken [4] en de voorkeuren van zwangeren ten aanzien van counseling prenatale screening [7, 8]. In deze rubric komen de overkoepelende domeinen van kwalitatief goede counseling terug (informatie-uitwisseling, hulp bij besluitvorming, cliënt-counselor relatie opbouwen).

1.4 Eerder landelijk onderzoek

Kater-Kuipers et al. (2020) suggereren drie mogelijke fases van counseling voor prenatale screening, waarin drie beslissingsmomenten worden onderscheiden en verschillend worden benaderd. In de eerste stap verkennen de counselors de waarden van zwangeren met betrekking tot prenatale screening. In de tweede stap geven de counselors informatie waarna een besluit wordt genomen. De derde stap is de post-test counseling en support in het geval van een positieve (afwijkende) uitslag [9].

Uit Nederlands onderzoek in 2010, waarin video-opnames van counselingsgesprekken voor de combinatietest en het tweede trimester SEO werden geanalyseerd, bleek dat counselors de meeste tijd besteedden aan het geven van informatie en minder aan hulp bij besluitvorming [4]. Multiparae zwangeren ontvingen daarbij minder informatie en minder hulp bij besluitvorming dan primipare zwangeren. Ook waren de gesprekken korter bij multiparae zwangeren. Daarnaast liet dit onderzoek zien dat counselors minder explorerende vragen stelden om hulp bij besluitvorming te bieden en relatief veel counselors uitspraken deden bedoeld om het gedrag te sturen, bijvoorbeeld: “het is belangrijk om goed na te denken over de gevolgen van prenatale testen”[4]. Bij de introductie van de NIPT in 2017 is aan counselors schriftelijk gevraagd wat volgens hen “goede counseling” kenmerkt. Uit de antwoorden van 1426 counselors bleek dat met name “het geven van informatie” genoemd werd en daarnaast, in mindere mate “vrij keuze faciliteren” en “het maken van eigen keuzes door ouders”[10]. Vragenlijstonderzoek naar de voorkeuren van 649 zwangeren en hun partners in 2019 liet zien dat de meeste zwangeren de cliënt-counselor relatie en informatie-uitwisseling belangrijk vinden voor de counseling (respectievelijk aangegeven door 99% en 93% van de zwangeren). Daarnaast vond 44% van de zwangeren hulp bij besluitvorming belangrijk. Na afloop van het counselingsgesprek waren de zwangeren positief over de cliënt-counselor relatie en informatie-uitwisseling in het gesprek. Echter rapporteerde een kwart van de zwangeren die hulp bij besluitvorming belangrijk vond onvoldoende hulp bij besluitvorming te hebben ontvangen [11].

Volledige, gebalanceerde, accurate informatie en voldoende vaardigheden om een keuze te kunnen maken worden gezien als voorwaarden voor het maken van een geïnformeerde keuze [12]. Een interviewstudie onder experts op het gebied van prenatale screening, waaronder verloskundig zorgverleners, en zwangeren naar voorwaarden voor autonome besluitvorming over prenatale screening liet zien dat de experts informatievoorziening benadrukten en een rationeel besluitvormingsproces, terwijl zwangeren intuïtieve besluitvorming belangrijk vonden [13]. In een vragenlijstonderzoek volgend op deze interviewstudie gaf 28% van de zwangeren aan dat zij zich gestuurd voelden door de zorgprofessional bij het maken van hun beslissing [13]. Zwangeren met een migratie achtergrond en zwangeren met een taalbarrière ontvangen minder vaak informatie over prenatale screening en counseling [14]. Ook blijkt dat zwangeren met een migratieachtergrond en zwangeren met een lager inkomen en opleidingsniveau minder vaak kiezen voor prenatale screening op chromosomale aandoeningen [15]. Uit eerder kwalitatief onderzoek bleek dat zwangeren met een Turkse of Marokkaanse achtergrond bij voorkeur zien dat een verloskundige het initiatief neemt om

hun religieuze waarden te bespreken met als doel een weloverwogen keuze over de combinatietest te kunnen maken [16].

Een landelijk vragenlijstonderzoek in 2018 liet zien dat 75% van de zwangeren een geïnformeerde keuze maakte voor wel of geen deelname aan de NIPT (gemeten met de multidimensionale maat voor geïnformeerde keuze, MMIC) [17]. Van de zwangeren die geen geïnformeerde keuze maakten, had de meerderheid onvoldoende kennis (47%) of had de beslissing onvoldoende overwogen (41%) [17]. Voor de 20 wekenecho maakte in 2021 55% van de zwangeren een geïnformeerde keuze. De meeste zwangeren (77%) die geen geïnformeerde keuze maakten hadden hun besluit onvoldoende overwogen [18].

1.5 Doelstelling

Het is op dit moment nog onvoldoende duidelijk in hoeverre de onderdelen voor kwalitatief goede counseling voor prenatale screening in de huidige Nederlandse praktijk van counseling aan bod komen. Het meeste onderzoek dat hierboven wordt aangehaald is verouderd of betreft onderzoek naar één specifieke screeningssetting (combinatietest, NIPT of 20 wekenecho). In dit project werd een meetinstrument ontwikkeld en toegepast op een selectie van counselors met een kwaliteitsovereenkomst met een van de zeven Regionale Centra (RC's) om zo een indruk te krijgen van de huidige praktijk van counseling voor prenatale screening in Nederland en om aanbevelingen te kunnen doen voor de bijscholing van counselors.

De volgende onderzoeksvragen komen aan bod:

1. Hoe verloopt de counseling voor prenatale screening ten aanzien van de informatie-uitwisseling, hulp bij besluitvorming, cliënt-counselor relatie en gespreksvaardigheden?
2. Zijn er verschillen in counseling tussen counselors wat betreft hun werkervaring, het volgen van de e-learning en gevolgde bijscholing?
3. Zijn er verschillen in counseling wat betreft pariteit en gespreksduur?

2. Methoden

2.1 Design

Het betreft een observationeel onderzoek met als doel het beschrijven en analyseren van de bestaande praktijk van counseling voor prenatale screening in Nederland. Het onderzoeksvoorstel is beoordeeld door de niet-WMO-toetsingscommissie van Amsterdam UMC (Ref. 2024.0797) en valt volgens deze commissie niet onder de onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO).

2.2 Ontwikkeling meetinstrument kwaliteit van counseling

Om een indruk te krijgen van de kwaliteit van counseling voor prenatale screening werd een nieuw meetinstrument ontwikkeld. Uitgangspunt was een door de Verloskunde Academies ontwikkelde rubric, die momenteel gebruikt wordt in het verloskundig onderwijs voor feedback op en beoordeling van individuele counselingsvaardigheden.

Drie online groepsinterviews werden gehouden met 12 experts op het gebied van counseling om hun opvattingen te achterhalen ten aanzien van de relevantie, volledigheid en toepassing van de concepten in de rubric voor het bepalen van de kwaliteit en praktijk van counseling. De rubric werd vervolgens aangepast en uitgewerkt tot een nieuw meetinstrument met instructie om een indruk te krijgen van de kwaliteit van counseling voor prenatale screening. Meer details over de ontwikkeling van het instrument zijn te vinden in Bijlage 1.

Het meetinstrument (Bijlage 2) bestaat uit vier overkoepelende domeinen voor kwalitatief goede counseling: informatie-uitwisseling, hulp bij besluitvorming, de cliënt-counselor relatie en gespreksvaardigheden. In totaal bestaat het instrument uit 31 items welke gescoord worden op ‘aanwezig’, ‘gedeeltelijk aanwezig’, ‘afwezig’, of ‘niet van toepassing’ aan de hand van opgestelde instructies. Bij de items en domeinen is een open veld voor toelichting van de beoordelaar.

2.3 Onderzoekspopulatie en werving

Het meetinstrument werd ingezet om inzicht te krijgen in de counseling voor de prenatale screening in Nederland. Hiervoor werden counselors door heel Nederland benaderd om, met toestemming van de zwangere, audio-opnames te maken van counselingsgesprekken die zij hielden voor het reguliere prenatale screeningsprogramma. Er werden verschillende wervingsstrategieën toegepast. In november 2024 werd het onderzoek gepresenteerd in de landelijke webinar van de Coöperatie Landelijk Bureau Prenatale Screening (CLBPS). Ook werd het onderzoek aangekondigd in de nieuwsbrieven van de RC's (juli en december 2024, en maart 2025). Geïnteresseerde counselors konden zich aanmelden door een e-mail te sturen naar de projectgroep. Daarnaast werd ongeveer 30% van de counselors van elke RC

op basis van loting persoonlijk uitgenodigd om mee te doen aan het onderzoek. Dit gebeurde in drie rondes in december 2024, januari en april 2025. Per ronde kregen binnen elk RC ongeveer 41 counselors (~10% van de counselors per RC) een uitnodiging verstuurd. Omdat de aanmeldingen achterbleven in drie regio's, werd daar in de derde ronde 20% van de counselors uitgenodigd. In totaal werden 1009 counselors schriftelijk uitgenodigd om op vrijwillige basis mee te doen aan het onderzoek. Deelnemende counselors konden ervoor kiezen om vier bijscholingspunten te ontvangen op het gebied van Reflectie. Hiervoor moest een reflectieverslag geschreven worden, waarin ze reflecteerden op één van de gemaakte opnames en daarbij feedback ontvingen van een collega. Bij oplevering van de rapportage hadden 31 van de 50 counselors (62%) dit reflectieverslag geschreven en ingediend.

2.4 Dataverzameling

Alle deelnemende counselors werden gevraagd om drie audio-opnames te maken van drie willekeurige counselingsgesprekken. De audio-opnames werden tussen december 2024 en september 2025 verzameld. Deelnemers kregen een pakket toegestuurd met daarin: een informatiebrief en toestemmingsformulier te ondertekenen door de counselor, een vragenlijst over de eigen counselingachtergrond (Bijlage 3) en per gesprek een vragenlijst over de achtergrond van de gemaakte opname (Bijlage 4), een informatiebrief en een toestemmingsformulier te ondertekenen door de zwangere. Voor de opnames werd een audio-recorder (Philips DVT1110) met instructies toegestuurd. Counselors stuurden de audio-opnames via een beveiligde e-mail terug naar het onderzoeksteam, waarna zij de gemaakte audio-opnames verwijderden. De ingevulde vragenlijsten werden met een retourenvelop teruggestuurd. Counselors konden er ook voor kiezen om de vragenlijsten digitaal in te vullen. Alle audio-opnames kregen een unieke code en werden opgeslagen binnen een beveiligde omgeving van Amsterdam UMC.

2.5 Data-analyse

De ontvangen opnames werden door het onderzoeksteam getranscribeerd en gepseudonimiseerd. Ieder gesprek werd door verschillende combinaties van twee onderzoekers (LK, KM, LH, LC, MV, DW) onafhankelijk gescoord met behulp van het ontwikkelde meetinstrument (Bijlage 2). Hiervoor werd de gemaakte opname beluisterd en het transcript gelezen. Na iedere beoordeling volgde een consensusgesprek tussen de twee onderzoekers. In dit gesprek werden discrepanties in de scoring besproken. Voor elk gesprek werd de procentuele discrepantie tussen de onderzoekers berekend, dit was gemiddeld 33,7%. Uit het consensusgesprek volgde een definitieve score op de 31 items van het meetinstrument. Associaties tussen de aanwezigheid van elk van de domeinen (informatie-uitwisseling, hulp bij besluitvorming, cliënt-counselor relatie, gespreksvaardigheden) en kenmerken van de counselor (ervaring met counseling prenatale screening in jaren; het wel

of niet gevolgd hebben van de verplichte e-learning; wel of geen accreditatiepunten voor bijscholing op het gebied van Vaardigheden en/of Reflectie), kenmerken van de zwangere (primipara of multipara) en kenmerken van het gesprek (gespreksduur in minuten) werden geanalyseerd in SPSS 28.0 met behulp van multilevel mixed model lineaire regressieanalyse. Hiervoor werd per domein een totaalscore berekend. Voor ieder item binnen het betreffende domein werd voor 'aanwezig' 2 punten toebedeeld, voor 'gedeeltelijk aanwezig' 1 punt en voor 'afwezig' geen punten. Wanneer 'niet van toepassing' werd gescoord werd de modus van de betreffende variabele geïmputeerd om een score voor niet van toepassing te kunnen toewijzen. Voor het domein informatie-uitwisseling (9 items) was de maximale totaalscore 18 punten. Voor het domein hulp bij besluitvorming (7 items) was maximale totaalscore 14 punten. Voor het domein cliënt-counselor relatie (6 items) was dit 12 punten en voor het domein gespreksvaardigheden (9 items) was 18 punten de maximale totaalscore. Daarnaast werden associaties tussen de gespreksduur en pariteit van de zwangere en aanwezigheid van de partner geanalyseerd met een onafhankelijke t-toets. Er werd in de analyses gecorrigeerd voor de meerdere metingen (gesprekken) per counselor. Een p-waarde van $<0,05$ werd beschouwd als statistisch significant.

3.Resultaten

3.1 Kenmerken deelnemende counselors

In totaal meldden 66 counselors (van de landelijk ongeveer 2870 counselors) zich aan voor het onderzoek, waarvan 16 counselors zich hebben aangemeld na de webinar of nieuwsbrief, en 50 van de 1009 uitgenodigde counselors via de RC's. Van deze 66 counselors vielen 16 counselors af vanwege, onder andere: veranderingen in de werkzaamheden, tijdgebrek, geen ingeplande counselingsgesprekken, voldoende accreditatiepunten voor Reflectie, werklast van het reflectieverslag en deelname toch niet aandurven. Dit resulteerde in 50 deelnemende counselors (12 zelf aangemeld, 38 via de RC's), waarvan de meerderheid werkzaam was als eerstelijns verloskundige (94%) in een groepspraktijk met één team (67,3%) (Tabel 1). Gemiddeld hadden counselors 9,8 jaar (standaarddeviatie (SD):6,8) ervaring met het geven van counseling voor prenatale screening en voerden zij gemiddeld 61 (SD:38) counselingsgesprekken per jaar. De meeste counselors (83,7%) haalden de kwaliteitseis van minstens 35 gesprekken per jaar. Counselors die minder gesprekken hadden gevoerd hadden hiervoor een geldige reden, zoals kortdurend werkzaam of verlof.

Tabel 1. Kenmerken counselors, n=50

	Counselors
Het meest werkzaam als, n (%)	
Eerstelijns verloskundige	47 (94,0)
Klinisch verloskundige	3 (6,0)
Werkzaam in^a, n (%) (missing 1)	
Groepspraktijk met één team	33 (67,3)
Groepspraktijk met meerdere teams	6 (12,2)
Duo praktijk	6 (12,2)
Solo/caseload praktijk	5 (10,2)
Ziekenhuis	3 (6,1)
Jaren werkzaam als counselor^b, gem ± SD (range) (missing 1)	9,8 ± 6,8 (1-18)
Aantal counselingsgesprekken gevoerd in 2024^c, gem ± SD (range) (missing 1)	61 ± 38 (10-200)
Regionaal centrum waarbinnen contract, n (%)	
Noord-Holland (SPSNH)	11 (22,0)
Regio Nijmegen (SPN)	11 (22,0)
Regio Noord-Oost Nederland (SPSNN)	8 (16,0)
Regio Utrecht en omstreken (SPSRU)	7 (14,0)
Zuidwest Nederland (SPSZN)	5 (10,0)
Zuidoost Nederland (SPSZON)	4 (8,0)
Randstad-Midden (SPSRM)	4 (8,0)

^a Meerdere antwoorden waren mogelijk.

^b Maximaal 18 jaar vanwege de start van het programma prenatale screening in 2007.

^c Acht counselors hadden minder dan 35 gesprekken gevoerd, elk met een geldige reden (kortdurend werkzaam of verlof).

3.2 Bijscholing counselors

De meerderheid van de deelnemende counselors (75,5%) gaf aan de e-learning te hebben gevolgd. In 2023-2025 hadden counselors de meeste accreditatiepunten behaald voor het onderdeel Kennis (gemiddeld 7,1 punten); 6,3% van de counselors had nog geen punten voor dit onderdeel (Tabel 2). Voor het onderdeel Vaardigheden haalden counselors gemiddeld 2,3 punten en had 45,8% nog geen punten behaald. Voor het onderdeel Reflectie hadden de counselors gemiddeld 1,4 punten en had de meerderheid (60,4%) nog geen punten behaald.

Tabel 2. Gevolgde bijscholingen prenatale screening in 2023-2025^a (missing 2)

		geen punten
Punten Kennis, gem ± SD (range)	7,1 ± 4,5 (0-16,5)	6,3%
Punten Vaardigheden, gem ± SD (range)	2,3 ± 2,2 (0-8)	45,8%
Punten Reflectie, gem ± SD (range)	1,4 ± 2,0 (0-7,5)	60,4%

^a Om gecertificeerd te kunnen blijven volgen counselors bijscholing op het gebied van Kennis, Vaardigheden en Reflectie. Voor de periode van 2022-2026 dienen counselors 20 accreditatiepunten te volgen: 4 punten voor de verplichte e-learning counseling prenatale screening, en minimaal één scholing op het gebied van Kennis, Vaardigheden en Reflectie. (bron: <https://www.pns.nl/professionals/nipt-seo/scholing/counselors>; geraadpleegd november 2025).

3.3 Ervaringen en meningen counselors

Ongeveer de helft van de counselors (55,1%) gaf aan in het algemeen geen belemmeringen te ervaren bij het uitvoeren van het counselingsgesprek prenatale screening (Tabel 3). De meest genoemde barrières waren een gebrek aan tijd (14,3%) of geschikt moment naast andere taken voor het counselingsgesprek (14,3%), en een gebrek aan aansluiting van de kwaliteitseisen en bijscholing op de praktijk (12,2%). De meeste counselors vonden het goed dat de NIPT aangeboden wordt (87,8%) en de 20 wekenecho (91,8%). Wat betreft de 13 wekenecho vond 57,1% van de counselors het goed dat de test aangeboden wordt.

Tabel 3. Ervaringen en mening van counselors over prenatale screening, n=50

	Counselors n (%)
Ervaren belemmeringen in counseling^a, n (%) (missing 1)	
Geen belemmeringen	27 (55,1)
Gebrek aan tijd/geschikt moment naast andere taken	7 (14,3)
Gebrek aansluiting kwaliteitseisen/bijscholing op praktijk ^b	6 (12,2)
Aansluiten op verschillende gezondheidsvaardigheden	4 (8,2)
Aansluiten op verschillende levensovertuigingen	3 (6,1)
Gebrek aan kennis	2 (4,1)
Gebrek aan oefening	2 (4,1)
Anders ^c	13 (26,5)
Ik vind het goed dat de NIPT aangeboden wordt, n (%) (missing 1)	
(Helemaal) mee eens	43 (87,8)
Niet mee eens, niet mee oneens	3 (6,1)
(Helemaal) mee oneens	1 (2,0)
Weet ik niet	2 (4,1)
Ik vind het goed dat de 13 wekenecho aangeboden wordt, n (%) (missing 1)	
(Helemaal) mee eens	28 (57,1)
Niet mee eens, niet mee oneens	12 (24,5)
(Helemaal) mee oneens	6 (12,2)
Weet ik niet	3 (6,1)
Ik vind het goed dat de 20 wekenecho aangeboden wordt, n (%) (missing 1)	
(Helemaal) mee eens	45 (91,8)
Niet mee eens, niet mee oneens	2 (4,1)
(Helemaal) mee oneens	1 (2,0)
Weet ik niet	1 (2,0)
Ik heb veel affiniteit met het onderwerp counseling voor prenatale screening, n (%) (missing 1)	
(Helemaal) mee eens	30 (61,2)
Niet mee eens, niet mee oneens	16 (32,7)
(Helemaal) mee oneens	2 (4,1)
Weet ik niet	1 (2,0)

^a Meerdere antwoorden waren mogelijk.

^b Toegelicht werd dat: het aantal verplichte gesprekken niet passend is bij de praktijkvoering (caseload) (n=1), te zware eisen wat overkomt als gebrek aan vertrouwen (n=1), veel bijscholingen die tijd kosten en weinig toegevoegde waarde hebben (n=4).

^c Anders, namelijk: counselen bij taalbarrière (n=3), zwangeren die op voorhand al besloten hebben (n=2), counselen met telefonische tolk (n=1), beheersing Engels (n=1), zwangeren die weinig interesse hebben in de keuze, daardoor moeilijk te motiveren voor het maken van een geïnformeerde keuze (n=1), weinig uitdaging

als counselor omdat weinig moeilijke vragen worden gesteld (n=1), mis cijfers over de sensitiviteit en specificiteit van de test op de nieuwe informatiekaart (n=1), in training/onderwijs de vertaalslag naar simpele uitleg aan de cliënt missen (n=1), counseling die direct volgt op de intake, waardoor de zwangere niet voorbereid is (n=1), verschil in counseling tussen de 1e en 2e lijn: minder uitgebreid in 2e lijn (n=1), twijfel in hoeverre je ergens diep(er) op in moet gaan (n=1).

3.4 Kenmerken zwangeren

Voor dit onderzoek zijn van de 50 deelnemende counselors in totaal 145 counselingsgesprekken met zwangeren geanalyseerd. Tabel 4 geeft de kenmerken van de zwangeren weer, zoals gerapporteerd door de counselors. Gemiddeld waren zwangeren 31 jaar oud en 9+3 weken zwanger ten tijde van het counselingsgesprek. De helft van de gesprekken was met primiparae zwangeren. De meerderheid was hoogopgeleid (55,7%) en van Nederlandse herkomst (84,4%). Ook kozen de meeste zwangeren voor de NIPT (69%), de 13 wekenecho (76,8%) en de 20 wekenecho (91,5%).

Tabel 4. Kenmerken zwangeren^a, n=145

Leeftijd, in jaren, gem ± SD (range) (missing 4)	30,7 ± 4,4 (21-42)
Pariteit, n (%) (missing 2)	
Primipara	72 (50,3)
Multipara	71 (49,7)
Zwangerschapsduur, in weken gem ± SD (range) (missing 4)	9+3 ± 1+4 (range 6+0 -13+3)
Opleidingsniveau, n (%) (missing 5)	
Laag	12 (8,6)
Midden	48 (34,3)
Hoog	78 (55,7)
Weet niet	2 (1,4)
Bevolkingsgroep^b, n (%) (missing 4)	
Nederlands	119 (84,4)
Niet-Nederlands ^c	22 (15,6)
Keuze voor prenatale screening	
NIPT, n (%) (missing 3)	
Wel NIPT ^d	98 (69,0)
Geen NIPT	18 (12,7)
Weet het nog niet	26 (18,3)
13 wekenecho, n (%) (missing 3)	
Wel 13 wekenecho	109 (76,8)
Geen 13 wekenecho	9 (6,3)
Weet het nog niet	24 (16,9)
20 wekenecho, n (%) (missing 3)	
Wel 20 wekenecho	130 (91,5)
Geen 20 wekenecho	0
Weet het nog niet	12 (8,5)

^a Vragenlijst over de achtergrondkenmerken van de zwangere werd ingevuld door de counselor.

^b Uitgevraagd als 'Tot welke bevolkingsgroep behoort de zwangere?', met opties: Nederlands, Turks, Marokkaans, Surinaams, Antilliaans, of 'Anders, namelijk: ...'.

^c Niet-Nederlands: Marokkaans n=3, Turks n=3, Antilliaans n=2, Spaans n=2, Oekraïens n=2 en overig n=10.

^d Een deel van de gesprekken (69; 47,6%) vond plaats vóór 1 april 2025, toen zwangeren nog konden kiezen voor de NIPT met of zonder nevenbevindingen. Daarbij kozen 34 zwangeren (49,3%) voor de NIPT met nevenbevindingen, 7 zwangeren (10,1%) voor de NIPT zonder nevenbevindingen. Veertien zwangeren (20,3%) zagen af van de NIPT en 14 zwangeren (20,3%) wisten het nog niet.

Tabel 5. Achtergrondinformatie zwangere ingevuld door de counselor^a, n=145

Counselors n (%)	
Geloof/levensovertuiging speelde een grote rol bij de keuze deelname screening, n (%) (missing 4)	
(Helemaal) mee oneens	65 (46,1)
Neutraal	34 (24,1)
(Helemaal) mee eens	34 (24,1)
Weet ik niet	8 (5,7)
De zwangere had vóór het counselingsgesprek al een beslissing gemaakt over prenatale screening, n (%) (missing 3)	
(Helemaal) mee oneens	33 (23,2)
Neutraal	5 (3,5)
(Helemaal) mee eens	104 (73,2)
Weet ik niet	0
De zwangere wist vóór het gesprek al veel over prenatale screening, n (%) (missing 3)	
(Helemaal) mee oneens	34 (23,9)
Neutraal	23 (16,2)
(Helemaal) mee eens	85 (59,9)
Weet ik niet	0

^a Uitgevraagd bij de counselor als 'In hoeverre bent u het eens met de volgende uitspraken?'.

De meerderheid van de counselors (73,2%) gaf aan dat ze de het eens waren met de stelling bij het gesprek dat de zwangere vóór het counselingsgesprek al een beslissing had gemaakt over prenatale screening (Tabel 5). Daarnaast gaf de meerderheid van de counselors (59,9%) aan dat ze het eens waren met de stelling dat de zwangere vóór het gesprek al veel wist over prenatale screening.

Tabel 6. Kenmerken van de gesprekken, n=145

	Counselingsgesprekken
Taal van het gesprek, n (%)	
Nederlands	138 (95,2)
Engels	7 (4,8)
Telefonisch gesprek, n (%)	3 (2,1)
Aanwezig bij gesprek, n (%)	
Partner	104 (71,7)
Kind(eren)	15 (10,3)
Verloskunde student/stagiair	13 (9,0)
Collega verloskundige/arts	5 (3,4)
Familielid	3 (2,1)
Anders	1 (0,7)
Duur van het gesprek (min:sec), gem ± SD (range), modus, mediaan	13:53 ± 7:42 (2:44-48:10), 6:19, 12:46
Moment counselingsgesprek, n (%) (missing 4)	
Tijdens de intake	55 (39,0)
Tijdens een apart gesprek, op een andere datum los van de intake	52 (36,9)
Direct na de intake, in een apart gesprek	26 (18,4)
Na vitaliteits-/termijnecho	8 (5,7)
Ervaren communicatie barrières tijdens gesprek^a, n (%) (missing 4)	
Geen	122 (86,5)
Taalbarrière	9 (6,4)
Kind aanwezig bij gesprek	6 (4,3)
Mentale barrières zoals stress	5 (3,5)
Beperkte gezondheidsvaardigheden of laaggeletterdheid	1 (0,7)
Anders ^b	1 (0,7)
Informatiematerialen geraadpleegd door zwangere voorafgaande het gesprek^c, n (%) (missing 4)	
Niets geraadpleegd	35 (24,8)
Gedrukte folder: de NIPT, 13 wekenecho en 20 wekenecho	39 (27,7)
Link naar de digitale Folder de NIPT, 13 wekenecho en 20 wekenecho	30 (21,3)

Website pns.nl	18 (12,8)
Folder: Zwanger!	15 (10,6)
Link naar de animatievideo NIPT	1 (0,7)
Link naar de animatievideo 13 wekenecho en 20 wekenecho	1 (0,7)
Anders ^d	13 (9,2)
Onbekend	27 (19,1)

^a Vraag aan de counselor was: 'Waren er, zover u kunt inschatten, communicatie barrières tijdens het gesprek?'.

^b Anders namelijk: partner niet aanwezig en weinig ingelezen (n=1).

^c Ingevuld door de counselor.

^d Anders, namelijk: vorige zwangerschap (n=7), moeder (n=1), via Google (n=3), forum (n=1), podcast (n=1).

3.5 Kenmerken van de gesprekken

Iets meer dan de helft (76/145; 52,4%) van de counselingsgesprekken vond plaats na 1 april 2025, toen de keuze voor nevenbevindingen bij de NIPT verviel. De meerderheid van de gesprekken was in het Nederlands (95,2%) en vond face-to-face plaats (97,9%); 2,1% van de gesprekken was telefonisch (Tabel 6). In de meeste gevallen was de partner aanwezig bij het counselingsgesprek (71,7%) en vond het gesprek plaats tijdens de intake (39%). Gemiddeld duurden de opgenomen gesprekken 13:53 minuten. Gesprekken met primiparae zwangeren waren gemiddeld langer dan gesprekken met multiparae zwangeren (15:21 minuten versus 12:23 minuten, $p=0,022$). Ook waren gesprekken waarbij de partner aanwezig was langer dan gesprekken waarbij de partner niet aanwezig was (14:57 minuten versus 11:11 minuten, $p=0,008$). Voor de meeste gesprekken gaven counselors aan geen barrières te ervaren tijdens het gesprek. De meest genoemde communicatie barrières waren een taalbarrière (6,4%) of de aanwezigheid van een kind bij het gesprek (4,3%).

Hierna volgen de resultaten van de counselingsgesprekken, die zijn beoordeeld met behulp van het ontwikkelde meetinstrument *Kwaliteit van Counseling*, op de vier domeinen: informatie-uitwisseling, hulp bij besluitvorming, cliënt-counselor relatie en gespreksvaardigheden.

3.6 Domein: informatie-uitwisseling

Gemiddeld werd bijna de helft (46,7%) van de items behorende bij het domein informatie-uitwisseling als 'aanwezig' gescoord in de counselingsgesprekken (Tabel 7). Wanneer het aantal keer dat er de mogelijkheid was om 'aanwezig' te scoren wordt opgeteld, zijn er in totaal 1298 (145 gesprekken x 9 items = 1305 (- 7 'niet van toepassing') = 1298) mogelijke scores binnen het domein informatie-uitwisseling. Over alle gesprekken werd in totaal 606 keer gescoord op 'aanwezig', wat betekent dat 46,7% van de items binnen het domein van

informatie-uitwisseling aanwezig waren. In de gesprekken werd voorkennis geëxploreerd door open te vragen naar de voorkennis van de zwangere (47,6% aanwezig) of door te bespreken of de zwangere iets heeft gelezen of gehoord over prenatale screening en/of de aandoeningen (35,9% gedeeltelijk aanwezig). In iets meer dan de helft van de gesprekken (51,7%) werd het doel van het counselingsgesprek niet besproken. In de meeste gesprekken maakten de counselors duidelijk dat de testen een vrije keuze zijn (81,4% (gedeeltelijk) aanwezig, waarbij in 39,3% van de gesprekken ook werd benoemd dat er gekozen kan worden om níet te testen). Bij 18,6% van de gesprekken werd niet expliciet duidelijk gemaakt dat de prenatale screeningstesten een vrije keuze zijn.

Uitleg over de prenatale screeningstesten NIPT, 12 wekenecho en 20 wekenecho (83,4% aanwezig), de bijbehorende aandoeningen en afwijkingen (61,4% aanwezig) werd overwegend besproken. Vooral de NIPT werd uitgebreid besproken. Wanneer er informatie ontbrak in de gesprekken was dit vaker informatie betreffende de 13 en/of 20 wekenecho. Voor deze testen werd bijvoorbeeld niet altijd besproken dat het screeningstesten betrof (8,3% afwezig), of dat er vervolgonderzoek nodig is bij een afwijkende uitslag (12,4% afwezig). In 38,6% van de gesprekken werd niet genoemd dat de testen geen garantie geven op het krijgen van een gezond kind.

Variabelen die samenhangen met informatie-uitwisseling

Regressieanalyse liet zien dat jaren ervaring in de counseling, pariteit en gespreksduur een significant effect hebben op de score voor informatie-uitwisseling. Het aantal jaren ervaring in de counseling was negatief geassocieerd met informatie-uitwisseling: elk jaar meer aan ervaring zorgt voor een daling in de score voor informatie-uitwisseling ($p=0,004$). Gesprekken met primiparae zwangeren scoorden gemiddeld vaker op aanwezig voor informatie-uitwisseling dan gesprekken met multiparae zwangeren ($p<0,001$). Hoe langer een gesprek duurde, hoe vaker aanwezig werd gescoord voor informatie-uitwisseling ($p<0,001$). Het wel of niet volgen van de e-learning ($p=0,15$) en het volgen van bijscholing op het gebied van Vaardigheden en/of Reflectie ($p=0,33$) had geen significant effect op het aanwezig scoren van informatie-uitwisseling.

Tabel 7. Scoring van items binnen het domein informatie-uitwisseling, n=145

	Aanwezig, n (%)	Gedeeltelijk aanwezig, n (%)	Afwezig, n (%)	Niet van toepassing, n
Voorkennis exploreren over prenatale screening en/of aandoeningen	69 (47,6)	52 (35,9)	24 (16,6)	
Doel counselingsgesprek bespreken	16 (11,0)	54 (37,2)	75 (51,7)	
Keuzemogelijkheden bespreken: wel of geen test(en) doen	57 (39,3)	61 (42,1)	27 (18,6)	
Inhoud, doel, samenhang van de testen bespreken	121 (83,4)	16 (11,0)	8 (5,5)	
Aandoeningen/afwijkingen waarop met de testen gescreend wordt bespreken	89 (61,4)	43 (29,7)	13 (9,0)	
Duidelijk maken dat het screening betreft	84 (57,9)	49 (33,8)	12 (8,3)	
Vervolg mogelijkheden (vervolgonderzoek nodig om zekerheid te krijgen) bij vermoeden van een aandoening/afwijking bespreken	69 (47,6)	58 (40,0)	18 (12,4)	
Bespreken dat een niet-afwijkende screeningsuitslag geen garantie is op een gezond kind	54 (37,2)	35 (24,1)	56 (38,6)	
Wijze van verkrijgen screeningsuitslag bespreken	47 (34,1)	50 (36,2)	41 (29,7)	7 ^a
Totaal score (=1298) ^b	606 (46,7)	418 (32,2)	274 (21,1)	

^a Er werd gescoord op 'niet van toepassing' wanneer de zwangere nog twijfelde over de keuze(s) en de counselor daarom de wijze van het verkrijgen van de uitslag niet besprak.

^b Totaal: 145 gesprekken x 9 items = 1305 (-7 n.v.t.) = 1298 mogelijkheden om 'aanwezig' te scoren.

3.7 Domein: hulp bij besluitvorming

Tabel 8 geeft een overzicht van de scores op alle items behorend bij het domein hulp bij besluitvorming. Gemiddeld werd 30,1% van de items binnen het domein hulp bij besluitvorming gescoord op 'aanwezig'. De scoring van items binnen hulp bij besluitvorming verschilde sterk per counselor en gesprek. Zo werd in 8,3% van de gesprekken geen enkele hulp bij besluitvorming geboden in het gesprek; dat wil zeggen dat alle items binnen hulp bij besluitvorming 'afwezig' waren gescoord. In 2,8% van de gesprekken waren alle items van hulp bij besluitvorming 'aanwezig'. Waarden binnen de psychische dimensie werden vaak wel geheel (40,7%) of gedeeltelijk (31,7%) verkend door de counselors. In de meeste gesprekken verkende de counselor niet de persoonlijke waarden van de zwangere binnen de fysieke (57,9% afwezig), sociale (43,4% afwezig) en levensbeschouwelijke dimensies (64,1% afwezig).

In 42,1% van de gesprekken werd gedeeltelijk aanwezig gescoord op het nagaan of de zwangere een keuze kan en wil maken of wat hiervoor nog nodig is. Er werd dan op een minder directe manier achterhaald of de zwangere een keuze kon maken, bijvoorbeeld via doorvragen. Bij 69% van de gesprekken hielp de counselor (geheel of gedeeltelijk) met het afwegen van argumenten voor wel of niet meedoen aan screening op basis van persoonlijke waarden door het opmaken van een evenwichtige beslissingsbalans. In een deel van de gesprekken (42,8%) droeg de counselor argumenten aan zonder deze uit te vragen bij de zwangere, of werd een eenzijdige beslissingsbalans gemaakt waarin bijvoorbeeld alleen de positieve aspecten van testen werden benoemd. In 33,1% van de gesprekken verhelderde de counselor de waarden van de zwangere in relatie tot de handelingsmogelijkheden van prenatale screening, bijvoorbeeld door te bespreken of de zwangere vervolgonderzoek zou wensen en in te gaan op handelingsmogelijkheden na een afwijkende screeningsuitslag.

Variabelen die samenhangen met hulp bij besluitvorming

Regressieanalyse liet zien dat jaren ervaring in counseling, het volgen van bijscholing op het gebied van Vaardigheden en/of Reflectie, en gespreksduur een significant effect hadden op de aanwezigheid van hulp bij besluitvorming. Het aantal jaren ervaring in de counseling was negatief geassocieerd met hulp bij besluitvorming: elk jaar meer aan ervaring zorgt voor een daling in de score voor hulp bij besluitvorming ($p=0,01$). Counselors die bijscholing hadden gevolgd op het gebied van Vaardigheden en/of Reflectie scoorden gemiddeld vaker op aanwezig voor hulp bij besluitvorming dan counselors die geen bijscholing hadden gevolgd ($p=0,01$). Hoe langer een gesprek duurde, hoe vaker het aanwezig scoorde op hulp bij

besluitvorming ($p < 0,001$). Het wel of niet volgen van de e-learning ($p = 0,62$) en pariteit ($p = 0,45$) hadden geen significant effect op de hulp bij besluitvorming.

Tabel 8. Scoring van items binnen het domein hulp bij besluitvorming, n=145

	Aanwezig, n (%)	Gedeeltelijk aanwezig, n (%)	Afwezig, n (%)
Persoonlijke waarden fysieke dimensie verkennen	37 (25,5)	24 (16,6)	84 (57,9)
Persoonlijke waarden psychische dimensie verkennen	59 (40,7)	46 (31,7)	40 (27,6)
Persoonlijke waarden sociale dimensie verkennen	51 (35,2)	31 (21,4)	63 (43,4)
Persoonlijke waarden levensbeschouwelijke dimensie verkennen	22 (15,2)	30 (20,7)	93 (64,1)
Nagaan of zwangere een keuze kan en wil maken of wat hiervoor nog nodig is	51 (35,2)	61 (42,1)	33 (22,8)
Helpen bij het afwegen van argumenten voor wel of niet meedoen aan screening, opmaken van evenwichtige beslissingsbalans	38 (26,2)	62 (42,8)	45 (31,0)
Persoonlijke waarden in relatie tot handelingsmogelijkheden die voortkomen uit een keuze voor prenatale screening verhelderen	48 (33,1)	45 (31,0)	52 (35,9)
Totaal (=1015) ^a	306 (30,1)	299 (29,5)	410 (40,4)

^a Totaal: 145 gesprekken x 7 items = 1015 mogelijkheden om 'aanwezig' te scoren.

3.8 Domein: cliënt-counselor relatie

Op alle items binnen het domein cliënt-counselor relatie werd overwegend ‘aanwezig’ gescoord (Tabel 9). Gemiddeld waren 68,5% van de items binnen het domein cliënt-counselor relatie gescoord op aanwezig. In 97,2% van de gesprekken werd (geheel of gedeeltelijk) aanwezig gescoord op het opbouwen van een professionele en betrokken relatie op basis van respect, ruimte en empathie met de zwangere. Echter werd in 11% van de gesprekken het opbouwen van een professionele en betrokken relatie op basis van aandachtige aanwezigheid en geduld op afwezig gescoord. Dit kwam in de gesprekken tot uiting doordat er een hoog spreektempo en weinig interactie was, of voor de zwangere weinig ruimte om te reageren op wat de counselor vertelde. Verder werd het aansluiten bij persoonlijke waarden van de zwangere binnen fysieke, psychische, sociale en levensbeschouwelijke dimensies in 17,2% van de gesprekken op afwezig gescoord. Dit werd bijvoorbeeld gezien wanneer een zwangere vertelde over relevante werk of persoonlijke ervaringen, en de counselor hier niet tot beperkt op reageerde. In de meeste gesprekken werd wel overwegend aanwezig gescoord op het passend aansluiten bij de voorgeschiedenis/anamnese van de zwangere (81% aanwezig), en indien aanwezig, het passend betrekken van de partner bij het gesprek (86% aanwezig). In de meeste gesprekken (64,8%) werd waarde vrij en niet-directief gecounseld, in 27,6% van de gesprekken werd gedeeltelijk waarde vrij en niet-directief gecounseld. In 7,6% van de gesprekken werd directief gecounseld. Zo werd bijvoorbeeld aangegeven dat “de bloedafname voor de NIPT gemakkelijk gecombineerd kan worden met het overige bloedonderzoek” of dat de 20 weken echo “een mooie test is” die al lang gedaan wordt.

Variabelen die samenhangen met cliënt-counselor relatie

Uit de regressieanalyse kwam naar voren dat de gespreksduur een significant effect heeft op de score voor cliënt-counselor relatie. Hoe langer een gesprek duurde, hoe vaker aanwezig werd gescoord voor cliënt-counselor relatie ($p < 0,001$). Jaren ervaring in counseling ($p = 0,24$), het wel of niet volgen van de e-learning ($p = 0,61$) en bijscholing op het gebied van Vaardigheden en/of Reflectie ($p = 0,18$), en pariteit ($p = 0,16$) hadden geen significant op het aanwezig scoren voor cliënt-counselor relatie.

Tabel 9. Scoring van items binnen het domein cliënt-counselor relatie, n=145

	Aanwezig, n (%)	Gedeeltelijk aanwezig, n (%)	Afwezig, n (%)	Niet van toepassing, n
Relatie opbouwen met de zwangere op basis van respect, ruimte en empathie	113 (77,9)	28 (19,3)	4 (2,8)	
Relatie opbouwen met de zwangere door aandachtige aanwezigheid en geduld	92 (63,4)	37 (25,5)	16 (11,0)	
Aansluiten bij persoonlijke waarden van de zwangere	72 (49,7)	48 (33,1)	25 (17,2)	
Passend aansluiten bij voorgeschiedenis/anamnese van de zwangere	51 (81,0)	8 (12,7)	4 (6,3)	82 ^a
Partner (of andere naasten) passend bij het gesprek betrekken	92 (86,0)	9 (8,4)	6 (5,6)	38 ^b
Waardevrije communicatie ten aanzien van de keuze, niet-directief zijn, gelijkwaardig, onvoorwaardelijke acceptatie en neutraal	94 (64,8)	40 (27,6)	11 (7,6)	
Totaal (=750) ^c	514 (68,5)	170 (22,7)	66 (8,8)	

^a Er werd gescoord op 'niet van toepassing' wanneer het in een gesprek niet beoordeeld kon worden of de counselor aansloot op de voorgeschiedenis/anamnese van de zwangere.

^b Er werd gescoord op 'niet van toepassing' wanneer er geen partner (of andere naaste) bij het gesprek aanwezig was.

^c Totaal: 145 gesprekken x 6 items = 870 (- 120 n.v.t.) = 750 mogelijkheden om 'aanwezig' te scoren.

3.9 Domein: gespreksvaardigheden

De items binnen het domein gespreksvaardigheden werden overwegend 'aanwezig' gescoord in de gesprekken (Tabel 10). Van alle items werd gemiddeld 46,5% gescoord als aanwezig binnen het domein gespreksvaardigheden. Iets meer dan de helft van de counselors structureerde het gesprek (57,9% aanwezig) met een duidelijke gespreksopbouw en overgangen tussen de onderwerpen. In iets meer dan de helft van de gesprekken werd aangesloten op voorkennis en gezondheidsvaardigheden van de zwangere, door eenvoudig taalgebruik te gebruiken en niet te veel informatie in één keer te geven (59,3% aanwezig). In 10,3% van de gesprekken werd niet goed aangesloten op voorkennis en/of

gezondheidsvaardigheden. In deze gesprekken werd bijvoorbeeld heel veel informatie in één keer gegeven, werden veel details gegeven, of was er ingewikkelde uitleg. Veel counselors gebruikten de counselingskaart als ondersteunend materiaal bij hun uitleg (74,2% aanwezig). Over het algemeen werden, indien aanwezig, kennishiaten van de zwangere geïdentificeerd en misvattingen gerectificeerd door de counselors (73,3%). In 37,9% van de gesprekken werd afwezig gescoord op het doorvragen wanneer dit nodig was binnen het counselingsgesprek. Het verschilde of, hoe en hoeveel gesprekstechnieken (samenvatten, parafraseren, concretiseren, reflecties geven, scenario's schetsen) werden gebruikt door counselors (37,2% aanwezig). Vaak werden scenario's besproken, bijvoorbeeld om te verkennen wat de zwangere ervan zou vinden als de uitslag afwijkend is. In 10,3% van de gesprekken werden geen gesprekstechnieken (samenvatten, parafraseren, concretiseren, reflecties geven, scenario's schetsen, doorvragen, toetsen of informatie begrepen is, en open vragen stellen) gebruikt. De terugvraagmethode werd over het algemeen niet gebruikt: toetsen of informatie werd begrepen was aanwezig in 10,3% van de gesprekken. In 66,2% van de gesprekken werden door de counselor (geheel of gedeeltelijk) open vragen gesteld; in 33,8% van de gesprekken werden alleen gesloten vragen gesteld. Het kwam ook voor dat een counselor wel open vragen stelde, maar doorpraatte zonder te wachten op het antwoord of direct daarna een gesloten vraag stelde. In iets meer dan de helft van de gesprekken werd ruimte gegeven voor het stellen van vragen (55,2% aanwezig).

Variabelen die samenhangen met gespreksvaardigheden

Regressieanalyse liet zien dat jaren ervaring in de counseling, het volgen van bijscholing op het gebied van Vaardigheden en/of Reflectie en gespreksduur een significant effect hebben op de score voor gespreksvaardigheden. Het aantal jaren ervaring in de counseling was negatief geassocieerd met gespreksvaardigheden: elk jaar meer aan ervaring zorgt voor een daling in de score voor cliënt-counselor relatie ($p=0,02$). Counselors die bijscholing hadden gevolgd op het gebied van Vaardigheden en/of Reflectie scoorden gemiddeld vaker op aanwezig voor gespreksvaardigheden dan counselors die geen bijscholing hadden gevolgd ($p=0,02$). Hoe langer een gesprek duurde, hoe vaker aanwezig werd gescoord voor gespreksvaardigheden ($p<0,001$). Het wel of niet volgen van de e-learning ($p=0,69$) en pariteit ($p=0,03$) hadden geen significant effect op de cliënt-counselor relatie.

Tabel 10. Scoring van items binnen het domein gespreksvaardigheden, n=145

	Aanwezig, n (%)	Gedeeltelijk aanwezig, n (%)	Afwezig, n (%)	Niet van toepassing, n
Het gesprek structureren	84 (57,9)	49 (33,8)	12 (8,3)	
Aansluiten bij voorkennis en gezondheidsvaardigheden: eenvoudig taalgebruik, niet te veel informatie in één keer	86 (59,3)	44 (30,3)	15 (10,3)	
Effectief gebruikmaken van ondersteunend materiaal	69 (74,2)	17 (18,3)	7 (7,5)	52 ^a
Kennishiaten identificeren en misvattingen rectificeren indien aanwezig	44 (73,3)	12 (20,0)	4 (6,7)	85 ^b
Doorvragen waar nodig	46 (31,7)	44 (30,3)	55 (37,9)	
Gesprekstechnieken gebruiken	54 (37,2)	48 (33,1)	43 (29,7)	
Toetsen of de informatie is begrepen	15 (10,3)	75 (51,7)	55 (37,9)	
Open vragen stellen (zonder richting te geven informatie achterhalen, objectief, helder, eenduidig, duidelijk, relevant)	65 (44,8)	31 (21,4)	49 (33,8)	
Ruimte geven voor stellen van vragen	80 (55,2)	48 (33,1)	17 (11,7)	
Totaal (=1168) ^c	543 (46,5)	368 (31,5)	257 (22,0)	

^a Er werd gescoord op 'niet van toepassing' wanneer het in een gesprek niet beoordeeld kon worden of een counselor gebruikmaakte van ondersteunend materiaal.

^b Er werd gescoord op 'niet van toepassing' wanneer de beoordelaar in een gesprek geen kennishiaten of misvattingen van de zwangere opmerkte. Kennishiaten en/of misvattingen hoefden niet expliciet door de counselor bevraagd te worden om dit item te beoordelen.

^c Totaal: 145 gesprekken x 9 items = 1305 (- 137 nvt) = 1168 mogelijkheden om 'aanwezig' te scoren.

4. Discussie

Dit rapport beschrijft de resultaten van een onderzoek naar de kwaliteit van counseling voor prenatale screening in Nederland op vier domeinen, namelijk informatie-uitwisseling, hulp bij besluitvorming, cliënt-counselor relatie en gespreksvaardigheden. In de meerderheid van de gesprekken werd aan een cliënt-counselor relatie gebouwd, gebaseerd op respect, ruimte en empathie. Informatie-uitwisseling was overwegend aanwezig. Echter, werd niet altijd duidelijk gemaakt dat alle testen een vrije keuze zijn en was informatie over NIPT vaker compleet dan informatie over de SEOs. Gesprekken met primiparae zwangeren, langere gesprekken en counselors met minder jaren ervaring waren significant geassocieerd met de aanwezigheid van informatie-uitwisseling. Hulp bij besluitvorming werd beperkt geboden in de gesprekken. Langere gesprekken, gesprekken van counselors met minder jaren ervaring met counseling en gesprekken van counselors die bijscholing hadden gevolgd op het gebied van Vaardigheden en/of Reflectie scoorden significant vaker aanwezig op zowel het domein hulp bij besluitvorming als het domein van gespreksvaardigheden. Hoe langer een gesprek duurde, hoe vaker aanwezig werd gescoord op alle vier de domeinen van kwalitatief goede counseling.

4.1 Informatie-uitwisseling

Items van het domein informatie-uitwisseling waren overwegend aanwezig in de geanalyseerde counselingsgesprekken. Dit komt overeen met de resultaten van eerdere studies die vonden dat zorgverleners tijdens de counseling vooral de nadruk leggen op informatie-uitwisseling [4]. Het huidige onderzoek liet zien dat counselors voorkennis exploreren en uitgebreide uitleg geven over de screeningstesten en de aandoeningen en afwijkingen. Informatie over de NIPT was vaker compleet dan de informatie over de SEOs. Pariteit van de zwangere, gespreksduur, en jaren ervaring van de counselor waren significant geassocieerd met informatie-uitwisseling. Ook werd in 38,6% van de gesprekken niet verteld dat een niet-afwijkende screeningsuitslag geen garantie geeft op een gezond kind.

Eerder onderzoek naar de opvattingen van verloskundig zorgverleners over goede counseling liet zien dat zij het geven van informatie belangrijk vinden [10, 13]. Voor effectieve informatie-uitwisseling moeten zwangeren de informatie begrijpen en kunnen toepassen op hun persoonlijke situatie. Om dit te bereiken kunnen counselors de terugvraagmethode (*teach-back* methode) gebruiken [19]. Slechts in 10,3% van de geanalyseerde counselingsgesprekken werd getoetst of de zwangere de informatie begrepen had, bijvoorbeeld door gebruik van de terugvraagmethode. Bijna een kwart (24,8%) van de zwangeren in het huidige onderzoek had volgens de counselors voorafgaand aan het

counselingsgesprek geen informatie geraadpleegd over prenatale screening. Mogelijk verklaart dit waarom in de gesprekken de focus lag op het geven van informatie. Wanneer een zwangere voorafgaand aan het counselingsgesprek al informatie over prenatale screening heeft geraadpleegd zal deze voorbereiding waarschijnlijk leiden tot het besteden van minder tijd aan het verstrekken van informatie. Ook het invullen van een beslishulp voorafgaand aan het counselingsgesprek heeft een positief effect laten zien op kennis en geïnformeerde besluitvorming [20]. Dit biedt de mogelijkheid om over te stappen op meer cliëntgerichte counseling waarbij de focus van het gesprek ligt op het bieden van hulp bij de besluitvorming [20].

In het huidige onderzoek scoorden counselors in gesprekken met primiparae zwangeren gemiddeld vaker aanwezig op de items van informatie-uitwisseling dan in gesprekken met multiparae zwangeren. Deze bevinding wordt bevestigd door eerder Nederlands onderzoek, waarbij multiparae zwangeren na afloop van de counseling de prestatie van de verloskundige op het gebied van informatie-uitwisseling vaker als onvoldoende beoordeelden dan primiparae zwangeren [8]. Echter een herhaling van dit onderzoek in 2019 vond geen verschil in informatie-uitwisseling op basis van pariteit [11]. In een Fins vragenlijstonderzoek gaven primiparae zwangeren vaker aan behoefte te hebben aan meer informatie over prenatale screening [21]. Mogelijk gaan counselors ervan uit dat (een deel van) de informatie over prenatale screening nog voldoende bekend is bij multiparae zwangeren vanwege een vorige zwangerschap, dat het besluit om deel te nemen aan screening al is genomen en willen zij niet in herhaling vallen of belerend overkomen. Door voorkennis goed uit te vragen kan de counselor verkennen welke informatie al bekend is bij de zwangere en de informatie-uitwisseling hierop aanpassen. Het meetinstrument in dit onderzoek maakte geen onderscheid tussen de mogelijke verschillende informatiebehoeftes van primiparae en multiparae zwangeren. Toekomstig onderzoek zou kunnen bestuderen of en hoe informatievoorziening binnen counseling aangepast zou kunnen worden op basis van pariteit.

In 18,6% van de gesprekken werd niet expliciet verteld dat screening een vrije keuze is. Dit is een belangrijke bevinding gezien het hoofddoel van prenatale screening: het bevorderen van de reproductieve autonomie. Hoewel studies laten zien dat de meeste zwangeren geen druk ervaren om al dan niet te kiezen voor screening, zoals voor de NIPT, blijft het belangrijk om de vrije keuze te benadrukken in de counseling zodat zwangeren zich vrij voelen om een keuze te maken die het beste bij hen past [20, 21]. Sinds 2023 wordt de NIPT kosteloos aangeboden in Nederland, het is nog niet duidelijk wat het mogelijke effect hiervan zal zijn. Enerzijds is door het kosteloos aanbieden van de NIPT een financiële barrière voor deelname

opgeheven. Anderzijds kunnen zwangeren ook mogelijk meer maatschappelijke druk ervaren om te kiezen voor NIPT [22, 23]. Nederlands vragenlijstonderzoek liet zien dat het financieringsbeleid de houding van burgers beïnvloedt: veel meer respondenten waren tegen het idee om geen NIPT te kiezen wanneer deze volledig vergoed werd [24].

4.2 Hulp bij besluitvorming

Het onderzoek laat zien dat hulp bij besluitvorming in de counseling aandacht behoeft: persoonlijke waarden en overwegingen om wel of niet te screenen werden beperkt verkend in de gesprekken. Gespreksduur, jaren ervaring van de counselor en het volgen van scholing op het gebied van Vaardigheden en/of Reflectie waren significant geassocieerd met hulp bij besluitvorming. In 22,8% van de gesprekken werd afwezig gescoord op 'nagaan of de zwangere een keuze kan en wil maken of wat hiervoor nog nodig is'. Nederlands onderzoek in 2019 naar de voorkeuren van zwangeren ten aanzien van het counselingsgesprek voor prenatale screening toonde aan dat zwangeren de cliënt-counselor relatie en informatie-uitwisseling het meest belangrijk vinden in een gesprek, maar ook vindt 44% van de zwangeren hulp bij besluitvorming belangrijk [11]. Er werd in dat onderzoek een significant verschil gevonden in aanwezigheid van hulp bij besluitvorming tussen primiparae en multiparae zwangeren. Bij primiparae zwangeren werd daardoor minder aan hun behoeftes voor hulp bij besluitvorming voldaan ten opzichte van multiparae zwangeren [11]. Een eerder Nederlands onderzoek in 2020 waarbij 104 prenatale consulten werden geobserveerd concludeerde dat verloskundig zorgprofessionals in het consult weinig tot geen interacties gebruiken waarbij actieve betrokkenheid van de zwangere bij het gesprek wordt gestimuleerd [25]. Om de besluitvorming van zwangeren te kunnen ondersteunen is het verkennen van de hierbij behorende emoties zoals angsten, verwachtingen, overtuigingen en overwegingen van belang in de counseling.

Uit Nederlands onderzoek naar gezamenlijke besluitvorming en gezondheidsvaardigheden, bleek dat professionals in de geboortezorg met name aangeven ondersteuning nodig te hebben in het inschatten of zwangeren de informatie begrijpen. Observaties met verloskundigen lieten zien dat zij goed scoorden op het informeren van zwangeren, maar dat er verbeterpunten liggen in het verhelderen van waarden en de daadwerkelijke besluitvorming [26]. Dit is conform de bevindingen van het huidige onderzoek. Wanneer counselors persoonlijke waarden bij zwangeren verkennen in de context van prenatale screening, wordt dit in de meeste gesprekken gedaan voor de psychische dimensie. Persoonlijke waarden binnen de sociale dimensie, en vooral binnen de fysieke en levensbeschouwelijke dimensie, worden minder vaak aanwezig gescoord in de counselingsgesprekken. Daarnaast werd in iets meer dan een derde van de gesprekken

(35,9%) afwezig gescoord op het verhelderen van persoonlijke waarden in relatie tot de handelingsmogelijkheden die voortkomen uit een keuze voor prenatale screening. Dit behoeft verbetering. Tabel 11 geeft een overzicht van de psychische, sociale, fysieke en levensbeschouwelijke bestaansdimensies met voorbeelden van hoe de persoonlijke waarden van de zwangere ten aanzien van deze dimensies verkend kunnen worden in het counselingsgesprek.

Tabel 11. Voorbeelden voor het verkennen van persoonlijke waarden bij zwangeren in de context van prenatale screening^a

Psychische dimensie: persoonlijke ervaring en denkbeelden over gezondheid, ziekte en handicap	
Persoonlijk doel voor testen op aangeboren afwijkingen	<i>‘Met welk doel zou je wel of niet kiezen voor prenatale screening?’</i>
Gevoelens ten aanzien van testen	<i>‘Hoe voel je je bij het horen van deze informatie?’ ‘Hoe was het voor jou om in de vorige zwangerschap een keuze te maken voor wel of geen prenatale test?’</i>
Zelfkennis en coping	<i>‘Hoe ga je om met onzekerheid tijdens de zwangerschap?’</i>
Sociale dimensie: heeft betrekking tot onze relaties met anderen	
Overeenstemming tussen de zwangere en partner	<i>‘In hoeverre zijn jullie het eens over de keuze betreffende prenatale screening?’</i>
Ideeën over of invloed op de keuze prenatale screening vanuit sociale omgeving	<i>‘Heb je met vrienden of collega's gesproken over prenatale screening?’</i>
Fysieke dimensie: gaat over fysieke gezondheid en ziekte	
Gezondheid en/of ziekte in de familie	<i>‘Heb jijzelf of iemand in je familie een aangeboren aandoening of afwijking?’</i>
Verwachtingen over het leven met een (kind met een) aandoening	<i>‘Hoe denk je dat het leven van iemand met downsyndroom eruitziet?’</i>
Levensbeschouwelijke dimensie: over iemands waarden en levensbeschouwing	
Verkenning van existentiële levensvragen ten aanzien van zwangerschap en ouderschap	<i>‘Hoe kijk je aan tegen het begin van het leven?’</i>
Seculiere en/of religieuze levensbeschouwing	<i>‘Welke rol speelt jouw geloof bij beslissingen over prenatale screening?’ ‘Hoe beïnvloeden jouw persoonlijke waarden de manier waarop je denkt over het gebruik van prenatale screeningstesten tijdens de zwangerschap?’</i>

^a Gebaseerd op Martin et al. [27] en e-learning RIVM [28].

4.3 Cliënt-counselor relatie

Er werd relatief vaak aanwezig gescoord op items binnen het domein cliënt-counselor relatie. Dit komt overeen met Nederlands onderzoek uit 2019, waar zwangeren en hun partners componenten van de cliënt-counselor als aanwezig beschouwen in het counselingsgesprek [11]. Er werd doorgaans een professionele en betrokken relatie opgebouwd met de zwangere op basis van respect, ruimte en empathie. De partner, indien aanwezig, werd vaak betrokken in het gesprek. Van de items behorende tot het domein cliënt-counselor relatie werd het ‘aansluiten bij persoonlijke waarden van de zwangere binnen fysieke, psychische, sociale en levensbeschouwelijke dimensies’, evenals het ‘opbouwen van een professionele en betrokken relatie met de zwangere door aandachtige aanwezigheid en geduld’, het minst vaak gescoord op aanwezig. Het aansluiten bij persoonlijke waarden van de zwangere gaat erom dat de counselor contact maakt met de zwangere, rekening houdend met de bestaansdimensies van de persoon [27]. Het aansluiten bij persoonlijke waarden binnen de bestaansdimensies is binnen counseling van belang om hierop door te kunnen vragen, om zo waarden in de context van prenatale screening voor hulp bij besluitvorming te kunnen verkennen.

In de meerderheid van de gesprekken werd waarde vrij en niet-directief gecounseld, dat wil zeggen dit item werd ‘aanwezig’ (64,8%) of ‘gedeeltelijk aanwezig’ (27,6%) gescoord. In eerder Nederlands onderzoek naar verloskundige zorg werden directieve aspecten in de zorg gevonden. Nederlands vragenlijst onderzoek toonde aan dat zwangeren tijdens de bevalling soms negatieve ervaringen hebben, met name door het ontbreken van toestemming en communicatieproblemen. Dit kwam vooral voor bij zwangeren waarbij medische interventie nodig was, mogelijk omdat zulke interventies plaatsvinden in een meer acute setting, waarin lichamelijk contact, meer communicatie, counseling, en expliciet vragen van toestemming nodig zijn [29]. Uit Nederlands onderzoek naar besluitvorming in de geboortezorg blijkt dat vrouwen over het algemeen autonomie ervaren in gesprekken over besluitvorming. Echter ervaaarde bijna de helft van de zwangeren die tenminste één interventie tijdens de bevalling onderging druk om die interventie te krijgen [30]. Mogelijk is er meer directiviteit in gevallen van spoed binnen de verloskundige zorg. In dit huidige onderzoek werd gezien dat er soms enigszins sturende opmerkingen of eenzijdige informatie of overwegingen over de testen werden gegeven. In vervolgonderzoek kan onderzocht worden in hoeverre de attitudehouding van counselors ten aanzien van de verschillende prenatale testen invloed heeft op de mate van directiviteit in de counseling, en op de mate van ervaren sturing en de keuze van zwangeren.

4.4 Gespreksvaardigheden

De meerderheid van de counselors structureerde het gesprek, sloot aan bij voorkennis en gezondheidsvaardigheden van de zwangere, en gaf ruimte voor het stellen van vragen. Het verschilde of en hoeveel de gesprekstechnieken samenvatten, parafraseren, concretiseren, reflecties geven en scenario's schetsen werden gebruikt door counselors. Gespreksvaardigheden kunnen ingezet worden om aan te sluiten bij persoonlijke waarden van de zwangere en overwegingen te exploreren om wel of niet te screenen. Met name open vragen stellen, doorvragen en toetsen of informatie begrepen is kunnen hiervoor meer worden ingezet. Deze methoden werden nu beperkt terug gezien in de counselingsgesprekken. Toetsen of de informatie begrepen was (middels de terugvraagmethode of doorvragen) gebeurde in slechts 10,3% van de gesprekken. Deze bevinding wordt bevestigd in onderzoek van Kors et al. (2025) waarin 104 prenatale consulten werden geobserveerd [25]. De terugvraagmethode kan hiervoor worden ingezet [19]. Onderzoek toont aan dat de terugvraagmethode de kennis en gezondheidsuitkomsten voor een breed scala aan populaties verbetert. De terugvraagmethode methode is bewezen gunstig voor patiënten met een lage sociaaleconomische status, een laag opleidingsniveau, een hoog opleidingsniveau en hoog inkomen, lage geletterdheid en mensen met een migratieachtergrond [31]. Het bieden van trainingen over de terugvraagmethode bleek de percepties van zorgverleners over de methode positief te veranderen en vergrootte het gebruik ervan [31].

In 10,3% van de gesprekken werden geen gesprekstechnieken gebruikt, zoals samenvatten, concretiseren, reflecties geven, scenario's schetsen, doorvragen, toetsen of informatie begrepen is en open vragen stellen. Dit is een opvallende bevinding want het gebruik van gesprekstechnieken maakt dat een gesprek verschuift van enkel informatie geven naar een daadwerkelijk counselingsgesprek. In de scholing van counselors kan meer aandacht worden besteed aan het gebruiken van gesprekstechnieken binnen de counseling. Counselors met bijscholing hadden gevolgd op het gebied van Vaardigheden en/of Reflectie scoorden significant vaker aanwezig op het domein gespreksvaardigheden dan counselors die geen bijscholing hadden gevolgd.

4.5 Gespreksduur

De gemiddelde duur van de gesprekken in dit onderzoek was 13 minuten en 53 seconden. Het huidige Nederlandse counselingstarief is gebaseerd op een tijdslot van 26 minuten voor de daadwerkelijke counseling (gesprek). Daarnaast is in het counselingstarief tijd opgenomen voor voorbereiding en administratie (respectievelijk 5 en 14 minuten). Eerder onderzoek naar video-opnames van counselingsgesprekken uit 2010 vond een gemiddelde

gespreksduur van 9.13 minuten [4]. Er zijn verschillende verklaringen mogelijk voor het verschil tussen de gevonden gemiddelde tijd en de adviestijd voor counseling. Mogelijk spelen vooronderstellingen van counselors hierbij een rol: bijvoorbeeld dat de zwangere al een keuze heeft gemaakt, dat informatie-uitwisseling met name belangrijk is in counseling, of ervaren counselors tijdsdruk. Hoewel de meeste counselors aangaven geen belemmeringen te ervaren in de counseling, was gebrek aan tijd of een geschikt moment vinden naast andere taken de meest gekozen barrière onder counselors (14,3%). Eerdere studies bevestigen dat verloskundigen in Nederland een hoge werkdruk ervaren en onvoldoende tijd hebben voor consultaties [32, 33]. Mogelijk beperkt de gemiddelde gespreksduur de noodzakelijke diepgang voor het counselingsgesprek. Hoe langer een gesprek duurde, hoe vaker er aanwezig werd gescoord op de items van alle vier de domeinen van kwalitatief goede counseling. Dit laat zien dat het belangrijk is om voldoende tijd in te plannen en de tijd die staat voor het gesprek te benutten voor de counseling, met name als het gaat om hulp bij besluitvorming. Vervolgonderzoek is nodig om te onderzoeken wat redenen zijn waarom counselors niet de volledig beschikbare tijd gebruiken voor het counselingsgesprek.

4.6 Ervaring counselor

Ervaring van de counselor met counselen voor prenatale screening was negatief geassocieerd met de domeinen van informatie-uitwisseling, hulp bij besluitvorming en gespreksvaardigheden. Elk jaar dat een counselor meer ervaring had zorgde voor een daling in de score op deze domeinen. Dit kan een aanwijzing zijn dat verloskundigen in de huidige opleidingen goed onderwijs krijgen in counselen voor prenatale screening. Een Nederlands vragenlijstonderzoek onder 896 verloskundigen vond een hogere mate van werkbetrokkenheid naar mate verloskundigen minder werkervaring hadden [34]. Mogelijk speelt deze verhoogde werkbetrokkenheid ook een rol in de huidige praktijk van counseling.

4.7 (Bij)scholing counselors

Counselors die scholing hadden gevolgd op het gebied van Vaardigheden en/of Reflectie scoorden gemiddeld vaker op aanwezig binnen de domeinen van hulp bij besluitvorming en gespreksvaardigheden dan counselors die geen scholing hadden gevolgd. Eerder onderzoek liet zien dat het volgen van een opfriscursus een effectieve manier is om kennis van counselors over prenatale screening te verbeteren [35].

4.8 Sterke punten en beperkingen van het onderzoek

Dit onderzoek betrof een landelijke steekproef van counselingsgesprekken door counselors met een diverse groep zwangeren, representatief voor de Nederlandse populatie. De response van counselors op de uitnodiging voor deelname aan het onderzoek was laag;

uiteindelijk namen 50 counselors deel aan het onderzoek. In 2023 waren er 2753 counselors in Nederland [36]. De onderzoekspopulatie is hiermee relatief klein en mogelijk niet representatief voor alle Nederlandse counselors. Mogelijk is er ook sprake van selectieve deelname waarbij met name counselors die meer affiniteit hebben met prenatale counseling de uitnodiging voor het onderzoek hebben geaccepteerd. Dit lijkt op basis van de data niet het geval te zijn, gezien de grote variatie tussen de gesprekken en de gerapporteerde variatie in affiniteit met counseling door counselors.

De opnames van counselingsgesprekken zijn momentopnames van één counselingsmoment. Wat er buiten de opname nog meer is besproken is niet bekend. Zo werd in 51,7% van de beluisterde gesprekken het doel van het counselingsgesprek niet uitgelegd. Dit kan echter tijdens een eerdere afspraak al zijn besproken of voorafgaand aan het starten van de opname bij het geven van uitleg over het onderzoek. In dit onderzoek werd gebruikt gemaakt van geluidsopnames. Het voordeel hiervan is dat de opnameapparatuur makkelijk te gebruiken is. Daarnaast wordt een geluidsopname beschouwd als minder indringend dan een video-opname, wat ervoor kan zorgen dat deelnemers zich meer op hun gemak voelen en zich natuurlijker gedragen. Een nadeel is echter dat non-verbale communicatie en contextuele informatie niet kon worden meegenomen in het onderzoek [37].

Het is mogelijk dat counselors sommige vragen in de vragenlijsten anders geïnterpreteerd hebben dan werd bedoeld. Zo werd de vraag over het volgen van de e-learning counseling prenatale screening van het RIVM gesteld na vragen over gevolgde bijscholingen in de afgelopen twee jaar (2023-2024). In de toelichting van de counselors was te lezen dat sommige counselors de vraag hebben opgevat alsof zij de e-learning op enig moment hebben gevolgd, terwijl anderen deze hebben geïnterpreteerd als het volgen van de e-learning in de afgelopen twee jaar of de huidige bijscholingsronde. Daarnaast hadden veel counselors gevolgde bijscholing van 2025 ingevuld. Omdat counselors niet altijd het jaartal van de gevolgde bijscholing hadden neergezet, besloot het onderzoeksteam de gevolgde scholing van 2025 mee te tellen.

Vanwege de beperkte tijd beschikbaar voor het onderzoek is geen uitgebreide validatiestudie uitgevoerd op het meetinstrument. Wel is het meetinstrument gebaseerd op de rubric die gebaseerd is op eerdere onderzoeken naar wat Nederlandse zwangeren belangrijk vinden in de counseling [8] en analyse van video-opnames van counselingsgesprekken [4]. Daarnaast zijn groepsinterviews met experts gehouden met nadruk op de inhoudsvaliditeit van het meetinstrument. In de groepsinterviews werd de relevantie, volledigheid, begrijpelijkheid

en toepasbaarheid van het meetinstrument besproken. Ondanks de zes pilot rondes en uitgebreide instructies behorende bij het meetinstrument was er bij het scoren van de gesprekken een gemiddelde discrepantie tussen de beoordelaars van 33,7%. Dit is een beperking van het instrument. Dit maakte het noodzakelijk om voor ieder counselingsgesprek een consensusgesprek te voeren om tot één definitieve beoordeling te komen.

De mening of mate van geïnformeerde keuze van de zwangeren waarvan de gesprekken zijn geanalyseerd is niet meegenomen in het onderzoek. Het kan een aanvulling zijn op het huidige onderzoek om na te gaan of gesprekken die hoger scoren op de vier domeinen van counseling ook daadwerkelijk meer geïnformeerde besluitvorming bereiken onder zwangeren.

5. Aanbevelingen

Op basis van dit rapport worden de volgende aanbevelingen om de uitvoering van counselingsgesprekken te verbeteren. Eerst volgen twee overkoepelende aanbevelingen voor de praktijk van counseling. Daarna volgen specifieke aanbevelingen per domein voor verbetering van de counseling en voor de bijscholing, evenals aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

- Bijscholing volgen op het gebied van Vaardigheden en/of Reflectie kan helpen bij het bij het (beter) begeleiden van de zwangere (en partner) bij hulp bij besluitvorming en het (verder) ontwikkelen van gespreksvaardigheden. Dit is zowel voor de beginnende als voor de geoefende counselor relevant.
- Benut de tijd die staat voor het counselingsgesprek om alle facetten van kwalitatief goede counseling aan de orde te laten komen, stem af op voorkennis en vaardigheden, en verken de waarden die belangrijk zijn voor de zwangere (en partner).

Het is van belang dat de volgende punten (meer) aandacht krijgen in de counseling en in de bijscholing:

1. Informatie-uitwisseling:

- a. Stimuleer zwangeren om voorafgaand aan het counselingsgesprek al informatie over prenatale screening te raadplegen bijvoorbeeld via de folders, PNS website met videos en beslisthulp.
- b. Exploreer de voorkennis van de zwangere (en partner) over prenatale screening en de aandoeningen waarop deze is gericht, ongeacht pariteit van de zwangere, door het stellen van open vragen en doorvragen. Sluit de informatie-uitwisseling aan op deze voorkennis.
- c. Benadruk expliciet dat iedere test (NIPT, 13 en 20 wekenecho's) een persoonlijke en vrije keuze is en bespreek dat niet testen ook een keuze is.
- d. Besteed bij de informatie-uitwisseling evenveel aandacht aan alle testen. Bespreek ook bij de 13 en 20 wekenecho's dat het screeningstesten zijn waarbij vervolgonderzoek nodig is om zekerheid te krijgen.
- e. Geef aan dat een niet-afwijkende screeningsuitslag geen garantie is op een gezond kind.
- f. Gebruik de terugvraagmethode om te achterhalen of de zwangere de informatie begrepen heeft.

2. Hulp bij besluitvorming:

- a. Bijscholing volgen op het gebied van Vaardigheden en/of Reflectie kan helpen bij het begeleiden van de zwangere (en partner) bij hulp bij besluitvorming.
- b. Verken persoonlijke waarden van de zwangere bij prenatale screening binnen de fysieke, psychische, sociale en levensbeschouwelijke dimensies. Vraag naar denkbeelden over het leven met een kind met een aandoening en de omgang met existentiële levensvragen rondom zwangerschap, zwangerschapsafbreking en ouderschap, evenals naar de daarbij behorende waarden, normen en emoties.
- c. Verken de overwegingen en de door de zwangere (en partner) gepercipieerde voor- en nadelen om wel of niet te kiezen voor prenatale screening (NIPT, 13 en 20 wekenecho's).
- d. Ga na of de zwangere een keuze kan en wil maken of wat hiervoor nog nodig is.
- e. Gebruik gespreksvaardigheden zoals open vragen stellen en doorvragen om persoonlijke waarden en overwegingen van de zwangere (en partner) te verkennen.

3. Cliënt-counselor relatie:

- a. Benut de tijd die staat voor het counselingsgesprek om alle facetten van aan de orde te laten komen (informatie-uitwisseling en hulp bij besluitvorming), ongeacht de pariteit of voorkennis van de zwangere (en partner).
- b. Gebruik de cliënt-counselor relatie om met aandachtige aanwezigheid en geduld te counselen. Neem de tijd om stiltes te laten vallen en de zwangere (en partner) te laten nadenken over een antwoord op een open vraag.

4. Gespreksvaardigheden:

- a. Bijscholing volgen op het gebied van Vaardigheden en/of Reflectie kan helpen bij het verder ontwikkelen van gespreksvaardigheden.
- b. Zet gespreksvaardigheden, zoals open vragen, doorvragen, luisteren en parafraseren, in om meer aan te sluiten bij persoonlijke waarden van de zwangere (en partner) en de overwegingen te exploreren om wel of niet te kiezen voor prenatale screening.
- c. Om te toetsen of de informatie begrepen is kan de terugvraagmethode worden ingezet. Om het gebruik hiervan te vergroten kunnen hier specifieke trainingen over worden aangeboden.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek:

1. Onderzoek hoe counselors voldoende tijd kunnen nemen voor het gesprek om zo de noodzakelijke diepgang voor hulp bij besluitvorming te kunnen bereiken.
2. Onderzoek wat de informatiebehoeften en behoeften aan ondersteuning bij besluitvorming zijn van zwangeren (en hun partner) om een geïnformeerde keuze te kunnen maken.
3. Onderzoek welke informatie in counselingsgesprekken wordt gegeven ter ondersteuning van de keuze voor wel of geen deelname aan prenatale screening. Hierbij kan gekeken worden naar de aansluiting van de informatie op de gezondheidsvaardigheden van zwangeren (en hun partners), bijvoorbeeld door te analyseren hoe risico's worden gecommuniceerd en hoeveel informatie wordt gegeven.
4. Onderzoek in hoeverre zwangeren een geïnformeerde keuze maken voor wel of geen deelname aan prenatale screening, en wat daarvoor nodig is wat betreft de counseling.
5. Onderzoek in hoeverre de houding van counselors ten opzichte van prenatale screening de counseling beïnvloedt, zoals het waarde vrij counselen, en daarbij de keuzes van zwangeren.

6. Literatuur

1. van der Meij KRM, Sijm EA, Macville MVE, Stevens SJC, Bax CJ, Bekker MN, et al. TRIDENT-2: National Implementation of Genome-Wide Non-Invasive Prenatal Testing as a First-Tier Screening Test in the Netherlands. *Am J Hum Genet.* 2019;105(6):1091-101.
2. Lust EER, Brongers K, Henneman L, Crombag N, Bilardo CM, Galjaard RH, et al. Introduction of a nationwide first-trimester anomaly scan in the Dutch national screening program. *Am J Obstet Gynecol.* 2025;232(4):396.e1-.e19.
3. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Kwaliteitseisen en richtlijnen counseling 2025 [27 november 2025]. Available from: <https://www.pns.nl/professionals/nipt-seo/counseling/kwaliteitseisen-en-richtlijnen>.
4. Martin L, Hutton EK, Gitsels-van der Wal JT, Spelten ER, Kuiper F, Pereboom MT, et al. Antenatal counselling for congenital anomaly tests: an exploratory video-observational study about client-midwife communication. *Midwifery.* 2015;31(1):37-46.
5. Roter D, Ellington L, Erby LH, Larson S, Dudley W. The Genetic Counseling Video Project (GCVP): Models of practice. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics.* 2006;142C(4):209-20.
6. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Bekwaamheden voor kwalitatief goede counseling 2025 [27 november 2025]. Available from: <https://www.pns.nl/professionals/nipt-seo/counseling/bekwaamheden-voor-kwalitatief-goede-counseling>.
7. Martin L, Hutton EK, Spelten ER, Gitsels-van der Wal JT, van Dulmen S. Midwives' views on appropriate antenatal counselling for congenital anomaly tests: do they match clients' preferences? *Midwifery.* 2014;30(6):600-9.
8. Martin L, Van Dulmen S, Spelten E, De Jonge A, De Cock P, Hutton E. Prenatal counseling for congenital anomaly tests: parental preferences and perceptions of midwife performance. *Prenatal diagnosis.* 2013;33(4):341-53.
9. Kater-Kuipers A, de Beaufort ID, Galjaard R-JH, Bunnik EM. Rethinking counselling in prenatal screening: An ethical analysis of informed consent in the context of non-invasive prenatal testing (NIPT). *Bioethics.* 2020;34:671- 8.
10. Kors JK, R.; Henneman, L.; Verhoeven, C. ; Bakker, P.; Gitsel-van der Wal, J. ; Groot-van der Linden, S. ; Peerdeman, S. ; Martin, L. Maternity care professionals' views on good counselling for prenatal anomaly screening: a qualitative inquiry. accepted for publication. 2025.
11. Martin L, Gitsels-van der Wal JT, Hitzert M, Henrichs J. Clients' perspectives on the quality of counseling for prenatal anomaly screening. A comparison between 2011 and 2019. *Patient education and counseling.* 2021;104(7):1796-805.

12. Timmermans DR. Wat beweegt de kiezer. Kennissynthese geïnformeerde keuze en preventie. The Hague: ZonMw; 2013.
13. Damman OC, Henneman L, Ijssel DVvd, Timmermans DRM. Conditions for autonomous reproductive decision-making in prenatal screening: A mixed methods study. *Midwifery*. 2023;119:103607.
14. Peters IA, Heetkamp KM, Ursem NTC, Steegers EAP, Denktaş S, Knapen M. Ethnicity and Language Proficiency Differences in the Provision of and Intention to Use Prenatal Screening for Down's Syndrome and Congenital Anomalies. A Prospective, Non-selected, Register-Based Study in the Netherlands. *Maternal and child health journal*. 2018;22(3):343-54.
15. Posthumus AG, Peters IA, Borsboom GJ, Knapen MF, Bonsel GJ. Inequalities in uptake of prenatal screening according to ethnicity and socio-economic status in the four largest cities of the Netherlands (2011-2013). *Prenatal diagnosis*. 2017;37(10):959-67.
16. Gitsels-van der Wal JT, Manniën J, Ghaly MM, Verhoeven PS, Hutton EK, Reinders HS. The role of religion in decision-making on antenatal screening of congenital anomalies: a qualitative study amongst Muslim Turkish origin immigrants. *Midwifery*. 2014;30(3):297-302.
17. van der Meij KRM, Njio A, Martin L, Gitsels-van der Wal JT, Bekker MN, van Vliet-Lachotzki EH, et al. Routinization of prenatal screening with the non-invasive prenatal test: pregnant women's perspectives. *European Journal of Human Genetics*. 2022;30:661-8.
18. Lust EER, Bronsgeest K, Henneman L, Crombag N, Bilardo CM, van Vliet-Lachotzki EH, et al. Informed choice and routinization of the second-trimester anomaly scan: a national cohort study in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2023;23(1):694.
19. Talevski J, Wong Shee A, Rasmussen B, Kemp G, Beauchamp A. Teach-back: A systematic review of implementation and impacts. *PloS one*. 2020;15(4):e0231350.
20. Beulen L, van den Berg M, Faas BH, Feenstra I, Hageman M, van Vugt JM, et al. The effect of a decision aid on informed decision-making in the era of non-invasive prenatal testing: a randomised controlled trial. *Eur J Hum Genet*. 2016;24(10):1409-16.
21. Nykänen M, Vehviläinen-Julkunen K, Klemetti R. The expectations of antenatal screening and experiences of the first-trimester screening scan. *Midwifery*. 2017;47:15-21.
22. Bakkeren IM, Kater-Kuipers A, Bunnik EM, Go A, Tibben A, de Beaufort ID, et al. Implementing non-invasive prenatal testing (NIPT) in the Netherlands: An interview study exploring opinions about and experiences with societal pressure, reimbursement, and an expanding scope. *J Genet Couns*. 2020;29(1):112-21.
23. van Bruggen MJ, Henneman L, Timmermans DRM. Women's decision making regarding prenatal screening for fetal aneuploidy: A qualitative comparison between 2003 and 2016. *Midwifery*. 2018;64:93-100.

24. Kater-Kuipers A, Bakkeren IM, Riedijk SR, Go ATJI, Polak MG, Galjaard R-JH, et al. Non-invasive prenatal testing (NIPT): societal pressure or freedom of choice? A vignette study of Dutch citizens' attitudes. *European Journal of Human Genetics*. 2021;29(1):2-10.
25. Kors J, Martin L, Verhoeven CJ, Henrichs J, Peerdeman SM, Kusurkar RA. Autonomy support in prenatal consultation: A quantitative observation study in maternity care. *European Journal of Midwifery*. 2025;9(January):1-11.
26. Murugesu L, Damman OC, Timmermans DRM, de Wit S, Nieuwenhuijze M, Smets EMA, et al. Health literate-sensitive shared decision-making in maternity care: needs for support among maternity care professionals in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2023;23(1):594.
27. Martin L, Hoiting M, Gitsels-van der Wal J. Zingevende counseling over prenatale screening op aangeboren afwijkingen 2017 [Available from: <https://www.verloskunde-academie.nl/wp-content/uploads/2017/11/Visie-op-counselen-1-november-2017.pdf>].
28. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. E-learning Counseling over Prenatale Screening 2025 [Available from: <https://leren.rivm.nl/projecten/Register.aspx?project=CPS>].
29. Leijerzapf DR, van der Pijl MSG, Hollander MH, Kingma E, de Jonge A, Verhoeven CJM. Experienced disrespect & abuse during childbirth and associated birth characteristics: a cross-sectional survey in the Netherlands. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2024;24(1):170.
30. Vogels-Broeke M, Cellissen E, Daemers D, Budé L, de Vries R, Nieuwenhuijze M. Women's decision-making autonomy in Dutch maternity care. *Birth*. 2023;50(2):384-95.
31. Shersher V, Haines TP, Sturgiss L, Weller C, Williams C. Definitions and use of the teach-back method in healthcare consultations with patients: A systematic review and thematic synthesis. *Patient education and counseling*. 2021;104(1):118-29.
32. Oni HT, Buultjens M, blandthorn J, Davis D, Abdel-latif M, Islam MM. Barriers and facilitators in antenatal settings to screening and referral of pregnant women who use alcohol or other drugs: A qualitative study of midwives' experience. *Midwifery*. 2020;81:102595.
33. Vlassak E, Bessems K, Gubbels J. The Experiences of Midwives in Caring for Vulnerable Pregnant Women in The Netherlands: A Qualitative Cross-Sectional Study. *Healthcare (Basel)*. 2022;11(1).
34. Kool L, Feijen-de Jong EI, Mastenbroek NJJM, Schellevis FG, Jaarsma DADC. Midwives' occupational wellbeing and its determinants. A cross-sectional study among newly qualified and experienced Dutch midwives. *Midwifery*. 2023;125:103776.

35. Jansen CH, de Vries JM, Engels M, van de Kamp K, Snijders RJ, Martin L, et al. Effect of education and attitude on health professionals' knowledge on prenatal screening. *European Journal of Midwifery*. 2020;4(September):1-7.
36. CLPBPS. JAAROVERZICHT RC'S & CLBPS 2023. 2023.
37. Williams K, Herman R, Bontempo D. Comparing audio and video data for rating communication. *West J Nurs Res*. 2013;35(8):1060-73.
38. Mokkink LB, Terwee CB, Patrick DL, Alonso J, Stratford PW, Knol DL, et al. The COSMIN checklist for assessing the methodological quality of studies on measurement properties of health status measurement instruments: an international Delphi study. *Qual Life Res*. 2010;19(4):539-49.

Bijlage 1 Ontwikkeling meetinstrument

Voor de opzet van het meetinstrument *Kwaliteit van Counseling* voor prenatale screening werden drie online groepsinterviews gehouden met experts. Uitgangspunt voor de opzet van het meetinstrument was een door de Verloskunde Academies ontwikkelde beoordelingsrubric, welke wordt gebruikt om feedback op de counseling te geven aan individuele counselors. Deze rubric werd aangepast en uitgewerkt tot een nieuw meetinstrument om op groepsniveau een indruk te kunnen krijgen van de counseling voor de prenatale screening.

Deelnemers

Twaalf experts in het veld van prenatale screening werden in oktober 2024 uitgenodigd voor een groepsinterview. Zij waren betrokken bij de uitvoering (verloskundigen, n=3, gynaecoloog, n=1), de scholing (n=7), onderzoek (n=5) of het beleid (bestuurders regionale centra, n=3) rond counseling voor prenatale screening. Voorafgaand aan het gesprek werd de rubric naar de deelnemers toegestuurd. De groepsinterviews hadden 3 tot 5 deelnemers en vonden online plaats via Microsoft Teams. Deelnemers ontvingen een cadeaubon als compensatie voor hun deelname.

Procedure

In afstemming met een methodoloog lag de nadruk in de groepsinterviews op de indrukvaliditeit ('face validity') van het meetinstrument [38]. Hiervoor werden opvattingen van experts opgehaald ten aanzien van de relevantie en volledigheid van de concepten in de rubric voor het meten van kwaliteit van counseling voor de prenatale screening. Relevantie werd besproken door in te gaan op de geschiktheid van de gebruikte concepten en hun meting, volledigheid door te bespreken of de concepten voldoende zijn om tot zinvolle conclusies te komen met betrekking tot de counseling. Daarnaast werd ingegaan op de begrijpelijkheid en toepasbaarheid van de rubric door met de experts te bespreken hoe deze het beste als meetinstrument kan worden ingezet, bijvoorbeeld ten aanzien van het scoren. Met de bevindingen uit de groepsinterviews werd een nieuw meetinstrument met instructie ontwikkeld. Hiervoor werd zoveel mogelijk aangesloten bij de bekwaamheden geformuleerd door het RIVM [6] en de e-learning [28]. Het ontwikkelde meetinstrument werd vervolgens voorgelegd aan de deelnemers van de groepsinterviews en aan de adviesgroep. Vervolgens werd het meetinstrument door twee onderzoekers, een expert prenatale counseling en twee verloskunde studenten op 22 counselingsgesprekken uitgetest. Het meetinstrument en

bijbehorende instructie werden in meerdere rondes iteratief aangepast, totdat geen nieuwe aanpassingen meer nodig waren.

Resultaten groepsinterviews

Hieronder zijn de opvattingen van experts uit de groepsinterviews ten aanzien van de **relevantie en volledigheid en begrijpelijkheid en toepasbaarheid** van de concepten in de rubric voor het meten van kwaliteit van counseling voor de prenatale screening samengevat.

Relevantie en volledigheid

In alle groepsinterviews gaven de experts aan dat het aansluiten en afstemmen op de behoeften, waarden en kennis van de zwangere en de eventuele partner belangrijk is voor kwalitatief goede counseling. Er werd aangegeven dat niet alleen informatie gegeven moet worden in een counselingsgesprek, maar dat juist de interactie met de zwangere nodig is om bijvoorbeeld af te kunnen stemmen op voorkennis. Per zwangere kan verschillen wat nodig is in een counselingsgesprek om een geïnformeerde keuze te kunnen maken.

De bekwaamheden van het RIVM werden door de experts als relevant gezien om inhoudelijk weer te geven wat in een counselingsgesprek aan bod moet komen. Experts bespraken dat de concepten van de rubric meer precieze invulling aan het counselen geven, welke zij over het algemeen relevant vonden voor het meetinstrument. Echter werd gezien dat dezelfde concepten meerdere keren terugkwamen onder verschillende onderdelen in de rubric. Dit was bijvoorbeeld het geval bij het gebruik van communicatievaardigheden of regulerende vaardigheden, aansluiten op de cliënt onder het domein van informatie-uitwisseling, en het exploreren van waarden bij het domein van hulp bij besluitvorming. Meerdere deelnemers benoemden dat de ‘regulerende vaardigheden’ behoren tot meer algemene communicatieve/gespreksvaardigheden.

Wat betreft de volledigheid van de concepten in de rubric werd besproken dat het bespreken van de uitslag ontbrak, net als dat niet alle afwijkingen opgespoord worden met testen, en het hebben van geduld in een gesprek. Ook werd benoemd dat er bij elk aspect rekening gehouden moet worden met de eventuele partner.

Begrijpelijkheid en toepasbaarheid

Wat betreft begrijpelijkheid viel het de experts op dat sommige concepten in de rubric verschillend geïnterpreteerd kunnen worden, zoals ‘het gebruik van scenario's’ of ‘zorgen voor bewustwording bij de cliënt in hetgeen wat wordt gekozen’. Bovendien werd opgemerkt

dat de verschillende domeinen door elkaar kunnen lopen dus dat het lastig is concepten los van elkaar te zien.

Wat betreft het scoren van het meetinstrument benadrukten veel experts dat dit niet gericht moet zijn op het komen tot ‘goede’ of ‘slechte’ counseling, aangezien dat als individueel waardeoordeel overkomt en de counselors al professionals zijn. Het meetinstrument moet iets kunnen zeggen over de counselingsgesprekken op groepsniveau om zo counselingsgesprekken met elkaar te vergelijken. Suggesties die hiervoor werden gegeven waren: een relatieve beoordeling gebruiken, bijvoorbeeld procentueel kijken naar hoe counselors scoren ten opzichte van elkaar (benchmarking). Er wordt dan gekeken welk gedrag representatief is voor een bepaald onderdeel van het gesprek.

Er werd besproken dat onderwijskundig de 4-puntschaal van de rubric goed kan zijn omdat er dan geen optie in het midden ligt. Meerdere experts bespraken echter dat het lastig is om te bepalen waar dan de afkapwaardes liggen wanneer iets bijvoorbeeld wordt gescoord als ‘goed’ of ‘voldoende’. Anderzijds gaven veel experts aan dat het beter is om te kijken welke aspecten in een gesprek aan- of afwezig zijn, of adequaat/niet adequaat (2-puntschaal) zijn.

Ontwikkeling van een nieuw meetinstrument

Naar aanleiding van de bevindingen uit de groepsinterviews en gesprekken met de adviesgroep besloot het onderzoeksteam om voor de ontwikkeling van het nieuwe meetinstrument de indeling van de rubric te volgen met de overkoepelende domeinen voor kwalitatief goede counseling: ‘informatie-uitwisseling’, ‘hulp bij besluitvorming’ en ‘cliënt-counselor relatie’ [4]. Het domein van ‘regulerende vaardigheden’ werd ‘gespreksvaardigheden’. Onder elk van de vier domeinen vallen meerdere items welke gescoord kunnen worden op ‘aanwezig’ / ‘gedeeltelijk aanwezig’ / ‘afwezig’, en ‘niet van toepassing’. Deze indeling werd gekozen om te kunnen groeperen of bepaalde elementen aanwezig waren of niet in een counselingsgesprek, maar ook om aan te kunnen geven of iets gedeeltelijk aanwezig is. In de bijbehorende instructies werd toegevoegd wanneer iets ‘gedeeltelijk’ aanwezig is in een gesprek.

De items in de rubric werden waar nodig herschreven, ter verbetering van de interpretatie, en overlappende concepten werden weggehaald. Enkele items zijn toegevoegd, namelijk: ‘maakt duidelijk dat het een screening betreft’, ‘bespreekt de keuze voor de vervolgmogelijkheden (vervolgonderzoek nodig om zekerheid te krijgen) bij vermoeden van

een aandoening/afwijking', 'bespreekt dat een niet-afwijkende screeningsuitslag geen garantie is op een gezond kind', 'bespreekt wijze van het verkrijgen van de uitslag van prenatale screeningstesten', 'relatie opbouwen door aandachtige aanwezigheid en geduld', 'aansluiten op gezondheidsvaardigheden', 'identificeren van kennishiaten en rectificeren van misvattingen', 'vraagt door waar nodig', en 'geeft ruimte voor het stellen van vragen'. Het concept 'exploreert persoonlijke waarden en (fysieke-, psychische, sociale- en spirituele) dimensies van het zingevende counselingsmodel' werd opgesplitst in vier items voor elke dimensie apart. Het 'passend betrekking van de partner (of andere belangrijke naasten)' werd een apart item.

Zie Bijlage 2 voor het definitieve meetinstrument *Kwaliteit van Counseling*.

Bijlage 2 Meetinstrument *Kwaliteit van Counseling*

BEOORDELAAR:

DATUM SCORE:

CODE:

DUUR GESPREK:

Dit meetinstrument bevat vier domeinen met criteria waarop gescoord wordt met:

Aanwezig/Gedeeltelijk aanwezig/Afwezig. Indien niet van toepassing kan dit aangegeven worden en wordt zo nodig aanvullende toelichting gegeven in het open tekstveld bij elk onderdeel.

- **Aanwezig:** alle elementen van een criterium zijn aanwezig of worden (voldoende) besproken.
- **Gedeeltelijk aanwezig:** de elementen van een criterium zijn minimaal aanwezig, dan wel een deel van de elementen wordt benoemd. Geef toelichting in het opmerkingenveld.
- **Afwezig:** voldoet niet aan het criterium.

Bij dit meetinstrument hoort een bijlage met instructies en voorbeelden.

Context van het gesprek:

--

1. Informatie-uitwisseling

	Criterium aanwezig	Aanwezig	Gedeeltelijk aanwezig	Afwezig	Criterium afwezig	Toelichting
1.1	Exploreert voorkennis zwangere (en partner) over PNS en/of aandoeningen				Exploreert voorkennis niet	
1.2	Besprekt doel counselingsgesprek: ondersteuning bieden bij het maken van een geïnformeerde keuze				Doel counselingsgesprek niet uitgelegd	
1.3	Besprekt keuzemogelijkheden PNS: wel of <u>geen</u> test(en) doen om informatie te verkrijgen over mogelijke aangeboren aandoeningen/afwijkingen bij het ongeboren kind				Benoemt alleen de middelen (NIPT, 13 wekenecho, 20 wekenecho) i.p.v. keuzemogelijkheden PNS	
1.4	Besprekt inhoud, doel en samenhang van PNS-testen: NIPT, 13 wekenecho, 20 wekenecho				Informatie is incompleet, besprekt één of meerdere testen niet	
1.5	Besprekt aandoeningen en afwijkingen waarop met de testen gescreend wordt				Informatie is incompleet, besprekt chromosomale aandoeningen OF lichamelijke afwijkingen	
1.6	Maakt duidelijk dat het een screening betreft: test geeft geen zekerheid				Maakt niet duidelijk dat het screeningstesten zijn	
1.7	Besprekt de keuze voor de vervolgmogelijkheden (vervolgonderzoek nodig om zekerheid te krijgen) bij vermoeden van een aandoening/afwijking				Besprekt vervolgmogelijkheden niet	
1.8	Besprekt dat niet-afwijkende screeningsuitslag geen garantie is op een gezond kind				Besprekt niet dat testuitslagen geen garantie geven op een gezond kind	
1.9	Besprekt wijze van verkrijgen uitslag PNS-testen				Besprekt wijze van verkrijgen uitslag PNS-testen niet	N.v.t. Y

Opmerkingen beoordelaar over informatie-uitwisseling: Verkeerde/onjuiste informatie gegeven

2. Hulp bij besluitvorming

	criterium aanwezig	Aanwezig	Gedeeltelijk aanwezig	Afwezig	criterium afwezig	Toelichting
2.1	Verkent persoonlijke waarden (in de context van prenatale screening) binnen de fysieke dimensie				Verkent persoonlijke waarden binnen de fysieke dimensie niet	
2.2	Verkent persoonlijke waarden (in de context van prenatale screening) binnen de psychische dimensie				Verkent persoonlijke waarden binnen de psychische dimensie niet	
2.3	Verkent persoonlijke waarden (in de context van prenatale screening) binnen de sociale dimensie				Verkent persoonlijke waarden binnen de sociale dimensie niet	
2.4	Verkent persoonlijke waarden (in de context van prenatale screening) binnen de levensbeschouwelijke dimensie				Verkent persoonlijke waarden binnen de levensbeschouwelijke dimensie niet	
2.5	Gaat na of zwangere een keuze kan en wil maken of wat hiervoor nog nodig is (stelt vragen)				Gaat niet na of zwangere een keuze kan maken (stelt geen vragen hierover)	
2.6	Helpt bij het afwegen van argumenten voor wel of niet meedoen aan screening op basis van persoonlijke waarden, maakt beslissingsbalans op waarbij beide kanten evenveel aandacht krijgen				Helpt niet of nauwelijks bij het afwegen van argumenten voor wel of niet meedoen aan screening op basis van persoonlijke waarden, maakt geen gebruik van beslissingsbalans	
2.7	Verheldert persoonlijke waarden zwangere in relatie tot handelingsmogelijkheden die voortkomen uit een keuze voor PNS, waaronder vervolgonderzoek (waarbij ook nietsdoen een keuze is)				Verheldert persoonlijke waarden zwangere in relatie tot handelingsmogelijkheden die voortkomen uit een keuze voor PNS, waaronder vervolgonderzoek niet	

Opmerkingen beoordelaar over hulp bij besluitvorming:

3.Client-counselor relatie

	Criterium aanwezig	Aanwezig	Gedeeltelijk aanwezig	Afwezig	Criterium afwezig	Toelichting
3.1	Bouwt een professionele en betrokken relatie op met zwangere op basis van respect, ruimte en empathie				Bouwt onvoldoende aan de relatie met de zwangere (onvoldoende respect, ruimte, empathie)	
3.2	Bouwt een professionele en betrokken relatie op met zwangere door aandachtige aanwezigheid en geduld				Bouwt onvoldoende relatie op door aandachtige aanwezigheid, ongeduldig	
3.3	Sluit aan bij persoonlijke waarden van zwangere binnen fysieke, psychische, sociale en levensbeschouwelijke dimensies				Sluit niet aan bij persoonlijke waarden van zwangere. De uitwisseling van informatie is eenzijdig, er is sprake van zenden, voert een eigen agenda	
3.4	Sluit passend aan bij voorgeschiedenis en anamnese zwangere				Sluit niet aan op voorgeschiedenis en anamnese	N.v.t. Y
3.5	Betrekt partner (of andere belangrijke naasten) passend bij het gesprek				Betrekt partner niet bij het gesprek	N.v.t. Y
3.6	Communiqueert waardevrij t.a.v. de keuze, is niet-directief, gelijkwaardig, onvoorwaardelijke acceptatie en neutraal				Communiqueert niet waardevrij t.a.v. de keuze, is directief en is niet gelijkwaardig en neutraal	

Opmerkingen beoordelaar over client-counselor relatie:

4. Gespreksvaardigheden

	Criterium aanwezig	Aanwezig	Gedeeltelijk aanwezig	Afwezig	Criterium afwezig	Toelichting
4.1	Structureert het gesprek (o.a. duidelijke gespreksopbouw met inleiden en afsluiten, overgangen maken)				Structureert gesprek niet	
4.2	Sluit aan bij voorkennis en gezondheidsvaardigheden (rekening houdend met kennis- en communicatieniveau): eenvoudig taalgebruik, niet te veel informatie in één keer				De uitwisseling van informatie is eenzijdig en sluit niet aan bij gezondheidsvaardigheden, er is sprake van zenden	
4.3	Maakt effectief gebruik van ondersteunend materiaal				Maakt geen effectief gebruik van ondersteunend materiaal	Gebruikt materiaal: N.v.t. Y
4.4	Identificeert kennishiaten, rectificeert misvattingen en speelt hierop in indien aanwezig				Identificeert kennishiaten en misvattingen niet, rectificeert misvattingen niet indien aanwezig	N.v.t. Y
4.5	Vraagt door waar nodig				Vraagt niet door waar nodig	
4.6	Maakt waar nodig gebruik van diverse gesprekstechnieken zoals: samenvatten, parafraseren, reflecties, concretiseren, schetsen scenario's				Past geen gesprekstechnieken toe zoals samenvatten, parafraseren, reflecties, concretiseren, scenario's	
4.7	Toetst of zwangere (en partner) de informatie begrepen heeft				Toetst niet of zwangere het begrepen heeft	
4.8	Stelt open vragen (zonder richting te geven informatie achterhalen, objectief, helder, eenduidig, duidelijk, relevant)				Stelt alleen gesloten vragen	
4.9	Geeft ruimte voor stellen van vragen				Geeft geen ruimte voor stellen van vragen	

Opmerkingen beoordelaar over gespreksvaardigheden:

Samenvattend eindoordeel/overige opmerkingen beoordelaar bij gesprek:

Bijlage 3 Vragenlijst voor prenatale counselors: counselingsachtergrond

1. In welke setting bent u (het meest) werkzaam?

☐ Eerstelijns verloskundige

☐ Klinisch verloskundige

☐ Echoscopist

☐ Verpleegkundige

☐ Gynaecoloog

☐ Arts-assistent gynaecologie

☐ Anders, namelijk: _____

2. Hoe lang werkt u als counselor prenatale screening?

___ jaar

3. Waar werkt u voornamelijk?

☐ Duopraktijk

☐ Solo/Caseload praktijk

☐ Groepspraktijk met één team

☐ Groepspraktijk met meerdere teams

☐ Echocentrum

☐ Ziekenhuis tweedelijns

☐ Ziekenhuis derdelijns

☐ Anders, namelijk: _____

4. Binnen welke regio bent u werkzaam (contract)?

☐ Stichting Prenatale Screening Noord-Holland (SPSNH)

☐ Stichting Prenatale Screening Randstad-Midden (SPSRM)

☐ Stichting Prenatale Screening Regio Nijmegen (SPN)

☐ Stichting Prenatale Screening Regio Noord-Oost Nederland (SPSNN)

☐ Stichting Prenatale Screening Regio Utrecht en omstreken (SPSRU)

☐ Stichting Prenatale Screening Zuidoost Nederland (SPSZON)

☐ Stichting Prenatale Screening Zuidwest Nederland (SPSZN)

☐ Anders, namelijk: _____

5. Hoeveel counselors zijn er werkzaam in uw praktijk/ziekenhuis?

___ counselors

6. Hoeveel counselinggesprekken heeft u zelf vorig jaar (2024) gevoerd? (geef schatting)

___ gesprekken

De volgende vragen gaan over de behaalde accreditatiepunten in het deelregister Prenatale Screening tot nu toe. Bekijk hiervoor uw Dossier Counseling Prenatale Screening 2022-2026 in het kwaliteitsregister van de KNOV/NVOG.

7. Welke bijscholingen en e-learnings heeft u in de afgelopen 2 jaar (2023-2024) gevolgd voor prenatale screening? En voor hoeveel punten?

Scholingen Kennis counseling PNS

___ punten

Scholingen Vaardigheden counseling PNS

___ punten

Scholingen Reflectie counseling PNS

___ punten

Heeft u de e-learning counseling PNS RIVM gevolgd?

☐ Ja

☐ Nee

Heeft u nog andere relevante scholing gevolgd?

8. Ervaart u belemmeringen in het uitvoeren van het counselingsgesprek prenatale screening? Selecteer welke van toepassing zijn.

☐ Nee, ik ervaar geen belemmeringen

☐ Gebrek aan oefening

☐ Gebrek aan kennis, toelichting: _____

☐ Gebrek aan vaardigheden, toelichting: _____

☐ Gebrek aan middelen, toelichting: _____

☐ Gebrek aan tijd/geschikt moment naast andere taken

☐ Aansluiten op verschillende levensovertuigingen

☐ Aansluiten op verschillende gezondheidsvaardigheden

☐ Gebrek aansluiting training/onderwijs op de praktijk, toelichting:

☐ Gebrek aansluiting kwaliteitseisen op de praktijk, toelichting:

☐ Anders, namelijk:

9. Tot slot willen we u vragen in hoeverre u het eens bent met de volgende uitspraken?

	Helemaal mee oneens	Mee oneens	Niet mee oneens, niet mee eens	Mee eens	Helemaal mee eens	Weet ik niet
Ik vind het goed dat de NIPT aangeboden wordt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind het goed dat de 13 weken echo aangeboden wordt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik vind het goed dat de 20 weken echo aangeboden wordt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ik heb veel affiniteit met het onderwerp counseling voor prenatale screening.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Bijlage 4 Vragenlijst behorend bij de gemaakte opname counselingsgesprek

1. Op welke datum is het gesprek gevoerd?

__(dag) __(maand) 20__ (jaar)

2. Op welke datum is deze vragenlijst ingevuld?

__(dag) __(maand) 20__ (jaar)

3. Wanneer vond de counseling plaats?

☐ Tijdens de intake

☐ Direct na de intake, in een apart gesprek

☐ Tijdens een apart gesprek, op een andere datum los van de intake

☐ Anders, namelijk: _____

4. Wie was/waren bij het gesprek aanwezig?

☐ Counselor

☐ Zwangere

☐ Partner

☐ Familielid

☐ Verloskunde student/stagiair

☐ Tolk

☐ Anders, namelijk: _____

5. Leeftijd zwangere:

__ jaar

6. Zwangerschapsduur:

__ weken + __ dagen

7. Pariteit:

☐ Primipara

☐ Multipara

8. Hoogst genoten opleiding zwangere:

☐ Geen, lagere school

☐ LBO, MAVO

☐ VMBO

☐ MBO, HAVO, VWO

☐ HBO, Universiteit

☐ Anders, namelijk: _____

9. Tot welke bevolkingsgroep behoort de zwangere:

☐ Nederlands

☐ Turks

☐ Marokkaans

☐ Surinaams

☐ Antilliaans

☐ Anders, namelijk: _____

10. In welk land is de zwangere geboren?

11. Welke informatiematerialen over prenatale screening zijn voor het gesprek aangeboden aan de zwangere? Meerdere antwoorden mogelijk

☐ Gedrukte Folder: de NIPT, 13 wekenecho en 20 wekenecho

☐ Link naar de digitale Folder: de NIPT, 13 wekenecho en 20 wekenecho

☐ Link naar de animatievideo NIPT

☐ Link naar de animatievideo 13 wekenecho en 20 wekenecho

☐ Folder: Zwanger!

☐ Website pns.nl

☐ Weet ik niet meer

☐ Anders, namelijk: _____

12. Welke informatiematerialen over prenatale screening zijn voor het gesprek geraadpleegd door de zwangere? Meerdere antwoorden mogelijk

☐ Onbekend

☐ Niets geraadpleegd

☐ Gedrukte Folder: de NIPT, 13 wekenecho en 20 wekenecho

☐ Link naar de digitale Folder: de NIPT, 13 wekenecho en 20 wekenecho

☐ Link naar de animatievideo NIPT

☐ Link naar de animatievideo 13 wekenecho en 20 wekenecho

☐ Folder: Zwanger!

☐ Website pns.nl

☐ Anders, namelijk: _____

13. Waren er, zover u kunt inschatten, communicatie barrières tijdens het gesprek?

☐ Nee

☐ Ja namelijk (meerdere antwoorden mogelijk):

☐ Fysieke barrière(s) zoals misselijkheid, slechthorendheid. Toelichting:

☐ Mentale barrière(s) zoals stress. Toelichting:

☐ Beperkte gezondheidsvaardigheden of laaggeletterdheid. Toelichting:

☐ Taalbarrière. Toelichting:

☐ Anders, namelijk:

14. Keuze zwangere m.b.t. NIPT:

☐ NIPT zonder nevenbevindingen

☐ NIPT met nevenbevindingen

☐ Geen NIPT

☐ Weet het nog niet

15. Keuze zwangere m.b.t. eerste trimester SEO (13 wekenecho):

☐ Wel 13 wekenecho

☐ Geen 13 wekenecho

☐ Weet het nog niet

16. Keuze zwangere m.b.t. tweede trimester SEO (20 wekenecho):

☐ Wel 20 wekenecho

☐ Geen 20 wekenecho

☐ Weet het nog niet

17. In hoeverre bent u het eens met de volgende uitspraken?

		Helemaal mee oneens	Mee oneens	Neutraal	Mee eens	Helemaal mee eens	Weet ik niet
1.	Geloof/levensovertuiging van de zwangere speelde een grote rol bij de keuze deelname screening.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2.	De zwangere had vóór het counselingsgesprek al een beslissing gemaakt over prenatale screening.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3.	De zwangere wist vóór het gesprek al veel over prenatale screening.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. De zwangere is akkoord dat het opnamegesprek gebruikt mag worden voor aanvullend wetenschappelijk onderzoek (zie toestemmingsformulier zwangere)

☐ Ja

☐ nee

Eventuele opmerkingen of andere relevante informatie over het gesprek:
