Is het tijd voor verandering in de opvolging van zwangerschapsdiabetes?

**2016**

Diana Moll

00047421

Iris van de Velde & Vanessa de Bock

20 mei 2016, Axel

Bachelor in de verpleegkunde





Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere manier dan ook, zonder voorafgaand schriftelijk toestemming van de auteur.

All rights reserved. No portion of this thesis may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means – electronic, mechanical, photocopy, recording or any other except for brief quotations in printed reviews, without the prior written permission of the author.

# Voorwoord

Voor u ligt het afstudeeronderzoek voor de opleiding Bachelor verpleegkunde. Deze opleiding wordt aangeboden door de HZ University of Applied Sciences te Vlissingen. Dit onderzoeksrapport beschrijft de ervaring die vrouwen hadden met zwangerschapsdiabetes in ziekenhuis “de Honte” in Terneuzen. Dit onderzoek is tot stand gekomen door een vorig literatuuronderzoek wat gemaakt is voor de opleiding Bachelor Vroedkunde te Merksem. Dit onderwerp was voor mij een ideale combinatie tussen verpleegkunde en verloskunde. Daar waar diabetes een verpleegkundig onderwerp is en dit in combinatie met de zwangerschap dat gerelateerd is aan de verloskunde. Beide beroepen spreken mij erg aan. Doch merk ik dat mijn hart het meest in de verloskunde ligt.

Iedereen die heeft bijgedragen aan het tot stand komen van dit rapport wil ik bedanken voor hun inzet en steun. Zonder hen was het erg lastig om dit onderzoek uit te voeren en uit te werken. In het bijzonder wil ik Iris van de Velde bedanken, mijn afstudeerdocent die altijd met een kritisch oog naar mijn documenten keek en tijd vrij wilde maken voor een gesprek. Ook wil ik Hellen Haak, verloskundige in het Zorgsaam ziekenhuis, bedanken voor de medewerking aan dit onderzoek. Verder wil ik Arianne Verpoorte, zorgcoördinator van de verlosafdeling, in het bijzonder bedanken voor de tijd en betrokkenheid die zij toonde tijdens dit onderzoek. De secretaresse heeft een belangrijke rol gespeeld met het opzoeken van de adressen en gegevens, ook hiervoor mijn dank. Natuurlijk wil ik alle vrouwen bedanken die mee wilden werken aan het onderzoek. Hun openheid en bereidwilligheid heb ik erg gewaardeerd.

Ik wil Cynthia bedanken voor de hulp en steun die ze geboden heeft toen ik het even niet meer zag zitten. Ook Lisa heeft me erg geholpen met dit kwalitatieve onderzoek waar ik totaal niet mee bekend was. Mijn dank is groot!

Ik wens u veel plezier met het lezen van mijn onderzoeksrapport.

Diana Moll

Axel, mei 2016

#

# Samenvatting

AANLEIDING: zwangerschapsdiabetes of gestationele diabetes mellitus (GDM) is een veel voorkomende ziekte tijdens de zwangerschap. Deze ziekte zal door de ongezonde leefstijl toenemen. De ziekte brengt risico’s voor moeder en kind met zich mee. Deze risico’s kunnen worden verminderd door een goede opvolging van GDM. De behandeling van GDM bestaat uit het reguleren van de bloedglucose waarde met een dieet en/of eventuele medicatie in combinatie met de echografische opvolging van de foetus op groei en hoeveelheid vruchtwater. Er is geen eenduidigheid over de opvolging van GDM want er zijn verschillende richtlijnen beschikbaar. Uit eerdere onderzoeken is gebleken dat de opvolging van GDM op sommige punten verbeterd kan worden. Een belangrijke vraag die hierbij gesteld kan worden is hoe de vrouwen de opvolging van GDM ervaren. De onderzoeksvraag luidt daarom: “Hoe ervaren zwangere vrouwen, die opgevolgd zijn in Ziekenhuis “de Honte” in Terneuzen, de opvolging van zwangerschapsdiabetes?”

METHODE: Er is kwalitatief onderzoek uitgevoerd door middel van semigestructureerde interviews. Zes vrouwen die opgevolgd zijn in het ziekenhuis ‘de Honte’ in Terneuzen tussen het jaar 2014 en 2016, zijn geïnterviewd waarbij er gebruik is gemaakt van een topiclijst. De data-analyse is gedaan aan de hand van de stappen die Baarda beschrijft in ‘Basisboek Kwalitatief Onderzoek’. Transcripten zijn geschreven en tekstfragmenten zijn gemaakt die vervolgens zijn gelabeld en geordend. Tot slot zijn uit de labels kernlabels naar voren gekomen. De resultaten zijn aan de hand van de kernlabels geschreven.

RESULTATEN: Met betrekking tot de informatie die de vrouwen krijgen, geven de vrouwen aan dat er voldoende informatie gegeven wordt over de diagnose. Echter wordt er informatie gemist over de medicatie en de risico’s die GDM met zich meebrengt en voornamelijk over het post partum gedeelte en de kans op het ontwikkelen van diabetes mellitus type twee wordt informatie gemist. De folders die mee worden gegeven aan de vrouwen worden niet bekeken of er staat niet de juiste informatie in. Veel informatie wordt op internet opgezocht. De diabetesverpleegkundige komt positief naar voren in dit onderzoek. De ondersteuning thuis vinden de vrouwen belangrijk. Het dieet wordt als erg moeilijk en belemmerend ervaren door de vrouwen. Ook de dagcurves worden als vervelend ervaren. Het doormailen van de dagcurves zorgde voor minder persoonlijk contact. De begeleiding van de GDM kon volgens de vrouwen wat intensiever maar de zorg over het algemeen werd als positief ervaren.

DISCUSSIE: Opvallend aan dit onderzoek is dat er informatie gemist wordt over onder andere de kans op diabetes mellitus type twee(DM2) waardoor sommige vrouwen met DM2 gemist worden. Er wordt door de vrouwen aangegeven dat er een aangepast consult moet komen om de juiste informatie te krijgen. Het is de vraag of dit in deze tijd van bezuinigingen te realiseren is.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN:Informatie wordt gemist bij de opvolging van GDM. De opvolging post partum is minimaal. Huisartsen en vrouwen die GDM hebben gehad moeten geïnformeerd worden over de post partum opvolging en hier zelf het initiatief in nemen. Een aparte site voor informatie gericht op het ziekenhuis is eveneens een aanbeveling. Eenduidigheid over de opvolging van GDM is noodzakelijk. Verder onderzoek is nodig.

# Abstract

RESPONSE: Gestational diabetes mellitus (GDM) is a common disease during pregnancy. This

disease will increase by living an unhealthy lifestyle. The disease involves risks for mother and child. These risks can be reduced by proper monitoring of GDM. The treatment of GDM is to regulate blood glucose levels with a diet and / or any medication in combination with the

ultrasonographic monitoring of the fetus on growth and amount of amniotic fluid. There is no

clarity about the monitoring of GDM because there are different guidelines available. Previous studies have shown that the follow up of GDM can be improved in some aspects. An

important question that can be asked is how women experience the follow up of GDM. The

research question therefore is: How do pregnant women, who have received follow up in Hospital ‘De Honte’ located in Terneuzen, experience the follow up of gestational diabetes?

METHOD: A qualitative analysis was carried out through semi-structured interviews. Six

women who have received follow up in the hospital, “de Honte” in Terneuzen between 2014 and 2016, were interviewed using a topic list. Based on the steps Baarda describes in ‘Basisboek Kwalitatief Onderzoek’, data analysis was carried out. Transcripts have been written out and text fragments have been labeled and subsequently ordered. As a result from labeling, essential labels emerged. The results were written based upon the essential labels.

RESULTS: Regarding the information the women obtain, enough sufficient information is given concerning the diagnosis. However, information about the mediciation and the risks that GDM entails is missing, escpecially concerning the post partum part and the chance to develop diabetes mellitus type two. The flyers that are given to the women are not being looked at or they don’t contain the right information. Instead, they turn to the internet to find information. The diabetic nurse is positively reflected in this research.

The women consider the diet to be very difficult and bothering. Mailing the glucose levels to the diabetic nurse led to less personal contact. According to the women, the guidance could have been more intense but it was generally seen as positive.

DISCUSSION: Striking about this research is that there is information missing regarding the risk of getting diabetes mellitus type two, which causes for some women to be missed having DM2. It is indicated by the women that there should be an adapted consultation to get the right information. The question is whether this is accomplishable at this time of cutbacks in care.

CONCLUSIONS AND RECOMMENDATIONS: Information is missing in monitoring GDM. The

follow up post partum is minimal. GPs (General Practice doctors) and women who have had GDM should be informed about the post partum follow up and take the initiative of follow up themselves. A separate site for information directed to the hospital is also a recommendation. Clarity about the monitoring and follow up of GDM is necessary. Further research is needed.

Inhoud

[Inleiding 7](#_Toc451272743)

[Onderzoeksvraag 8](#_Toc451272744)

[Relevantie met de verpleeg-/verloskunde 8](#_Toc451272745)

[Leeswijzer 8](#_Toc451272746)

[1. Theoretisch kader 9](#_Toc451272747)

[1.1 Zoekstrategie 9](#_Toc451272748)

[1.2 Definitie en prevalentie van Zwangerschapsdiabetes 12](#_Toc451272752)

[1.3 Risico’s van GDM 12](#_Toc451272753)

[1.4 Screening van GDM 13](#_Toc451272754)

[1.5 Behandeling van GDM 14](#_Toc451272755)

[1.6 Opvolging van zwangerschapsdiabetes volgens de KNOV 14](#_Toc451272756)

[1.7 Onderzoek over ervaringen met GDM 15](#_Toc451272757)

[1.8 Samenvatting theoretisch kader 17](#_Toc451272758)

[2. Onderzoeksmethodiek 19](#_Toc451272759)

[2.1 Onderzoekstype en -ontwerp 19](#_Toc451272760)

[2.2 Onderzoekspopulatie 19](#_Toc451272761)

[2.3 Gegevensverzameling 20](#_Toc451272762)

[2.4 Dataverwerking en -analyse 23](#_Toc451272764)

[2.5 Betrouwbaarheid en validiteit 24](#_Toc451272765)

[2.6 Juridische en ethische aspecten 24](#_Toc451272766)

[2.7 Tijdsplanning 24](#_Toc451272767)

[3. Resultaten 25](#_Toc451272768)

[3.1 Veldwerk 25](#_Toc451272769)

[3.2 Diagnosticeren 29](#_Toc451272770)

[3.3 Informatie 29](#_Toc451272771)

[3.4 Ondersteuning 30](#_Toc451272772)

[3.5 Behandeling 31](#_Toc451272773)

[3.6 Begeleiding 32](#_Toc451272774)

[4. Discussie 33](#_Toc451272775)

[4.1 Interpretatie van de resultaten 33](#_Toc451272776)

[4.2 Sterke punten van het onderzoek 34](#_Toc451272777)

[4.3 Zwakke punten van het onderzoek 34](#_Toc451272778)

[5. Conclusie 35](#_Toc451272779)

[6. Aanbevelingen 37](#_Toc451272780)

[7. Bibliografie 39](#_Toc451272781)

[Bijlage I Begeleidende brief 41](#_Toc451272782)

[Bijlage II uitgetypt interview 43](#_Toc451272783)

[Bijlage III uitgewerkt interview 57](#_Toc451272784)

[Bijlage IV verwerkte gegevens interviews 63](#_Toc451272785)

# Inleiding

De prevalentie in Nederland van zwangerschapsdiabetes of gestationele diabetes mellitus (GDM) wordt geschat op 2-5% door de Koninklijke Nederlandse Organisatie voor Verloskundige (KNOV, 2013). Door de toenemende prevalentie van obesitas bij zwangere vrouwen zou de prevalentie van GDM stijgen (Courten de, 2012).

De risico’s die GDM met zich meebrengt zijn zowel maternaal als neonataal en zijn zowel op korte termijn als op lange termijn (Goulis, 2015). Studies hebben aangetoond dat het mogelijk is om de risico’s van GDM te verminderen als er een goede opvolging plaatsvindt (Courten de, 2012).

Zoals Moll (2015) beschrijft zijn er meerdere methoden om een zwangere te screenen op zwangerschapsdiabetes. Zo is er een selectieve screening waarbij enkel de zwangere vrouwen met risicofactoren voor GDM gescreend worden. Universele screening wil zeggen dat iedere zwangere vrouw gescreend wordt op GDM. Over deze screening methoden heerst nog discussie en is nog geen eenduidigheid. Zo zal er bij selectieve screening 30% van de vrouwen met GDM gemist worden, maar bij een prevalentie van minder dan drie procent wordt selectieve screening wel geadviseerd (Poomalar, 2015).

De behandeling van GDM bestaat in eerste instantie uit een koolhydraatarm dieet met glucosemonitoring, en bij voorkeur ook een advies om voldoende te bewegen. Daarom wordt na een vastgestelde GDM de zwangere doorverwezen naar een diëtist. Bij ongeveer 80% van de zwangere met milde GDM volstaat deze therapie (KNOV, 2013).

Het belangrijkste van de opvolging van vrouwen met GDM zijn de bloedglucose waarden en de echografische opvolging van de foetus, waarbij gekeken wordt naar hoeveelheid vruchtwater en groei van de foetus (Goulis, 2015). Zwangere vrouwen met GDM kunnen zelf leren de glucosewaarden te monitoren. Wanneer het dieet onvoldoende effectief is om de bloedglucose waarden te reguleren (in 10-20% van de gevallen) is insulinetherapie, en in het derde trimester soms orale glucoseverlagende medicatie, geïndiceerd. Dit vindt plaats in de tweede lijn (KNOV, 2013).

Omdat de behandeling van GDM voor een groot deel door de zwangere zelf gedaan wordt, is het van belang dat hier de juiste informatie en adviezen over gegeven worden. De zorgverlener zal hierbij een motiverende taak moeten hebben. Ook omdat GDM serieuze risico’s met zich meebrengt voor moeder en kind is het van belang dat de opvolging op de juiste manier gebeurd waardoor deze risico’s geminimaliseerd kunnen worden. De zwangere vrouwen met GDM kunnen zelf het beste aangeven of deze opvolging van GDM voldoende begrijpelijk en uitvoerbaar is. Eerdere onderzoeken over de ervaring van zwangere vrouwen met GDM geven aan dat deze opvolging volgens deze vrouwen nog kan verbeteren. Vooral de informatie die gegeven wordt tijdens de opvolging van GDM is niet duidelijk (Do, 2012). Ook wordt er aangegeven dat de kans op diabetes mellitus type 2 (DM2) groot is (60%) (Dunne, 2015), echter gebeurt ook deze opvolging matig waardoor niet iedere zwangere die GDM gehad heeft wordt gescreend op DM2 (Baldeweg, 2011 ). Dit onderzoek zal de ervaring van vrouwen met GDM omtrent de opvolging van zwangerschapsdiabetes in het Zorgsaam ziekenhuis te Terneuzen in kaart brengen. Door dit onderzoek zal duidelijk worden of er aanpassingen nodig zijn in de opvolging van GDM volgens de vrouwen die deelnamen aan dit onderzoek. Doordat vrouwen kunnen aangeven wat de barrières waren bij de opvolging van GDM, kunnen zorgverleners daar op inspelen en eventueel de zorg die zij bieden aanpassen om zo kwaliteit van zorg te verbeteren. Doordat dit onderwerp actueel is en de prevalentie van GDM stijgt is dit onderzoek relevant voor de toekomst.

## Onderzoeksvraag

Hoe ervaren zwangere vrouwen, die opgevolgd zijn in Ziekenhuis “de Honte” in Terneuzen, de opvolging van zwangerschapsdiabetes?

## Doelstelling:

Het doel van dit onderzoek was om inzicht te verwerven in hoe zwangere vrouwen de opvolging van GDM ervaren om zo inzicht te verkrijgen in de aangeboden zorg door ziekenhuis “de Honte” in Terneuzen en eventuele verbeterpunten te formuleren.

## Relevantie met de verpleeg-/verloskunde

Bij de opvolging van zwangerschapsdiabetes in het ziekenhuis komen verschillende disciplines aan bod. Zo ook een verpleegkundige en een verloskundige. Een onderzoek naar de ervaring met betrekking tot de opvolging van zwangerschapsdiabetes is relevant voor zowel de verpleegkundige als de verloskundige. De diabetesverpleegkundige zal zorg dragen voor de aanstaande ouders, wanneer zij na de diagnose op consult komen in het ziekenhuis, en zal hierbij kwalitatief goede zorg moeten leveren met betrekking tot zwangerschapsdiabetes. Ook zal de obstetrisch verpleegkundige kwaliteit waarborgen in de geleverde zorg tijdens de bevalling en kraambed. De opvolging van vrouwen met zwangerschapsdiabetes zal voor een deel door de verloskundige gedaan worden waarbij het ontwikkelen van kwalitatief goede zorg ook centraal staat. De ervaring van de zwangere vrouwen met GDM zorgt voor meer inzicht van de zorg die geleverd wordt door de zorgverleners in het ziekenhuis. Nieuwe inzichten naar aanleiding van dit onderzoek leiden mogelijk tot concrete aanbevelingen die de kwaliteit van zorg zullen verbeteren.

## Leeswijzer

Dit onderzoek zal eerst de achtergrondinformatie omtrent zwangerschapsdiabetes omschrijven in het theoretisch kader. In hoofdstuk twee zal de onderzoeksmethodiek van dit kwalitatieve onderzoek beschreven worden waarna in hoofdstuk drie de resultaten van het onderzoek beschreven staan. De resultaten worden in hoofdstuk vier bekritiseerd in de discussie. Uit de resultaten en discussie wordt een conclusie getrokken en worden aanbevelingen geformuleerd. Deze zijn te vinden in hoofdstuk vijf.

# 1. Theoretisch kader

Onderstaand hoofdstuk beschrijft het literatuuronderzoek, op welke wijze en waar de literatuur verkregen is. De zoekstrategie en desbetreffende bronnen worden inzichtelijk gemaakt in de zoekboom. Vervolgens wordt via de verkregen literatuur de achtergrond omtrent het onderwerp verder uitgewerkt.

## 1.1 Zoekstrategie

**Zoekvraag:** Hoe verloopt de opvolging van zwangerschapsdiabetes?

Om relevante literatuur te vinden zijn er verschillende combinaties van zoekwoorden gebruikt. Deze staan beschreven in tabel 1.

Tabel 1 combinaties van zoekwoorden

|  |  |
| --- | --- |
| Nederlands: | Engels: |
| Ervaring zwangerschapsdiabetes  | Experience GDM |
| Zelfzorg en zwangerschapsdiabetes  | Self management and GDM |
| Opvolging zwangerschapsdiabetes | Follow up and GDM |
| Zwangerschapsdiabetes,kansarmen, barrières, zelfzorg | GDM AND disadvantages AND barries AND self management |
| Voeding, ervaring en zwangerschapsdiabetes  | Nutrition AND experience AND GDM |

### Criteria

Om de meest recente literatuur te verkrijgen en een zo hoog mogelijke betrouwbaarheid en actualiteit te garanderen moest de literatuur aan een aantal eisen voldoen. Deze eisen staan beschreven in de inclusiecriteria:

* publicaties van het jaar 2011 – 2016.
* artikelen in het Nederlands of Engels.
* artikelen gaan over de ervaring met zwangerschapsdiabetes door de zwangere vrouwen/opvolging van zwangerschapsdiabetes/zelfzorg bij zwangerschapsdiabetes.

### Databases

Via de “systematic review” die gemaakt is voor de opleiding bachelor vroedkunde is meer inzicht verkregen in het onderwerp GDM. Vervolgens is gezocht naar gerichte informatie op verschillende databanken. Specifiek is er gezocht naar kwantitatieve onderzoeken om de kwalitatieve gegevens mee te vergelijken. Ook is er gekeken naar kwalitatieve onderzoeken. De volgende databanken zijn hiervoor gebruikt omdat deze medische wetenschappelijke artikelen verstrekken en Kennispoort Verloskunde is gericht op wetenschappelijke artikelen specifiek over verloskundige onderwerpen.

* Pubmed
* Kennispoort verloskunde

###

### zoekboom



Figuur 1 zoekboom

## 1.2 Definitie en prevalentie van Zwangerschapsdiabetes

Zwangerschapsdiabetes (GDM) wordt door de Koninklijke organisatie voor verloskundige (KNOV) gedefinieerd als een stoornis in de koolhydraatstofwisseling die ontstaat, of voor het eerst ontdekt wordt tijdens de zwangerschap. Hieronder vallen zowel niet eerder gediagnosticeerde, pre-existente diabetes mellitus, als hyperglycemie die voor het eerst ontstaat tijdens de zwangerschap (KNOV, 2013).

Het is moeilijk om de precieze prevalentie van zwangerschapsdiabetes in Nederland weer te geven. In de literatuur staan hier veel verschillende cijfers over. Volgens het KNOV wordt de prevalentie in Nederland geschat op 2-5% van alle zwangerschappen (KNOV, 2013). Deze cijfers zullen waarschijnlijk stijgen door de toenemende prevalentie van obesitas bij zwangere vrouwen, de verhoogde leeftijd van zwangere vrouwen en de migratie van werelddelen waar GDM veel voorkomt (Carolan, 2012).

In de zwangerschap vinden er twee basisveranderingen plaats in het lichaam van de vrouw. Ten eerste wordt glucose (“suiker”) door de placenta getransporteerd naar het embryo of de foetus. Glucose is voor de foetus immers de belangrijkste energiebron. Hierdoor is het hongergevoel van een zwangere te verklaren. Ten tweede treedt er in de tweede helft van de zwangerschap insulineresistentie op. Dit betekent dat de insuline die door het lichaam zelf wordt aangemaakt niet meer zorgt dat de glucose in het bloed verwerkt wordt en daardoor vrij blijft zweven in het bloed. Dit is te verklaren door de hormonen die vrijkomen tijdens de zwangerschap en door een stof die vrijkomt uit vetweefsel. Deze insulineresistentie zal dan ook meer uitgesproken zijn bij overgewicht en meerlingzwangerschappen. Insulineresistentie zorgt voor een gestoorde glucoseopname door de skeletspieren en zo tot een te hoge glucosewaarde in het bloed: hyperglycemie (Foulon, 2011).

## 1.3 Factoren om GDM te ontwikkelen en risico’s van GDM

Er bestaan enkele predisponerende factoren om GDM te ontwikkelen. Zo kan een eerder te groot kind, ook wel macrosoom genoemd, een bevorderende factor zijn. Ook kan iemand in de eerste graad familie met diabetes mellitus (DM), of een eerder doorgemaakte GDM een factor zijn. Een gestoorde nuchtere glucose waarde in het 1e trimester van de zwangerschap (de eerste twaalf weken) is ook een risicofactor om GDM te ontwikkelen (KNOV, 2013). Zoals hierboven beschreven kan overgewicht ook een risicofactor zijn. Obesitas is wereldwijd het grootste gezondheidsprobleem en geeft in de zwangerschap meer kans op onder andere GDM (Alzeidan, 2014). Foulon et al. (2011) geeft ook nog aan dat een hogere leeftijd een factor kan zijn om GDM te ontwikkelen.

Zwangeren gediagnosticeerd met zwangerschapsdiabetes hebben een verhoogde incidentie van negatieve maternele uitkomsten. Voorbeelden van deze negatieve uitkomsten zijn: pre-eclampsie, polyhydramnion en er is meer kans op een sectio (Goulis, 2015). Ook zijn het ontwikkelen van obesitas, metabole afwijkingen, cardiovasculaire aandoeningen en diabetes mellitus type twee (DM2) op latere leeftijd gevolgen die kunnen ontstaan door zwangerschapsdiabetes (Moll, 2015). Er zijn ook nadelige uitkomsten voor de foetus, pasgeborene en het kind op latere leeftijd. De foetus kan macrosoom zijn waardoor een traumatische bevalling kan plaatsvinden voor de foetus. Eenmaal geboren kan er bij de pasgeborene hypoglycemie optreden, hyperbillirubinemie en hypocalcemie (Goulis, 2015). Op latere leeftijd kan het kind diabetes, obesitas en het metabool syndroom ontwikkelen (Poomalar, 2015). Het vroegtijdig opsporen en behandelen van zwangerschapsdiabetes kan deze ernstige complicaties voorkomen (Moll, 2015).

## 1.4 Screening van GDM

De screening op zwangerschapsdiabetes verloopt uiteenlopend. Er kan gekozen worden om iedere zwangere vrouw te testen op GDM. Aan de andere kant kan er ook gekozen worden om alleen de zwangere vrouwen met risicofactoren om GDM te ontwikkelen te testen op GDM. Dit wordt universele en selectieve screening genoemd. Volgens het onderzoek van Moll (2015), is selectieve screening effectiever maar is de kans daarbij groter dat er diagnoses gemist worden. Recent onderzoek van Poomalar, G.K. (2015) geeft aan dat er bij selectieve screening 30% van de zwangere vrouwen met GDM gemist wordt en dat selectieve screening enkel wordt aangeraden wanneer de prevalentie van GDM minder dan drie procent is. Indien de prevalentie meer dan drie procent is, wordt universele screening geadviseerd. Volgens de KNOV (2013) is selectief screenen de meest gebruikelijke manier om GDM op te sporen in Nederland. De huidige richtlijnen bevelen aan om deze screening in het tweede trimester (tussen 24-28 weken zwangerschap) uit te voeren. Daarnaast dienen alle vrouwen die klinische aanwijzingen hebben voor een mogelijke GDM ook onderzocht te worden (KNOV, 2013).

De test die Hierbij gebruikt wordt is de Orale Glucose Tolerantie Test (OGTT). De OGTT bestaat uit het drinken van een glucosehoudend drankje waarna een bloedglucose waarde bepaald wordt. Deze bepaling gebeurt in nuchtere toestand, één en twee uur na het drinken van het drankje. Indien twee van deze waardes verhoogd zijn, wordt de diagnose van GDM gesteld (KNOV, 2013). Er kan ook gekozen worden om de glucose challenge test (GCT) eerst te doen voorafgaand aan de OGTT. Hierbij wordt er niet nuchter een glucosehoudend drankje gedronken waarna één bloedglucosewaarde wordt bepaald (Ackermann, 2014). De manier waarop de test wordt uitgevoerd is per regio verschillend. De KNOV adviseert om de screening met de OGTT uit te voeren zoals hierboven beschreven volgens de “International Association of Diabetes Pregnancy Study Groups” (IADPSG). Deze groep bestaat uit verschillende medische disciplines. Zij hebben vier belangrijke aanbevelingen benoemd voor het diagnosticeren van GDM (Ackermann, 2014):

* Indien er in het begin van de zwangerschap een hoge bloedglucose waarde wordt gemeten (>7.0mmol/l) kan er gesproken worden over diabetes mellitus type 2;
* Te hoge bloedglucose waarden samen met een risicofactor wordt gediagnosticeerd met GDM;
* Één afwijkende waarde van de OGTT is genoeg om GDM te diagnosticeren;
* De twee stappen test zou vervallen kunnen worden omdat de OGTT de voorkeur heeft om GDM te diagnosticeren.

Ackermann et al. (2014) adviseert om hoog risico vrouwen in het begin van de zwangerschap al te screenen op gemiste diabetes mellitus type twee (DM2). Ook adviseren zij om alle zwangere vrouwen met overgewicht een dieet voor te schrijven.

## 1.5 Behandeling van GDM

De behandeling van GDM bestaat in eerste instantie uit de bloedglucose waardes binnen de streefwaarden te houden en een echografische opvolging (Goulis, 2015). Dit houdt in dat de zwangere zelf haar bloedglucose waarde bepaalt door het gebruik van een glucosemeter. Vanwege het dieet zullen zwangere naar de diëtist verwezen worden. In ongeveer 80% van de milde gevallen volstaat deze behandeling (KNOV, 2013). Er is geen evidence based advies over de frequentie van deze glucosemonitoring maar de Nederlandse Vereniging Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) adviseert om minimaal tweemaal per week een dagcurve te bepalen. Als het dieet onvoldoende effect heeft om de glucosewaarden te reguleren, is insulinetherapie of orale glucoseverlagende medicatie, geïndiceerd (KNOV, 2013). Het hoofddoel van de behandeling is het reduceren van het geboortegewicht van de neonaat (Ackermann, 2014). Macrosomie is immers de meest voorkomende morbiditeit bij GDM (15-45%) (Poomalar, 2015). Echter zou het geboortegewicht gerelativeerd moeten worden. Een lang en dun kind kan evenveel wegen als een groot dik kind (Ackermann, 2014). De echografische controle, controleert de groei van de foetus en de hoeveelheid vruchtwater in de uterus. Dit is belangrijk om macrosomie en polydramnion uit te sluiten (Goulis, 2015).

Voor de 30-40% van de zwangere met GDM, waarbij de bloedglucose waarden te hoog zijn, is insuline therapie of orale glucoseverlagende medicatie geïndiceerd (Ackermann, 2014). Zwangere vrouwen met obesitas en GDM zullen vaker insuline nodig hebben dan zwangere vrouwen zonder obesitas. Vrouwen zonder obesitas redden het vaak met een dieet (Alzeidan, 2014).

Het inleiden van de baring wordt geadviseerd na 38-39 weken, met het oog op preventie van een te groot kind of een vastzittende schouder bij de geboorte. Ook wordt de kans op een overleden voldragen kind in de baarmoeder hiermee verminderd (KNOV,2013). In het onderzoek van Poomalar, G.K. (2015) staat beschreven dat het inleiden van de bevalling op 38 weken geadviseerd is maar dat er ook onderzoeken zijn waarbij 40 weken benoemd is. Een keizersnede zou volgens Poomalar alleen geïndiceerd zijn bij een geschat kind boven de 4500 gram.

Zes weken na de bevalling moeten de vrouwen die met GDM gediagnosticeerd waren opnieuw een bloedglucose waarde laten prikken om diabetes mellitus type twee DM2 al dan niet uit te sluiten (KNOV, 2013). Indien dit uitgesloten wordt, adviseert de KNOV om dit jaarlijks te laten checken. Wie er verantwoordelijk is voor deze opvolging is nog onduidelijk (Baldeweg, 2011 ). In het onderzoek van Baldeweg et al. (2011) wordt duidelijk dat minder dan de helft van de huisartsen (39%) vrouwen oproept voor een lange termijn opvolging. Ook adviseert maar 35% van de huisartsen de vrouwen om naar een lange termijn opvolging van GDM te gaan. Op deze manier worden er veel diagnoses van DM2 gemist (Baldeweg, 2011).

## 1.6 Opvolging van zwangerschapsdiabetes volgens de KNOV

De opvolging van zwangerschapsdiabetes kan op verschillende manieren gebeuren. Er zijn verschillende organisaties die allemaal hun eigen richtlijnen beschrijven (Ackermann, 2014). Voor Nederland zijn deze richtlijnen beschreven door de KNOV. De richtlijnen zijn adviezen aan zorgverleners en geen protocollen. Hierdoor ontstaan er verschillen in de manier van de opvolging. De opvolging gebeurd in de tweede lijn door de gynaecoloog/verloskundige, diabetesverpleegkundige/internist, diëtist en eventueel de huisarts.

De richtlijnen voor de opvolging van zwangerschapsdiabetes zijn door de KNOV opnieuw herschreven in maart 2015. In dit document staat de opvolging beschreven van de zwangerschap tot 6 weken na de bevalling.

Tijdens de zwangerschap zou volgens de KNOV eerst naar de risicofactoren gevraagd moeten worden voor zwangerschapsdiabetes in de anamnese. Indien deze aanwezig zijn zou er een Orale Glucose Tolerantie Test (OGTT) aangevraagd moeten worden. Dit alles speelt zich in de eerste 13 weken van de zwangerschap af.

Bij 24-26 weken zwangerschap zou er na een gestoorde OGTT, die dan wordt uitgevoerd, zwangerschapsdiabetes gediagnosticeerd zijn. Hierbij is er voorlichting gegeven over GDM en is de zwangere doorverwezen naar een diëtist, diabetesverpleegkundige en huisarts voor dieetadvies en bloedglucose controle. Bij goede bloedglucose waarde blijft de zorg in de eerste lijn. Streefwaarden van bloedglucose waarden zijn: nuchter ≤ 5,3 mmol/l, 1 uurswaarde ≤ 7,8 mmol/l en/of 2 uurswaarde ≤ 6,7 mmol/l capillair.

Bij 27-32 weken zwangerschap wordt er minimaal 2 keer per week een bloedglucose dagcurve geadviseerd. De groei van de foetus moet gevolgd worden, indien deze te groot wordt zal de zwangere in de tweede-lijn verder opgevolgd moeten worden. Hier zal ook de informatie gegeven moeten worden over het belang van snel starten met voeding bij de baby.

Bij de bevalling wordt er aangeraden om het kind zo snel mogelijk te voeden. Ook zal de bloedsuikerwaarde van de baby geprikt moeten worden indien deze een hoog geboortegewicht heeft of klinische verschijnselen van een hypoglycemie vertoond. De kinderarts neemt de zorg van de pasgeborene op zich.

Zes weken na de bevalling zou er een nuchtere bloedsuiker bepaald moeten worden bij de moeder. Deze zal door de verloskundige of huisarts beoordeeld worden. Er zal advies gegeven moeten worden over leefstijl en gezonde voeding. Bij een eventuele volgende kinderwens zal er vooraf een extra consult moeten plaatsvinden waarbij extra uitleg gegeven wordt over de kans op een volgende GDM. Er zal aan de huisarts geadviseerd worden om iedere één à twee jaar een controle van de bloedsuiker te doen bij de moeder.

## 1.7 Onderzoek over ervaringen met GDM

Om de gezondheidsbeleving van vrouwen met GDM in kaart te brengen zijn er verschillende kwalitatieve onderzoeken uitgevoerd.

Het onderzoek van Do et al (2012) beschrijft dat er veel angst en onzekerheid heerst bij vrouwen die net gediagnosticeerd zijn met GDM. Ook het onderzoek van Di Benedetto et al (2012) beschrijft de ontwikkeling van angst bij vrouwen met GDM.

Door de complicaties die op kunnen treden bij GDM is het van belang dat de vrouwen de taken van de behandeling, zoals bloedsuikers prikken en een dieet volgen met al dan geen medicatie, op de juiste manier opvolgen en naleven. In het onderzoek van Carolan et al (2012), wordt beschreven dat vrouwen de tijdsdruk het moeilijkste onderdeel vonden van de GDM. Er was te weinig tijd om goed te begrijpen hoe GDM behandeld moest worden. Deze tijdsdruk kwam ook naar boven in het onderzoek van Do et al (2012). Dit onderzoek benoemde het feit dat vrouwen het lastig vonden om voor hun bloedsuikers telkens naar het ziekenhuis te moeten. Wel wordt aangegeven dat telefonisch contact bij de opvolging van GDM helpt om bloedglucose waarde te doen zakken (Geranmayeh, 2015).

Een onderdeel van de behandeling van GDM is voldoende beweging. In het onderzoek van Carolan et al (2012) wordt fysieke beperkingen benoemd als belemmering om voldoende te kunnen bewegen. Hierbij wordt vooral bekkenproblemen benoemd.

In het onderzoek werden ook de sociale beperkingen beschreven. Zo bleken moeders problemen te hebben met het aanpassen van de voeding thuis. Dit zou extra kosten met zich meebrengen in het huishouden. Vrouwen geven ook aan dat het extra moeilijk wordt om zich aan een dieet te houden als er in de omgeving veel suikerhoudende voeding te vinden is (Carolan et al, 2012). In het onderzoek van Do et al (2012) wordt er door de vrouwen een gevoel van honger beschreven. De honger werd gelinkt aan het te weinig eten. Vrouwen begrepen niet goed hoe ze hun eetpatroon moesten aanpassen om goede bloedglucose waarden te krijgen. Er wordt wel beschreven dat de ondersteuning erg belangrijk is in het omgaan met GDM. Vrouwen geven aan dat de partner en andere familieleden de belangrijkste ondersteuners zijn voor de omgang met de GDM.(Di Benedetto et al, 2012).

De informatie die gegeven werd over de juiste bloedglucose waardes was niet duidelijk voor de vrouwen in het onderzoek van Do et al (2012). Deze vrouwen zochten de waardes daarom zelf op en bleek achteraf de waardes van diabetes type 2 te zijn wat heel anders is dan zwangerschapsdiabetes. Ook werd in dit onderzoek beschreven dat er verlangen was naar meer informatie over GDM. De vrouwen gaven aan dat dit vooral om de informatie over het dieet en de risicofactoren voor het kind zou gaan. De dokters waren vaak ook te druk om deze informatie begrijpelijk over te brengen op de patiënten. De vrouwen gaven aan dat ze zelf achter informatiebronnen aangingen om de behandeling te vergemakkelijken. Vrouwen geven aan dat ze graag in kleine groepen informatie zouden willen krijgen door middel van groepssessies (Do et al, 2012).

Ook het meten van de bloedsuikers wordt in het onderzoek van Do et al (2012) beschreven als een belemmerende factor. Het meten zelf werd door de vrouwen beschreven als iets engs. Het onderzoek van Di Benedetto et al. (2012) beschrijft ook dat vrouwen het erg moeilijk vinden om de bloedsuikers te controleren thuis.

Het was moeilijk voor vrouwen om GDM te begrijpen. Wat het met hen en de baby deed was soms niet duidelijk. Er werd hierbij informatie verstrekking gemist (Carolan et al, 2012). Ditzelfde probleem kwam naar boven in het onderzoek van Do et al (2012).

Vrouwen gaven in het onderzoek aan dat insuline een makkelijkere oplossing was om GDM te behandelen. Zij maakten zich geen zorgen om de lange termijn problemen na insuline gebruik en waren over het algemeen gelukkig met deze oplossing voor het huidige probleem (carolan et al, 2012). In het onderzoek van Di Benedetto et al. (2012) vinden vrouwen insulinetherapie juist angstig. Zij geloven dat het problemen verorzaakt bij het ongeboren kind.

In het onderzoek van Carolan et al (2012) kwam naar boven dat de vrouwen zich wel realiseerden dat de behandeling om de gezondheid van hun kindje ging en dat dit daarom ook motiveerde om door te gaan met de behandeling. Ze vonden psychologische ondersteuning van hun omgeving en de hulpverleners een erg belangrijk gegeven in de behandeling van GDM.

Op een bepaald moment kwamen de vrouwen erachter dat ze de behandeling van GDM echt zelf moesten doen.De vrouwen kwamen erachter dat ze hierdoor de kans op het ontwikkelen van diabets mellitus type twee (DM2) konden verkleinen. Dit motiveerde de vrouwen om zich aan de GDM richtlijnen te houden (Carolan et al, 2012).

## 1.8 Samenvatting theoretisch kader

Zwangerschapsdiabetes (GDM) is een stoornis in de koolhydraatstofwisseling die ontstaat, of voor het eerst ontdekt wordt tijdens de zwangerschap. De prevalentie in Nederland wordt geschat op 2-5% van alle zwangerschappen. Deze cijfers zullen waarschijnlijk stijgen door de toenemende prevalentie van obesitas bij zwangere vrouwen, de verhoogde leeftijd van zwangere vrouwen en de migratie van werelddelen waar GDM veel voorkomt . GDM neemt risico’s met zich mee voor moeder en kind, op de lange en korte termijn. Deze risico’s kunnen worden verminderd door een goede opvolging van GDM te bieden vanuit de hulpverleners. Er zijn verschillende richtlijnen voor de opvolging van GDM. Voor Nederland staan deze richtlijnen beschreven door de KNOV. Er is nog geen eenduidigheid over de opvolging van GDM doordat de protocollen verschillen per instelling. Er zijn verschillende onderzoeken gedaan naar ervaringen van vrouwen met GDM over de opvolging van GDM. Deze onderzoeken geven aan dat de vrouwen nog niet geheel tevreden zijn over de opvolging van GDM en dat aanpassingen nodig zijn voor een juiste opvolging van GDM.

#

# 2. Onderzoeksmethodiek

In dit hoofdstuk wordt de onderzoeksopzet beschreven. Hierin worden verschillende items beschreven zoals: onderzoekstype, onderzoeksontwerp, onderzoekspopulatie, dataverzameling, data-analyse, betrouwbaarheid en validiteit.

## 2.1 Onderzoekstype en -ontwerp

De hoofdvraag heeft geleid tot de keuze voor een kwalitatief onderzoek om dieper in te kunnen gaan op de ervaring en belevingen van vrouwen die gediagnosticeerd zijn met GDM en om met concrete aanbevelingen te kunnen komen. Er is gekozen voor een individueel interview omdat het voor de onderzoeker belangrijk is om naast feitelijke informatie ook subjectieve informatie te verkrijgen over de opvolging van GDM. Om gericht antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag is gekozen om semigestructureerde interviews af te nemen aan de hand van een topiclijst zodat er globaal een lijn in de interviews zit en dezelfde hoofdpunten bevraagd zijn (Verhoeven, 2014).

## 2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie omvat vrouwen die in het jaar 2014, 2015 of 2016 opgevolgd en bevallen zijn in het ziekenhuis in Terneuzen en gediagnosticeerd zijn met GDM tijdens deze zwangerschap. Op deze manier kan er in beeld gebracht worden wat de beleving is, met betrekking tot de opvolging van zwangerschapsdiabetes, bij deze vrouwen.

Er werd een steekproef uitgevoerd. De volgende inclusiecriteria werd gehanteerd:

* Vrouwen die opgevolgd en bevallen zijn in ziekenhuis de Honte in Terneuzen tussen het jaar 2014 en 2016;
* Vrouwen die tijdens de zwangerschap gediagnosticeerd zijn met GDM;
* Vrouwen die de Nederlandse taal beheersen omdat de gesprekken in het Nederlands gevoerd gaan worden;
* Vrouwen die meerderjarig zijn.

Er is via de eigen kenniskring één persoon geïnterviewd die aan deze inclusiecriteria voldeed. Later is er door de verloskundige een lijst verstrekt met 11 potentiële kandidaten voor het onderzoek.

## 2.3 Gegevensverzameling

De hoofdverloskundige van het Zorgsaam ziekenhuis in Terneuzen is benaderd met de vraag om gegevens van patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria van dit onderzoek. Hierbij is de zorgadministratie ingelicht en is er een geheimhoudingsverklaring getekend door de onderzoeker. Er is allereerst een brief verstuurd naar de verkregen adressen met daarin de vraag om medewerking aan het onderzoek te verlenen. Er diende een week na het ontvangen van de brief gereageerd te zijn. Indien dit niet het geval was, werd er op aanraden van de zorgadministratie nog eens gebeld naar de respondenten. Uiteindelijk hebben zes vrouwen hun medewerking aan het onderzoek gegeven. Deze medewerking is vastgelegd in een toestemmingsformulier wat alle vrouwen getekend hebben. Er werd eerst een proefinterview afgenomen om te kijken of de topiclijst volledig was en de bevraagde punten overeenkwamen met wat de respondenten vertellen. Dit proefinterview is uiteindelijk wel meegenomen in het onderzoek omdat deze van goede kwaliteit was en een meerwaarde was voor de data analyse. De interviews hebben bij de respondenten thuis plaatsgevonden. Dit zodat de afstand geen belemmerende factor zou zijn. Er is rekening gehouden met kinderen die op het moment van het interview aanwezig waren en andere belemmerende factoren zijn genoteerd in het logboek. Uiteindelijk heeft dit niet tot belemmering van het interview geleid. Er werden geluidsopnames gemaakt met toestemming van de respondenten. Eventuele factoren zijn vermeld boven elk uitgetypt interview.

### Topiclijst

Een topiclijst is opgesteld om de belangrijkste hoofdpunten van het onderzoek in het interview te verwerken en om zo vragen te kunnen stellen die relevant zijn voor het onderzoek. Er is gestart met een algemene vraag over de eigen ervaringen binnen de counseling op zwangerschapsdiabetes. Daarna is er specifieker op een onderdeel ingegaan. Deze manier van interviewen heeft meer kans op respons en vergroot de openheid van de respondenten bij het onderwerp (Baarda, de Goede, & Teunissen. 2005). De dataverzameling heeft plaatsgevonden door interviews af te nemen aan de hand van deze topiclijst. Tijdens de interviews is er gebruik gemaakt van de volgende topiclijst:

Start van het interview:

* Korte introductie waar het onderzoek over gaat: ‘Hoe ervaren vrouwen de counseling van zwangerschapsdiabetes tijdens de zwangerschap?’;
* Vraag om toestemming voor het opnemen van het interview;
* Uitleg over wat er met de data wordt gedaan en dat het anoniem wordt verwerkt. Ook wordt hierbij verteld waarom juist zij werd uitgenodigd voor deelname.

0. Hoe heeft u de opvolging van zwangerschapsdiabetes ervaren?

1. Hoe werd de zwangerschapsdiabetes bij u gediagnosticeerd?

 a. Hoe verliep de test?

 b. Welke mensen waren bij het **diagnosticeren** betrokken?

2. Kunt u vertellen welke **informatie** u hebt gehad?

 Wat denken de vrouwen dat aangepast moet worden binnen de informatievoorziening van zwangerschapsdiabetes, en hoe kan dit beter?

a. bijvoorbeeld de volgende **verbeterpunten:**
i. risico’s

 ii behandeling

 iii. post partum

3. Hoe verliep de behandeling van de zwangerschapsdiabetes?

 a. Werd er een dieet gevolgd of ook medicatie?

 i. Had u hier zelf inspraak over en werd u hierbij **ondersteund**?

 ii. Wat betekende dat voor u?

 b. Kunt u beschrijven hoe de planning van de behandeling er uit zag?

c. Hoe verliep de behandeling thuis?

4. Kunt u vertellen hoe de begeleiding verliep?

 Wat denken de vrouwen dat aangepast moet worden binnen de counseling op zwangerschapsdiabetes, en hoe kan dit beter?

 a. bijvoorbeeld de volgende **verbeterpunten:**
 i. Begeleiding

5.Wat had volgens u beter gekund en wat was al zeer goed geregeld binnen de counseling op zwangerschapsdiabetes?

 a. bijvoorbeeld de volgende **aanbevelingspunten:**

 i. Informatievoorziening

 ii. Behandeling

 iii. Hulpverlening

Deze topiclijst is gemaakt aan de hand van de hoofd- en deelvragen en is onderverdeeld in de volgende onderdelen: diagnosticeren, ondersteuning, verbeterpunten en aanbevelingspunten. Deze onderdelen zijn gekozen om een antwoord op de hoofdvraag te krijgen.

*Diagnose* Vraag 1

Er werd gevraagd naar de manier van diagnosticeren van zwangerschapsdiabetes. Dit om in kaart te brengen hoe de verloskundige zorg met betrekking tot counseling van zwangerschapsdiabetes in elkaar zit.

In Nederland zijn er veel verschillende werkwijzen voor het opsporen van diabetes gravidarum (ofwel Gestational Diabetes Mellitus, GDM). Afspraken over behandeling en begeleiding bij diabetes gravidarum verschillen regionaal. Bovendien circuleren er verschillende richtlijnen. Goede afstemming tussen de verschillende zorgverleners over opsporing en behandeling is nodig (KNOV, 2013).

*Informatie* vraag 2

Er werd naar informatievoorziening gevraagd om zo een beeld te kunnen scheppen van de kennis die de vrouwen hebben over GDM en wat ze hierin missen. In verschillende onderzoeken naar de ervaring van GDM bij vrouwen komt er naar voren dat er bepaalde informatie gemist wordt of niet begrepen wordt. Deze informatie is noodzakelijk om tot een goede behandelingsmethode te komen van GDM. Aangezien veel zwangeren de behandeling thuis ondergaan (Carolan, Di Benedetto & Do, 2012).

*Ondersteuning* Vraag 3

Er werd naar de ondersteuning gevraagd om zo een beeld te krijgen van de begeleiding die mensen krijgen tijdens de diagnose en behandeling van zwangerschapsdiabetes. Dit is een groot punt bij dit onderzoek. Dit omdat er naar de ervaring van de patiënt wordt gevraagd met betrekking tot de opvolging van zwangerschapsdiabetes. Zo kan een beeld geschept worden van de kwaliteit van zorg die gegeven is. De begeleiding van de zwangere is belangrijk voor het resultaat van de behandeling. Er wordt volgens de KNOV, (2013) een cliëntenvoorlichting besproken. Deze zou meer duidelijkheid moeten geven aan de patiënten.

*Verbeterpunten* Vraag 4

Er werd naar verbeterpunten gevraagd daar de zorg verbeterd kan worden op bepaalde punten volgens de respondenten van Carolan, Di Benedetto & Do, (2012). Dit onderzoek zal daarbij uitwijzen of de respondenten dit ook benoemen.

*Aanbevelingspunten* Vraag 5

De aanbevelingen van de mensen zullen sterk meegenomen worden in het onderzoek om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Aanbevelingen van de respondenten geven aan wat er moet veranderen in de opvolging van GDM op dit te verbeteren en zo de risico’s te verminderen van GDM.

##

## 2.4 Dataverwerking en -analyse

Nadat de interviews zijn afgenomen werden deze uitgetypt. Vervolgens werd de tekst doorgelezen en werd de niet-relevante informatie verwijderd. De interviews werden onderverdeeld in fragmenten. Dit is de aangewezen methode om een gedetailleerd beeld te geven van verschillende aspecten en verschillende onderwerpen (Baarda,2009).

De data analyse is in verschillende stappen gebeurd volgens Baarda et al. (2009). De geldigheid van de labels vaststelling is hierbij niet gebeurd in dit onderzoek. De uitgevoerde stappen staan hieronder beschreven:

1. Labelen: Na ieder interview werden er labels ontwikkeld zodat de labels nauw aansluiten op de daadwerkelijke tekst. Er zijn soms meerdere labels aan één fragment gekoppeld. Als richtlijn werd er geprobeerd om niet meer dan zes labels per fragment te koppelen. Aan de labels werd een letter en een teken toegevoegd zodat dit gemakkelijk en beter gecodeerd is;
2. Labels ruimtelijk ordenen en verbanden leggen: Na de labeling werden alle fragmenten met hetzelfde label in één categorie gezet en werd er gekeken of het label en de omschrijvingen overeenkwamen. Soms diende deze omgedraaid te worden omdat het label zonder de omschrijving niet goed weergeeft waar het betreffende deel van het interview over gaat;
3. Interpreteren en benoemen van de labelstructuur: De labels werden samengebracht tot kernthema’s. De kernthema’s zijn ontstaan nadat de labels zijn onderverdeeld aan de hand van de topiclijsten. Dit was afhankelijk van de daadwerkelijke inhoud van de interviews;
4. Het definiëren van de kernlabels: De kernlabels werden uitgelegd en gedefinieerd zodat het duidelijk is wat eronder werd verstaan in het kader van het onderzoek. De onderzoeksbegrippen werden omschreven;
5. Vaststellen van de intersubjectiviteit: Er is klassikaal naar de indeling van de fragmenten en labels gekeken. Ook is er blind opnieuw gelabeld en deze labels zijn vergeleken met die van de onderzoeker en kwam overeen. Dit vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek;
6. Het beantwoorden van de vraagstelling is gebeurd aan de hand van een hiërarchische ordening van de begrippen. Dit om aan te geven hoe belangrijk de gegevens zijn en in welke zin de gegevens belangrijk zijn;
7. Er is een codeboom gemaakt van de resultaten. Hierbij is de hiërarchische structuur aangehouden.

##

## 2.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Tijdens een onderzoek kunnen er ‘toevallige fouten’ worden gemaakt. De betrouwbaarheid van onderzoeksresultaten zegt iets over hoe vrij het onderzoek is van toeval. Om dit te kunnen nagaan moet het onderzoek herhaalbaar zijn. Om de betrouwbaarheid te verhogen is er eerst een proefinterview gehouden om zo de topiclijst te testen en te kunnen kijken of de bevraagde onderdelen daadwerkelijk factoren zijn die spelen bij de respondenten. Tijdens het afnemen van de interviews is er een onderzoeklogboek bijgehouden, waarin verantwoording werd afgelegd over alle onderzoekshandelingen zoals keuzes die gemaakt werden, maar ook veranderingen die aangebracht werden en de omstandigheden waarin het interview werd afgenomen (Verhoeven, 2010). Om de betrouwbaarheid van de onderzoeksgegevens te vergroten werden de interviews voorgelegd aan een andere HBO-student. Zij heeft de interviews onafhankelijk geanalyseerd en gelabeld. Elk interview heeft de bovenstaande stappen van data analyse doorlopen. Na het bundelen van de labels werd verder gegaan met de analysestappen. De labels van de interviews werden met elkaar vergeleken om te kijken of deze overeenkomen (Boeije, 2014).

Bij het nagaan van de validiteit (geldigheid) van het onderzoek werd er gekeken naar de echtheid, het waarheidsgehalte van het onderzoek. Hoe minder fouten, hoe meer de resultaten een afspiegeling van de werkelijkheid zullen zijn (Verhoeven, 2010). Om te kijken of het meetinstrument representatief is voor het meten van de onderwerpen die gemeten diende te worden, is er gekeken naar de constructvaliditeit. Deze werd in dit onderzoek nagegaan door middel van operationalisatie van de topiclijst. Er is gekeken of de subjectieve begrippen goed zijn omschreven en of het topic ook daadwerkelijk het juiste bevraagd/ meet. In paragraaf “dataverzameling” worden de topics van het meetinstrument onderbouwd vanuit wetenschappelijke literatuur. De interne validiteit is gewaarborgd door het opnemen van de totale bronpopulatie in het onderzoek. Systematische fouten door middel van ‘selectie’ zijn hiermee vermeden (Boeije, 2014; Verhoeven, 2010).

## 2.6 Juridische en ethische aspecten

Deelname aan het onderzoek was geheel vrijwillig. In verband met de Wet Bescherming Persoonsgegevens worden de gegevens voor analyse anoniem verwerkt. De interviews werden alleen met geluid opgenomen en werden niet gefilmd. De interviews kregen nummers waardoor de uitgeschreven interviews niet herleidbaar zijn. Twee weken na het behalen van een positieve beoordeling voor het praktijkgerichte afstudeeronderzoek zullen de geluidsopnames vernietigd worden. Het ziekenhuis in Terneuzen zal de individuele geluidsopnamen niet te horen krijgen. Wel archiveert het ziekenhuis de toestemmingsformulieren van de respondenten om mee te werken aan het onderzoek.

## 2.7 Tijdsplanning

De dataverzameling heeft plaatsgevonden tussen februari 2016 en maart 2016. In april en mei 2016 werd de data geanalyseerd en in juni zal er een presentatie gegeven worden over het onderzoek.

# 3. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek beschreven. Allereerst worden de kenmerken van de respondenten weergegeven, waarna de belangrijkste resultaten uit het onderzoek besproken zullen worden. In deze paragrafen worden citaten weergegeven, deze zijn te herkennen aan de cursief gedrukte tekst. In figuur één is de codeboom weergegeven. Hier staan de resultaten van het onderzoek schematisch weergegeven.

## 3.1 Veldwerk

Tijdens het onderzoek zijn er in totaal zeven mensen geïnterviewd. Hiervan is één respondent geëxcludeerd wegens het niet voldoen aan de inclusiecriteria. Er werd eerst een proefinterview afgenomen. Deze is geïncludeerd aan het onderzoek omdat dit interview van goede kwaliteit is en een meerwaarde voor de data analyse. Uiteindelijk bestaat dit onderzoek uit zes respondenten die allemaal van het vrouwelijke geslacht zijn. De interviews zijn afgenomen in de thuissituatie. Na de zeven interviews die zijn afgenomen is er verzadiging opgetreden. Verzadiging houdt in dat er tijdens de interviews geen nieuwe informatie meer naar voren komt (Verhoeven, 2010). De kenmerken van de geïnterviewden worden weergegeven in tabel 2.

Tabel 2 kenmerken geïnterviewden

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Respondent | Leeftijd | Hoeveelste kindje: | Risicofactoren voor GDM: | Doorverwezen vanuit: |
| 1 | 35 | 2 | Ja  | 2e lijn  |
| 2 | 28 | 1 | Nee | 2e lijn  |
| 3 | 36 | 3 | Ja | 2e lijn |
| 4 | 31 | 2 | Nee | 2e lijn  |
| 5 | 27 | 1 | Nee | 1e lijn  |
| 6 | 38 | 3 | Nee | 1e lijn  |

**Persoonlijke ervaringen van vrouwen met zwangerschapsdiabetes over de opvolging daarvan.**

diagnosticeren

informatie

ondersteuning

behandeling

begeleiding

test

bewustwording

doorverwijzing

Vies –

Gedoe –

Lang wachten -

Schrikken-

Falen –

Ernstig -

Ouder dan 30jr

Zwaarder dan gemiddeld

Kind is te groot

Glucosetolerantietest

Nuchtere bloedsuiker te hoog

Diagnose

Risico’s

Post partum

Diabetesverpleegkundige+

Folders –

Internet +

Voldoende info+

Weinig info –

Meer benoemen –

Zelf opgezocht +

Internet +

Geen info gehad-

Extreem matig –

Hoe weet ik dat ik er vanaf ben -

thuis

hulpverleners

Moeilijk –

Begrip +

Viel mee +

Diabetesverpleegkundige +

Diëtist \*

Verloskundige +

Gynaecoloog \*

Dieet

medicatie

Bloedsuikers prikken

Moeilijk –

Honger –

Constant nadenken –

Beperkt -

Eng –

Ongerust –

Viel wel mee+

Vervelend –

Verschrikkelijk –

Onhandig –

Makkelijk +

hulpverleners

communicatie

Weinig info –

Kan intensiever –

Positief+

Heel erg goed+

Super+

Mailen –

Weinig contact -

Figuur 2: schematische weergave van de resultaten

##

## 3.2 Diagnosticeren

Diagnosticeren houdt in, het vaststellen van de ziekte. Bij de geïnterviewde vrouwen gebeurde dit doormiddel van een orale glucosetolerantietest (OGTT) tussen de 24 en 28 weken zwangerschap. Voordat deze test gedaan werd, is er door de hulpverleners aan de hand van risicofactoren gekeken of het nodig was deze test te doen. De risicofactoren die benoemd zijn door de respondenten in dit onderzoek zijn: ouder dan 30 jaar, zwaarder dan gemiddeld, kind is te groot en eerder GDM gehad. Wanneer er geen van de risicofactoren aanwezig waren werd er gekeken naar de nuchtere bloedsuikerwaarde, wanneer deze te hoog was werden de vrouwen alsnog doorverwezen naar de OGTT. De test neemt ongeveer twee á drie uur in beslag. Meerdere van de respondenten gaven aan dat dit erg lang duurde: *R6: “Toen ben ik naar het ziekenhuis geweest en heb ik dat drankje ingenomen en toen bleek hij 8 te zijn na twee uur. Moest je twee uur in de wachtkamer wachten..pff….wat een feest”.*

Nadat de vrouwen te horen kregen dat ze zwangerschapsdiabetes hadden kwamen er bepaalde reacties naar boven bij de vrouwen. Veel van de respondenten zijn geschrokken van de diagnose. *R1:“Je hebt het gevoel dat je lichaam faalt“.*

## 3.3 Informatie

Tijdens de opvolging in het ziekenhuis kregen de zwangere vrouwen uitleg en informatie. Er werd informatie verkregen van de diabetesverpleegkundige over wat de ziekte inhield en hoe er mee om te gaan. De diabetesverpleegkundige is de persoon die de vrouwen vaak het eerst gezien hebben na de diagnose. De meeste vrouwen waren tevreden met de informatie die ze verkregen over de ziekte. Er werd voldoende informatie verkregen. De vrouwen kregen ook nog veel folders mee. *R6: “Ze hadden wel zo’n bordje in de dingen hangen met een lichaam, hoe het werkt met eten..jawel daar deden ze wel moeite voor hoor”.* Één respondent vond het allemaal wat te veel.

Veel respondenten hebben zelf thuis veel informatie opgezocht via internet uit eigen initiatief. Sommige kregen folders mee of konden deze downloaden via de site van het ziekenhuis. *R5:“Ehm heel eerlijk. Ik heb geloof ik twee foldertjes meegekregen die ik niet eens doorgelezen heb volgens mij. Er is in ieder geval niets blijven hangen daarvan”.* *R6:“Ik kreeg wel een foldertje mee, maar daar stond niet in, ja een beetje beknopt, maar niet de informatie die je moest hebben zegmaar”.*

Over de risico’s van zwangerschapsdiabetes wordt weinig gesproken volgens de respondenten. Er wordt benoemd dat het kind wat groter kan zijn en in enkele gevallen is de kans op diabetes mellitus type twee benoemd. De meeste respondenten haalden hun informatie omtrent de risico’s van internet. *R2:“ik heb gewoon heel veel op internet gekeken. Ik kreeg een internetverbod omdat ik mezelf helemaal gek maakte natuurlijk. Maar op internet staat wel wat er allemaal kan gebeuren als je niet, he als je je niet houdt aan die suikerdingen zegmaar. En dat heeft me heel veel gestimuleerd, zo van oke, niet te veel suiker eten want anders gebeurd dat en dat en dat met de baby. En dan vond ik, dat heeft me gesteund zegmaar”.*

Een respondent gaf als verbeterpunt het volgende aan: *R5:“ja toch wel iets meer de risico’s benoemen voor beide eigenlijk, voor moeder en kind”.*

De meerderheid van de vrouwen gaven aan dat ze het moeilijk konden begrijpen dat wanneer het kind geboren was de ziekte meteen weg was. De vrouwen gaven aan dat ze dit erg vreemd vonden. De vraag die de vrouwen hierbij stelden was: ‘Hoe weet ik dat ik er vanaf ben’?

*R3: “ik heb wel achteraf zoiets gehad van: hoe weet ik nou eigenlijk dat ik er zelf vanaf ben. Nadat ik bevallen was. Want het kindje controleren ze”.*

Na de bevalling is een klein deel van de respondenten verder opgevolgd door de huisarts. De overige vrouwen wisten niet van de nacontrole af of de kans op diabetes mellitus type twee, of hebben hier geen informatie over gekregen. Één respondent vindt het ook niet nodig om nog verder opgevolgd te worden en ziet wel hoe het verder verloopt. Op de vraag of de respondent gehoord hadden over de kans op het ontwikkelen van diabetes werd het volgende antwoord gegeven: *R2: “daar hebben ze niks over gezegd”.* De informatie werd als slecht ervaren: *R5: “ik vond het zeer matig moet ik eerlijk zeggen. Ja ik heb natuurlijk een klein beetje die achtergrond en mijn moeder met diabetes en dan weet je wel een klein beetje hoe en wat. Mijn schoonmoeder is doktersassistente dus die legt mij ook wel veel uit. Maar ik heb dat geluk dat ik die mensen heb op dat moment. Maar als je die mensen niet had gehad dan vind ik de informatie wel extreem matig tot bijna slecht. Zeker voor de opvolging na de bevalling, dat zeker wel.*

## 3.4 Ondersteuning

In dit onderzoek werd gesproken over de ondersteuning die de vrouwen kregen bij het omgaan met hun zwangerschapsdiabetes. Dit onderdeel is onderverdeeld in ondersteuning thuis en ondersteuning vanuit het ziekenhuis.

De diabetesverpleegkundige stond hoog aangeschreven bij de respondenten. Één respondent gaf aan dat dit ook de persoon was waar ze het meest aan gehad heeft: *R1: “Omdat die wel uitlegt hoe serieus het is en inderdaad ook met het verhoogd risico later”. R3: “..de diabetesverpleegkundige dat vond ik echt wel een hele aardige vrouw, die was echt wel erg vriendelijk en betrokken. En als je het niet weet mag je altijd bellen en als ik ergens vragen over had. En dan nog een keertje terug komen dat we nog een keertje kijken hoe het gaat”.*

De diëtist is de persoon die de vrouwen allemaal gezien hebben op één respondent na. Zij vond het niet nodig om naar een diëtist te gaan. Ze vertelde het volgende daarover: *R4: “nee want ik at weinig, ik hield ook heel weinig binnen en ik had zoiets van daar wordt mij precies hetzelfde verteld van ja een dieet gaan volgen waar geen suikers in zitten. En ik moet eerlijk zeggen dat als je dan al tegen het einde loopt van je zwangerschap en je komt dan nog in het riedeltje van diëtist en een gynaecoloog en je extra controles….dan heb je daar ook weinig zin in om weer naar het ziekenhuis te gaan en weer afspraken te moeten maken”.*

De overige respondenten gaven aan dat er wel in samenspraak met de diëtist naar de juiste middenweg gekeken werd om het dieet dragelijk te maken. Één respondent gaf aan dat ze de diëtist wel streng vond. *R1: “We zochten wel naar de goede middenweg, dat is heel belangrijk want ik lust ook echt niet alles. En dan wordt het best wel moeilijk. Want dan kunnen ze dingen voorschrijven want dat is dan het beste om te nemen. Maar als je dat gewoon echt niet weg krijgt dan is dat al een probleem natuurlijk”.*

De helft van de respondenten gaf aan dat het erg moeilijk was om thuis het leefpatroon aan te passen. Vooral de steun van de partner speelde hierbij een belangrijke rol. Het wordt lastig als de partner niet mee kan of wil doen met het speciale suikervrije dieet: *R3: “Ja, Bij de eerste was het wel heel moeilijk want die zat gewoon wel alles te eten natuurlijk. Echt zo erg dat hij zelfs in bed ging zitten snoepen, dat ik zo iets had van: doe je dit nou expres of wat is dit nou? En dan zei hij ook: ja daar kan ik toch niks aan doen dat jij dat niet mag. Ik zei nee, maar weet je hoe moeilijk dat is”.* De andere respondenten gaven aan dat ze genoeg steun kregen thuis en dat dit daardoor het proces ook wel vergemakkelijkte of geen behoefte aan steun hadden. Alles verliep normaal thuis en er waren weinig aanpassingen nodig: *R5: “Ik moet zeggen, we tillen er allemaal niet heel zwaar aan eigenlijk”.* De meeste respondenten geven aan dat ondersteuning tijdens zwangerschapsdiabetes wel nodig is om er beter mee om te kunnen gaan.

## 3.5 Behandeling

De behandeling van de respondenten is weergegeven in tabel drie.

Tabel 3 behandeling respondenten

|  |  |
| --- | --- |
| Respondent  | Behandeling |
| R1 | Dieet  |
| R2 | Dieet  |
| R3 | Dieet  |
| R4 | Dieet + insuline  |
| R5 | Dieet + Metformine |
| R6 | Dieet + Metformine  |

Alle respondenten moesten een suikervrij dieet gaan volgen. Daarnaast moesten alle respondenten hun bloedsuikerwaardes per dag bijhouden. Dit wordt ook wel een dagcurve genoemd. De helft van de respondenten kregen medicatie voorgeschreven. Metformine is een orale antidiabetica in de vorm van tabletten. Insuline is een injectie die de bloedglucose waarde doet zakken.

Het dieet, gaven de respondenten aan, was erg lastig en moeilijk te volgen. Er werd aangegeven dat het hongergevoel erg sterk was: *R2: “..moest ik echt opletten wat ik at enzovoort. En dat was wel heel vervelend want ik had wel heel erg honger tijdens mijn zwangerschap”.* Ook werd er aangegeven dat ze zich erg beperkt voelde door het dieet wat gevolgd moest worden: *R3: “ de diëtist vertelde gewoon van wat mag je wel, wat mag je niet, waar moet je op letten. Ja, dat vond ik best wel lastig de eerste keer want toen dacht ik dat ik gewoon helemaal niks meer kon eten. Want ja, eigenlijk zit er bijna overal suiker in”.* Een respondent gaf aan dat het geen probleem was om wat aan te passen in haar dieet. Een andere respondent heeft nauwelijks op haar eten moeten letten. Zij had prikdagen. Dit hield in dat ze niet elke dag haar bloedsuikers moest prikken waardoor ze niet op haar eten lette als ze niet moest prikken.

De helft van de respondenten moesten medicatie gebruiken. Over de tabletten werd aangegeven door een respondent dat daar informatie over gemist werd. Een andere respondent gaf aan dat het nemen van de tabletten allemaal mee viel. Het prikken van de insuline werd als eng ervaren. Ook werd aangegeven dat dit niet voorgedaan werd hoe er geprikt moest worden. *R4: “..toen moest ik gaan spuiten en toen had ik wel zoiets van, hoe moet ik dat gaan doen, jezelf gaan spuiten. Ja dat is gewoon eng. En ik vind wel dat ze daar weinig begeleiding in geven. Je krijgt maar een gesprek met de diabetesverpleegkundige en dan moet je dat in een poppetje gaan oefenen een keer en dan is het…eh..ja”. R4: “ik moest die Repo erbij gaan spuiten. Maar dat wordt dan ook gewoon gezegd, dat wordt niet voorgedaan. Er wordt gezegd in je buik aan de onderzijde en prik niet te vaak op dezelfde plek dus wissel het af. Voor de rest eigenlijk niks”. R6: “ik wist niet eens wat voor pillen ik moest gaan slikken. Ja ik heb het zelf opgezocht op Google”. “ja ik was toch wel ongerust. Ik moest medicijnen gaan slikken dat ik zo iets had van, zou het niet schadelijk zijn”.*

Alle respondenten moesten bloedsuikers prikken door middel van een vingerprik. Dit kon thuis gebeuren met een apparaat wat de respondenten mee kregen vanuit het ziekenhuis. De frequentie van het aantal dagcurves dat geprikt moest worden verschilde per respondent. *R5: “….ik vond het echt verschrikkelijk, maar het went wel”.*Ook werd het prikken van de dagcurve als onhandig ervaren. Er moest vaak ’s avonds laat nog geprikt worden terwijl de vrouwen dan eigenlijk al naar bed wilden.

## 3.6 Begeleiding

De respondenten kregen allemaal begeleiding van de hulpverleners in het ziekenhuis. Alle respondenten zijn naar de diabetesverpleegkundige geweest en de gynaecoloog. Bijna alle respondenten gingen naar de diëtist. Bij sommigen was de verloskundige nog in beeld voor consulten.

De helft van de respondenten gaf aan dat er weinig begeleiding gegeven is: *R5: “ik heb voor mijn gevoel dan weinig begeleiding gehad”.*De andere helft gaf aan erg tevreden te zijn over de zorg die zij ontvangen hebben vanuit het ziekenhuis: *R3: “en qua hulp vond ik eigenlijk wel dat het allemaal heel goed was geregeld eigenlijk. Ja, wat ik zeg, als ik iemand nodig had dan wist ik ze wel te vinden”.*

De communicatie tussen de hulpverleners en de respondenten verliep voornamelijk via mail wat de dagcurves betreft. Er werd hierover gezegd dat er meer persoonlijk contact mocht zijn en het mailen werd als negatief bestempeld: *R2: “Dat vond ik niet zo handig dat doormailen enzo.*  *R4: “ je hebt ook heel weinig contact. Het is eigenlijk alleen maar per mail stuur je eigenlijk door wat je waardes zijn die week”.*

# 4. Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten nader bekeken en bekritiseerd. De resultaten worden vergeleken met het literatuuronderzoek. Daarna wordt er kritisch gekeken naar het onderzoek waarbij sterke en zwakke punten beschreven worden.

## 4.1 Interpretatie van de resultaten

Het doel van dit onderzoek was om de ervaringen van de vrouwen omtrent zwangerschapsdiabetes in kaart te brengen en zo inzicht te krijgen in eventuele verbeterpunten van de opvolging van zwangerschapsdiabetes. Uit de resultaten komt naar voren dat de vrouwen over het algemeen tevreden zijn over de opvolging van zwangerschapsdiabetes in het ziekenhuis in Terneuzen. Ondanks het positieve dat benoemd wordt over het ziekenhuis is het belangrijk om aandacht te hebben voor enkele (discussie) punten. Opvallend aan dit onderzoek is dat er een stukje informatie gemist wordt over de kans op diabetes type 2 en andere risico’s en daardoor de opvolging van DM2 niet plaats vindt. In de theorie wordt gesproken over het missen van diagnoses bij selectieve screening als de prevalentie onder de 3% ligt. In Nederland is de prevalentie 2-5%. De vraag is ook hier of er niet overgestapt moet worden op universele screening. Echter zal een vervolgonderzoek moeten uitwijzen of dit kosteneffectief is voor Nederland. De respondenten geven aan niet geheel tevreden te zijn over de informatie die ze krijgen omtrent de opvolging van zwangerschapsdiabetes na de bevalling. Hierbij wordt aangegeven om de risico’s meer te benoemen. Tevens wordt als verbeterpunt benoemd om een apart consult in te richten waar vrouwen met al hun vragen heen kunnen gaan en extra informatie kunnen krijgen. De vraag is of dat in deze tijd, waarbij bezuinigingen in de zorg centraal staan, nog te realiseren is. Nationale protocollen voor de opvolging van zwangerschapsdiabetes zijn niet aanwezig waardoor de hulpverlener of de instelling dit op zijn eigen manier kan invullen. De richtlijnen die de KNOV aangeeft wordt hierbij dus niet volledig opgevolgd. De vraag luidt daarom of er geen vast protocol moet ontstaan voor de opvolging van zwangerschapsdiabetes om zo eenduidigheid te creëren en misverstanden te voorkomen. De onderzoeken van Do et al en Carolan et al (2012) gaven ook aan dat er informatie gemist werd omtrent de risico’s en het begrijpen van de ziekte. Dit laat ook zien dat dit probleem in meerdere landen voorkomt. Dit maakt ook duidelijk dat er eenduidigheid nodig is in de opvolging van GDM, zodat iedere zwangere met GDM de juiste informatie, adviezen en behandeling krijgt. Schokkend in dit onderzoek is de opvolging na de bevalling. De kans op DM2 wordt in de theorie besproken als ernstig. Echter gebeurd deze opvolging niet altijd. Verder onderzoek is zeker nodig om te kijken hoe het komt dat dit niet altijd gebeurd. De gemiste diagnoses zorgen voor een grotere kostenpost in de zorg. Doordat deze mensen met klachten uiteindelijk bij een arts komen en deze klachten hadden voorkomen kunnen worden of verminderd kunnen worden met een juiste opvolging. De respondenten geven wel aan dat de ziekte voor schokkende momenten zorgt in de zwangerschap. Door de uitleg die ze kregen omtrent de inhoud van de ziekte konden de vrouwen begrijpen hoe de ziekte in elkaar steekt. Er was zelfs een respondent die zei dat haar zwangerschap verpest was door deze ziekte. Dit geeft aan dat de meeste vrouwen het wel als ernstig ervaren. Ondersteuning hierbij zal dan ook belangrijk zijn. Dit geeft het onderzoek van Di Benedetto (2012) ook aan. De vrouwen geven ook aan dat het van persoon tot persoon verschilt hoe de zwangerschapsdiabetes ervaren wordt en hoe er mee omgegaan wordt. Opvallend in dit onderzoek is dan wel dat er aangegeven wordt dat er weinig begeleiding ervaren is vanuit het ziekenhuis terwijl alle respondenten aangeven dat ze deze begeleiding wel nodig hebben. Er kan niet automatisch vanuit gegaan worden door de zorgverleners dat deze vrouwen thuis opgevangen worden. De meerderheid vindt dat persoonlijk contact de voorkeur verleent boven het mailcontact. Het onderzoek van Gernmayeh.M. et al (2015) geeft aan dat telefonisch contact over de opvolging met betrekking tot de dagcurves zorgt voor betere bloedglucose waardes. Dit zorgt voor meer persoonlijk contact. De behandeling verschilt soms per persoon. Toch geven de vrouwen allemaal aan dat het dieet een moeilijk punt is van de behandeling. Dit geven de onderzoeken van Carolan, Di Benedetto & Do (2012) over de ervaring met GDM ook aan. Er zijn immers veel suikerhoudende producten op de markt en de suikervrije producten die er zijn wordt door de vrouwen ook als “onzin” omschreven.

## 4.2 Sterke punten van het onderzoek

* Dit onderzoek richt zich op de actualiteit. Zwangerschapsdiabetes is een steeds meer voorkomende ziekte. Vanwege de welvaart komt zwaarlijvigheid meer voor, dit is een grote risicofactor voor het ontwikkelen van zwangerschapsdiabetes;
* Er is verzadiging opgetreden tijdens het afnemen van de interviews. Met verzadiging wordt bedoeld dat er tijdens de gesprekken geen nieuwe informatie meer wordt vermeld en dit verhoogt de betrouwbaarheid van het onderzoek (verhoeven, 2010). Na de verzadiging zijn er nog 2 interviews afgenomen die nogmaals de bevindingen bevestigden. Dit verhoogt de betrouwbaarheid doordat er op deze manier minder toeval zal optreden;
* De resultaten van dit onderzoek zijn generaliseerbaar met andere onderzoeken die gedaan zijn omtrent de ervaring met zwangerschapsdiabetes. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van de resultaten doordat dit ook zichtbaar maakt dat het onderzoek herhaalbaar is en vrij van toeval. Ook geeft dit gegeven aan dat de validiteit van het onderzoek hoog is. Op deze manier kan er gezegd worden dat het onderzoek op waarheid gebaseerd is.

## 4.3 Zwakke punten van het onderzoek

* De ervaring met het afnemen van semigestructureerde interviews was niet aanwezig waardoor er in sommige gevallen dieper op antwoorden had kunnen ingegaan. Het doorvragen naar bepaalde antwoorden is niet altijd gebeurd. Dit maakt het onderzoek minder betrouwbaar doordat op deze manier het onderzoek niet vrijis van toeval;
* De antwoorden van de respondenten kunnen door de interviewer anders geïnterpreteerd worden dan eigenlijk bedoeld is. Ook dit zorgt voor verminderde betrouwbaarheid en validiteit doordat de geldigheid van het onderzoek zo verminderd wordt en er toeval kan optreden;
* Doordat er verschillende disciplines betrokken zijn bij GDM is het moeilijk een uitspraak te doen over de hulpverleners in het algemeen omtrent de begeleiding. Dit maakt het onderzoek moeilijk generaliseerbaar wat de uitspraak over de hulpverleners betreft. Daardoor zal de validiteit van het onderzoek minder zijn;
* De vraag is echter of de respondenten met elkaar vergeleken kunnen worden. Het aantal kinderen verschilt waardoor de kennis en ervaring van elkaar verschilt. Ook de leeftijd kan een rol spelen in het omgaan met GDM. Dit verlaagt op dezelfde manier als het vorige punt de validiteit.

# 5. Conclusie

In het volgende hoofdstuk zal de conclusie beschreven worden welke getrokken kan worden uit de onderzoeksresultaten van dit onderzoeksrapport. Het doel van dit onderzoek was om inzicht te krijgen in de ervaringen die vrouwen omschrijven omtrent de opvolging van zwangerschapsdiabetes in ziekenhuis “de Honte” te Terneuzen.

Uit de resultaten kan geconcludeerd worden dat de vrouwen over het algemeen tevreden zijn over de zorg die vanuit het ziekenhuis gegeven is. Wel wordt aangegeven dat er informatie mist omtrent de risico’s die zwangerschapsdiabetes met zich mee brengt. Sommige vrouwen worden na de bevalling niet meer opgevolgd. Verder wordt het dieet als erg moeilijk ervaren en het prikken van de bloedsuikers als onhandig en vervelend. De diabetesverpleegkundige geeft de vrouwen een goede ervaring omtrent de uitleg over zwangerschapsdiabetes. Zij werd als belangrijkste persoon ervaren tijdens de opvolging van zwangerschapsdiabetes. Het mailen van de dagcurve werd niet altijd als even positief ervaren. Er werd hierdoor persoonlijk contact gemist met de hulpverleners. De ondersteuning thuis was iets wat de vrouwen belangrijk vonden in de opvolging van zwangerschapsdiabetes. De ziekte wordt als ernstig bestempeld door de vrouwen en dat geeft aan dat er ondersteuning nodig is. De partner wordt hierin als belangrijkste persoon genoemd.

#

# 6. Aanbevelingen

**Praktijk:**

1. De folders die worden meegegeven vanuit het ziekenhuis worden niet altijd bekeken of begrepen door de vrouwen. Het zou kunnen helpen om iets meer tijd te nemen tijdens het consult bij de diabetesverpleegkundige om deze folders globaal een keer door te nemen. Ook het gebruik van internet kan helpen om informatie door te spelen. Er zou een aparte site ontworpen kunnen worden waarbij betrouwbare informatie vanuit het ziekenhuis te raadplegen is zodat vrouwen niet zelf op zoek moeten gaan naar informatie. Deze site is op de zorg en mogelijkheden van het ziekenhuis afgestemd zodat er gerichte informatie naar boven komt;
2. De opvolging na de bevalling moet verbeterd worden. De vrouwen zouden hier zelf verantwoordelijkheid in kunnen nemen door een afspraak met de huisarts in te plannen. Wel moeten de vrouwen geïnformeerd worden over de opvolging door de huisarts. Evenals de huisartsen moeten over de opvolging van GDM geïnformeerd worden;
3. De partner zou standaard bij het eerste gesprek bij de diëtist aanwezig moeten zijn zodat er begrip ontstaat en het volgen van het dieet iets makkelijker wordt gemaakt voor de vrouw in haar thuissituatie.

**Opleiding:**

1. Er moet een landelijk protocol ontwikkeld worden over de opvolging van zwangerschapsdiabetes. Zo ontstaat er eenduidigheid bij alle hulpverleners en ook duidelijkheid bij de zwangere vrouwen. Dit protocol zou in de opleidingen van alle betrokkene disciplines aan bod moeten komen.

**Verder onderzoek:**

1. Verder onderzoek zou de opvolging van de huisartsen verder kunnen uitdiepen. Dit is nodig om een beeld te kunnen scheppen over waar het probleem vandaan komt en hoe dit het beste aangepakt kan worden. Dit kan door een enquête te verspreiden over de huisartsen in Zeeuws Vlaanderen.

# 7. Bibliografie

Ackermann, E. C. (2014). Gestational diabetes: new criteria may triple the prevalence but effect on outcomes is unclear. *British journal of General practice*.

Alzeidan, R. F. (2014). the independent effects of maternal obesity and gestational diabetes on the pregnancy outcomes. *BMC Endocrine Disorders*.

Baarda, D., de Groede, M., & Teunissen, J. (2009). *Basisboek Kwalitatief onderzoek; Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek.* Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Baldeweg, S. H. (2011 ). Missed opportunities for diabetes prevention: post pregnancy follow up of woman with gestational diabetes mellitus in England. *British journal of general practice*.

Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek.* Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Bowers, K. D. (2011). physical activity before and during pregnancy and risk of gestational diabetes mellitus. *Diabetes Care*, 223-229.

Carolan, M. G. (2012). Woman's experiences of factors that facilitate or inhibit gestational diabetes self-management. *BMC pregnancy and childbirth*, 12:99.

Courten de, M. K. (2012). Health system and societal barriers for gestational diabetes mellitus (GDM) services-lessons from World Diabetes Foundation supported GDM projects. *BMC international Health and human rights*, 12-33.

Currie, S. D. (2013). reducing the decline in physical activity during pregnancy: a systematic review of behaviour change interventions. *PLOS*, 1-12.

Di Benedetto, A. D. (2012). Quality of life, wishes, and needs in woman with gestational diabetes: italian DAWN pregnancy study. *international journey of endocrinology* , 1-6.

Do, M. A. (2012). woman with gestational diabetes in Vietnam: a qualitative study to determine attitudes and health behaviours. *BMC pregnancy and childbirth*, 12:81.

Dunne, F. N. (2015). Type 2 diabetes after gestational diabetes: the influence of changing diagnostic criteria. *World Journal of Diabetes*, 234-244.

Foulon, W. H. (2011). *Handboek verloskunde.* Leuven: Acco.

Geranmayeh, M. H. (2015). Effects of telephone follow-up and blood glucose levels and post partum screening in mothers with gestational diabetes mellitus. *medical journal of the islamic republic of Iran*, 249-255.

Goulis, D. G. (2015). Comments on gestational diabetes mellitus: from pathophisiology to clinical practice. *Hormones*, 335-344.

KNOV. (2013). Factsheet Diabetes Gravidarum (GDM). *KNOV*, 1-11.

KNOV. (2015, maart 10). *time task matrix zorgproces Diabetes Gravidarum bij mild gestoorde OGTT.* Retrieved from KNOV: http://www.knov.nl

Moll, D. (2015). *wel vs niet screenen op zwangerschapsdiabetes.* Antwerpen: Artesis Hogeschool .

Poomalar, G. (2015). Changing trends in management of gestational diabetes mellitus. *World Journal of Diabetes* , 284-295.

Verhoeven, N. (2010). *Wat is onderzoek: Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs.* Den Haag: Boom Onderwijs.

#

# Bijlage I Begeleidende brief

Datum: 12-02-2016

Beste Mevrouw……………,

Mijn naam is Diana Moll. Ik volg de opleiding verpleegkunde en verloskunde in Vlissingen. Inmiddels ben ik afgestudeerd verloskundige en hoop ik dit jaar af te studeren als HBO-verpleegkundige. Om af te kunnen studeren moet ik een onderzoek doen. Ik loop op het moment stage in het Zorgsaam ziekenhuis in Terneuzen. Mijn onderzoek gaat over zwangerschapsdiabetes. Ik heb hier voor gekozen omdat ik dit een erg interessant onderwerp vindt waar naar mijn idee nog niet veel aandacht aan is besteed wat de ervaring van de vrouwen zelf betreft. Door deze ervaringen en meningen te delen, zou de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren.

Afgelopen jaar is er bij u zwangerschapsdiabetes geconstateerd. Omdat het ziekenhuis altijd streeft naar optimale zorg voor haar patiënten is het van enorm belang om de ervaring en beleving van uw opvolging te toetsen. Ik wil uw medewerking vragen aan een verdiepend onderzoek naar de kwaliteitsverbetering van de opvolging van zwangerschapsdiabetes. Het doel van het onderzoek is om meer inzicht te krijgen in uw ervaringen met de opvolging omtrent zwangerschapsdiabetes zodat hier een aanbeveling over geschreven kan worden. Zwangerschapsdiabetes komt steeds meer voor. Bij de behandeling wordt er veel van de zwangere zelf gevraagd. Het is daarom van belang dat het gegeven advies aan u, begrepen en uitgevoerd wordt.

De uitkomsten van het onderzoek worden voorgelegd aan het Zorgsaam ziekenhuis om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Ik ben erg benieuwd naar uw ervaringen en welke ideeën u heeft voor verbetering. Daarom wil ik u medewerking vragen om in gesprek te gaan met mij, waarin u uw ervaring en mening kwijt kunt. Dit gesprek kan in overleg bij u thuis plaatsvinden of op een andere locatie. Het gesprek zal geregistreerd worden door middel van een geluidsopname en zal uiteraard anoniem verwerkt worden.

Wanneer u interesse heeft wil ik u vragen om voor 17 februari contact op te nemen via: d.moll@zzv.nl

Indien u nog vragen heeft over bovenstaande of het onderzoek, dan kunt u contact opnemen via bovenstaand e-mailadres.

Alvast hartelijk bedankt voor uw medewerking.

Ik kijk uit naar uw reactie!

Met vriendelijke groet,

Diana Moll Bacheloropleiding Verpleegkunde/ Verloskunde

HZ University of Applied Sciences

Edisonweg 4

4382 NW Vlissingen

#

# Bijlage II uitgetypt interview

Interview Respondent 1: in dit interview staat I voor de interviewer en R voor de respondent.

* Afgenomen op 5 februari 2016 van 20.00u - 21.30u.
* Duur gesprek 44 minuten

I: Dus het onderzoek gaat over zwangerschapsdiabetes. En het gaat er vooral om..ehm..de ervaring van de counseling, dus hoe je bent opgevolgd vooral. Ehm.. als je het goed vindt dan neem ik het op. En de opnamegegevens worden verwijderd na 2 weken nadat het onderzoek is ingeleverd.

R: prima

I: Ehm. Naja waarom jij bent gevraagd, omdat je zwangerschapsdiabetes hebt gehad.

R:hmhm

I: en dat was in..wat zei je ookal weer in tweeduizend….

R: in 2013 begin 2014

I: want wanneer ben jij bevallen?

R: in mei 2014

I: mei 2014, ja. En dat was jou 2e kindje?

R: ja

I: ok

R: hou het op januari 2014, want ik zie dat ik ben beginnen prikken op 17 februari

I: ok, ja

R: dus dan zal het januari geweest zijn denk ik.

I: ja begin van je zwangerschap dan he, of wat bedoel je?

R: ja halverwege dan zegmaar.

I: ja, ja, ja dan wordt het gediagnosticeerd dan ja. Ok. En als je nu terugkijkt..ehm.. hoe heb je dat dan ervaren zegmaar. De hele opvolging?

I:expiriment zegmaar.

R:ja

R:ehm naja, in eerste instantie is het best wel schokkend. Omdat je echt wel zoiets hebt van: O wat gebeurd er nu.

I: Ja

R: en ehm.. de wijze waarop je dan door wordt verwezen, want dat was zo van: ok, je bent ouder dan 30, dus een risicofactor, je bent zwaarder dan gemiddeld das een risicofactor, en je kind is redelijk groot. Dus het is waarschijnlijk niks maar voor de zekerheid ga maar even een test doen dus wat is dat een glucose tolerantie test.

I: ja, ja

R: Dus dan ga je daar zo naar toe met het idee van: ja ok, ik weet dat ik al wat ouder ben, ok bedankt voor het feit. En eh dan heb je eigenlijk zoiets van het zal allemaal wel meevallen. Maar dan inderdaad dan wordt je getest en dan ja, blijkt het toch zo te zijn, blijken je waardes toch te hoog. En dat is dan wel even schrikken. En dan ehm, ja dan begint de begeleiding natuurlijk en in principe was het bij mij gewoon heel makkelijk: ehm, ik moest zelf ehm..gaan prikken dus dan moest ik naar zo’n ehm.. diabetesverpleegkundige..

I: hmhm

R: en die legde dan uit hoe dat dan werkt met zo’n prikapparaatje. En ehm.. ik moest dat gewoon elke dag bijhouden en dan moest ik ehm..me waardes doormailen. 1x in de week naar eh..naar het ziekenhuis naar de verloskundige en naja eigenlijk dat was het.

I: en door wie werd je dan opgevolgd?

R:ehm door de….volgens mij ging dat door naar de gynaecoloog. De gynaecoloog gaf elke keer, die gaf groen licht van de waardes zijn ok.

I: ja, en dat was 1 keer in de week?

R: 1 keer in de week ja

I: en op hoeveel weken kreeg jij dat te horen zegmaar dat je… dat je die test ongeveer moest doen.

R: ja ik denk halverwege de zwangerschap

I: ja

R: even kijken hoor..ehm.. 23 mei..dus zeg es… denk met 6 maanden ongeveer.

I:hmhm

R:zoiets

I:ja. En het was schrikken zei je. En hebben ze daar op ingespeeld of hoe hebben ze dat gedaan het feit dat jij daar van schrok. Hebben ze daar iets mee gedaan?

R: nee, maar dat komt ook gewoon thuis pas natuurlijk. Dat je even eh…op je gemakje zit en dat je denkt van: O, het is best wel ernstig

I: ja

R: dat je, ja, je hebt het gevoel dat je lichaam faalt. Heel eventjes dan. En dan, tuurlijk weet je, dat kan iedereen overkomen en….

I: heb je dat uitgelegd ook, hoe dat dan allemaal zit.

R: hoe het tot stand komt, ja, de diabetesverpleegkundige heeft dat allemaal uitgelegd. Met die sleuteltjes, die suiker, die insuline enzo.

I: ja, dus, dat is dan de informatie die je krijgt als je gediagnosticeerd wordt met zwangerschapsdiabetes

R: ja eh, de echte informatie heb ik eigenlijk alleen maar via de diabetesverpleegkundige gekregen.

I:ja

R: en eigenlijk via de verloskundige, nee

I: bijna niks verder..

R: ehm….nee. dat was meer zo van gaat het goed, zijn je waardes in orde ehm.. wel gewoon algemene vragen natuurlijk van: gaat het goed en heb je nog zorgen, maar echt specifiek over het zwangerschapsdiabetes nee eigenlijk niet.

I: maar zij bleef jou dus volgen

R: ja

I: je ging niet naar de gynaecoloog

R: daar speciaal voor niet..nee.. pas op het einde van de zwangerschap wel maar dat was omdat hij…hij werd erg groot.

I:ja, ok. En de test zelf? Want je bent dan bij de verloskundige geweest en zij heeft dan gezegd je hebt dat en je moet voor die test. Hoe verliep die test verder?

R: die test? Ja eh..das vies! Vooral..hahah

I: ja tuurlijk… das vies dat begrijp ik.

R: ja ehm.. gewoon goed, je moet dan naar het lab en je moet dan zo’n drankje op drinken. Dan heb je 1 bekertje leeg en denk je yes ik ben er.. en dan krijg je een 2e beker

I: en tussendoor prikken ze dan of niet?

R: ehm.. voor en na.. dus dan wacht je… anderhalf uur ofzo. 2 uur misschien moeten wachten. En dan prikken ze inderdaad nog eens. En dan moest ik ook urine afgeven.en ehm.. ja daar halen ze die waardes uit.

I: ja, dus je hebt maar 1x zo’n test gehad?

R: ja

I: Je moest niet nog een keer terug?

R: nee

I: ok, ehm.. dus als je kijkt naar wie jou gediagnosticeerd hebben dan waren daar de verloskundige bij, de diabetesverpleegkundige en de gynaecoloog heb je genoemd. Alledrie.

R: ja.

I: huisarts, had die er nog iets mee van doen, of niks? Alleen naar het ziekenhuis geweest

R: dat weet ik niet meer. Misschien dat ik een doorverwijs van hem heb gevraagd?

I: nog voor je zwangerschap of…

R: kweenie, volgens mij.. nee volgens mij de doorverwijzing, dat lab formulier wat ik toen kreeg was bij de verloskundige al.

I: ja

R:ja, dus de huisarts inderdaad, heeft daar verder eh.. toen der tijd niks mee, naderhand wel.. na de bevalling.

I: nee ok. Dus zij heeft jou eigenlijk aan de hand van je risicofactoren. Die 3 die jij noemde..

R: doorverwezen ja

I: ja ok, Dus je had geen eerdere kindjes met diabetes gehad?

R: nou, dat weet ik dus niet, want dat is ehm.. ik ben van de eerste in Knokke bevallen en daar is het volgens mij niet getest.

I: en ook niet gevraagd?

R: nee, en zij was echt wel groot. Zij was 4260 gram en 54cm.

I:ow, ja dat is inderdaad groot.

R: ja, dus ik heb zomaar een vermoeden dat ik het toen ook gewoon al had.

I: ja, ja dat kan.

R: maar ik weet natuurlijk niet of… nee

I: nee dat weet je niet dat klopt. En als je kijkt naar de informatie die je gekregen heb, vanuit als je het… gewoon alles bij elkaar pakt, alle informatie die je gekregen hebt. Kun je daar iets over vertellen?

R: ehm..ja.. van de diabetesverpleegkundige krijg je dan ook..eh.. wat meer informatie, toen kreeg ik ook al een boekje mee. en ehm.. je wordt ook doorverwezen naar websites he. Want kijk maar is op ehm.. wat is da.. [www.diabetes.nl](http://www.diabetes.nl) . en ik had dan speciaal zo’n boekje voor zwangerschapsdiabetes, omdat dat toch ook weer andere waardes zijn waar je dan rekening mee moet houden.. en ehm..ja voor de rest ehm..veel meer informatie heb ik volgens mij ook voor de rest niet gehad. Maar wel voldoende volgens mij.

I: wel voldoende naar jou idee?

R: ja

I: dat was genoeg om te kunnen doen wat je moest doen.

R: ja, ja

I: ok

R: het ging voornamelijk over hoe.. hoe moet je prikken, hoe vul je je boekje in..en wat zijn de waardes waar je tussen moet zitten.. en.. die informatie.. zegmaar de praktische informatie.

I: en over de risico’s bijvoorbeeld? Heeft ze daar iets over gezegd?

R: eh, ja er wordt natuurlijk uitgelegd dat je eh.. naderhand ook verhoogd risico hebt op diabetes type 2. Dus dat is dan ook wel even shocking.

I: en door wie wordt dat gezegd?

R: dat heeft de diabetesverpleegkundige verteld.

I: ok, ja

R: en ehm, ook is natuurlijk verteld dat op het moment dat je bevallen bent dan ben je er vanaf. Dat je denk: ok?

I: ja

R: en dat is dan blijkbaar ook zo…heel vreemd. En ze hebben dan ook wel uitgelegd dat dan de kleine ook eventjes getest moet worden op het moment dat die geboren is. Dat kwam dan zowel van de diabetesverpleegkundige als de verloskundige. En de gynaecoloog volgens mij ook want daar ben ik de laatste dagen nog geweest.

I:ja

R: en.. ik zit es te denke..ja volgens mij dat was et..van.. informatieverstrekking

I: ja, maar dus ook, want je noemt zelf al over de type 2 achteraf.. dus daar is wel..dat is wel benoemd dan?

R: maar dat is dan echt door de diabetesverpleegkundige genoemd.

I: ja

R: want die zit daar echt wel gewoon meer in. Dat merk je gewoon.

I:ja. Maar die gaat vooral over wat je zegt: het behandelen en hoe je dat aanpakt enz.. en hoe vaak ben je daar heen geweest? was dat elke week?

R: 1 keer

I: of gewoon 1 keer ben je bij de diabetesverpleegkundige geweest?

R: tijdens de zwangerschap ben ik daar 1 keer geweest.

I: ok, ok?!

R:ok?!

I: ja, nee dat kan… en zij heeft dan dat ene consult, jou bezaait met informatie, en daarna kon je weer thuis en werd je opgevolgd door de verloskundige.

R: ja, maar ze gaf wel aan, dat als je vragen hebt of je twijfelt, bel gewoon.. en zij was heel erg ehm.. zo van als je vragen heb.. schroom ook niet om te vragen zegmaar.

I: ja,ja. En wie volgde jou suikers op? Want dat boekje heb je bijgehouden?

R: ja die waardes die mailde ik ja 1 keer in de week door naar ehm ja het verloskundig team in Terneuzen

I: en zij gingen daar verder mee. of die waren eigenlijk altijd goed dan.

R: ja die waren eigenlijk altijd goed. Ik had eens een enkele uitschieter soms maar dan wist ik ook wel gelijk te herleiden waar dat door kwam.

I: ja, daar ben je dan toch zelf van bewust

R:ja

I: en als jij verbeterpunten mag noemen voor de informatie die je hebt gekregen wat zou je dan eh.. benoemen?

R: goh.. ehm… zou ik eigenlijk niet weten

I: je vond het voldoende, je had niks te kort of niks dat je zegt van dat zou nog ehm.. dat zouden ze eigenlijk moeten vertellen of dat miste ik of eh.. et was te veel dat kan ook.

R: nee dat ook niet.

I: of dat je teveel aan je lot bent over gelaten. Dat je veel zelf moet opzoeken

R: nee dat ook niet. Nee, ja , nee, want ehm..vooraf, ofja tenminste toen et gediagnosticeerd was, had ik wel zoiets van ok je krijgt wel genoeg informatie van ok wat nu? Hoe nu verder? En ook ehm.. de opvolging. Das dan ook aan bod gekomen..en..ja dat je dan thuis nog eens iets opzoekt .. dat doe je dan ook eigenlijk meer uit eigen initiatief

I: ja

R: dus ik heb wel het gevoel dat ik wel voldoende geïnformeerd ben

I: ok, en jou behandeling, dat was dus een dieet en prikken? Of hoe is dat gegaan?

R: ik moest zelf gewoon mijn waardes prikken. Dus ik moest zelf in de gaten houden of het te hoog of te laag ging. En eh.. het was eigenlijk gewoon voedingsadvies aanpassen en verdelen van de koolhydraten over de hele dag. Dus ik deed bijvoorbeeld ’s ochtends, dan at ik 2 boterhammen. Dan zei ze dan kun je beter ’s ochtends vroeg een boterham eten en als je dan op je werk ben bijvoorbeeld dan eet je je 2e boterham. Zodat je dat wat meer verdeeld.

I: ok

R: je en ook gewoon wat je eet natuurlijk. En ik ben nogal een chocolade fan..verschrikkelijk.. en dat was wel even heel erg lastig. Maar je hebt van die.. ja .. nep chocolade zeg ik dan maar, van cereal ofzo, daar zitten dan zoetstoffen in. En daar krijg je ook wel redelijk wat binnen van calorieën maar het is weer anders qua de koolhydraten.

I:OK

R; dus ehm daar ben ik toen maar eventjes op terug gevallen.

I: en dat heb je zelf uitgezocht, dat dat er is en dat je dat op die manier eh..

R: mijn collega wist dat.

I: handig!

R: ja heel handig

I: ok, maar is dat dan niet lastig als je in een huishouden zit met man en nog een kind. Of werd je daarin gesteund of niet.

R: ja tuurlijk, sowieso van binnen het gezin word ik gesteund.

I: iedereen doet mee zegmaar, met dat eten

R: tuurlijk, naja je eet niet andere dingen, buiten de chocola dan, je eet gewoon hetzelfde maar dan meer gedoseerd. Minder aardappelen en iets meer groenten. Op die manier. Als je pasta eet dan eet je minder pasta en meer saus. Dus net je verhoudingen worden iets anders, en daarmee was ik al gebaat.

I: ok

R: dus ze hadden uitgelegd van stel nou dat dat niet voldoende is dan kan het zijn dat je pilletjes moet slikken, mocht dat niet voldoende zijn dan zou je nog insuline moeten kunnen gaan spuiten. Maar dat was allemaal niet van toepassing

I: dus je kon enkel met dat dieet je suikers goed houden.

R:ja

I: en iedereen begreep dat ook gewoon dat je… vond je dat niet moeilijk..om daar ineens rekening mee te moeten houden?

R:ja dat is wel moeilijk. En je moet even je leefpatroon van je voeding aanpassen dat is best wel even een dingetje

I: dat is zeker

R: maar je weet gewoon waar je het voor doet. Je doet het gewoon voor je kind en je doet het voor jezelf.

I:Ja

R: dan is die knop zo omgezet. Dat is echt geen probleem.

I: dat scheelt inderdaad wel ja, als je zo kan denken. Mocht je ook zelf bepalen bij bijvoorbeeld zo’n diëtist/ diabetesverpleegkundige. Mocht je dan zelf bijvoorbeeld zeggen nou ik eet dit en als ik het zo doe kan dat dan. Heb je daar zelf inspraak in gehad.

R: ik ben idd ook bij een diëtist geweest dat is waar. En idd toen namen we ook door van: wat eet je op een dag, een normale dag. Naja helemaal doorgenomen. En toen zei ze eigenlijk ook dat mijn gewone voeding overdag met 3 hoofdmaaltijden en 3 tussendoortjes dat dat eigenlijk al heel erg goed was. Maar ze gaf dan wel bijvoorbeeld de tip om die boterhammen bijvoorbeeld te spreiden. En ja het punt voor mij was gewoon om geen chocola meer te eten.

I: dat snap ik. dat zou ik ook hebben. Dus je kon wel zelf zeggen van die chocola die ga ik niet laten liggen of dat ga ik anders doen.

R: ja

I: en daar kon zij op inspelen?

R: ja zij gaf ook aan van als je eens een stukje eet dan is dat ook niet erg. Want je moet niet alles laten. Maar ze zei, je moet nu gewoon heel bewust omgaan met wat je eet en wat je binnen krijgt. En ze gaf dan ook aan om meer je keus te baseren op volkoren producten, zegmaar de langzame koolhydraten zegmaar omdat dat langzamer gaat. Beter deelt, weet ik veel.

I: ja

R: dus ehm, ja dat gaf ze eigenlijk aan. En een voorkeur voor magere producten wat ook allemaal niet te vet is. Eigenlijk gewoon normale dietiste praat denk ik

I: ja dat is zo. maar dat maakt het dan ook weer wel duurder dat je bijvoorbeeld andere producten moet pakken. Als je naar de winkel gaat

R: ja wel een beetje

I: vond je dat vervelend. Dat dat er allemaal mee te maken had met dat dieet. Dat je dan en andere producten moet nemen die en duurder zijn en..

R: ja maar niet zo zeer dat het dan wat duurder is maar meer gewoon dat je niet even als je op een terrasje zit van doe maar een 7upje..o nee zit heel veel suiker in dat moet je niet doen. dat je dan echt of een cola light vraagt of een spa blauw… dat is echt saai!

I: ja, daar moet je constant over nadenken dan eigenlijk

R: continu ben je inderdaad aan het nadenken van wat neem ik tot me zegmaar. En dat is wel even wennen want cola light en spa blauw dat ben je echt zo snel beu. Al het andere zit gewoon suiker in.

I: ja je moet echt inderdaad nadenken over wat je eet. En drinkt

R:ja

I: vond je het belangrijk dat je zelf ook dingen kon bepalen in die hele behandeling

R: ja, absoluut

I: maar daar kreeg je ook de kans voor?

R: ja

I: hoe heb je dat gedaan je eigen inspraak

R: ehm.. dat je zelf nog wel bepaald wat je eet. Dat het zegmaar vanuit de diëtist niet te streng wordt toegelegd van je mag alleen maar dit en dit en dit. Want ze had echt zoiets van bijvoorbeeld: wat had ik.. wat eet ik dan graag: boterham met pindakaas bijvoorbeeld.. dat is redelijk vet, maar daar zitten dan ook wel koolhydraten in. Maar ze zei dat vind ik dan niet zo erg. We zochten wel naar de goeie middenweg,

I:echt samen: dus dat is toch wel iets wat belangrijk is dan.

R: dat is heel belangrijk, want ik lust ook echt niet alles. En dan wordt het best wel moeilijk. Want dan kunnen ze dingen voorschrijven want dat is het beste om te nemen. Maar als je dat gewoon echt niet weg krijgt. Dan is dat al een probleem natuurlijk

I: ja klopt. En hoe hebben ze dan die planning gemaakt voor jou? Vanuit de diëtist denk ik dan of de diabetesverpleegkundige. De planning van je behandeling?

R: het was eigenlijk niet eens een planning. De planning was gewoon, vanaf nu je eten aanpassen en 1 keer in de week je waardes doormailen, dat was bij mij gewoon de planning. En als het escaleert dan nemen we de volgende stap. Maar dat is gelukkig niet nodig geweest.

I: nee precies. En je begeleiding daarin zeg maar dan bij je thuis. En dan moet je van alles zelf gaan doen eigenlijk. Kreeg je daar steun in.. of dat heb je echt zelf allemaal gedaan..

R: ja dat doe je gewoon zelf. Nu ben ik er zelf ook wel eentje die dat allemaal wel zelf regelt en doet. Dat is ook wel zo. dus ik ben dan niet iemand die dan perse mensen nodig heeft. Ik heb dan toen uitgelegd gekregen van zo prik je.. en.. dan doe je dat en schrijf je dat op..huppetee.. en je mail het 1 keer door en.. ja dat ging eigenlijk gewoon altijd goed. Dus echt begeleiding daarin.. ik heb het niet nodig gehad.

I: en zou je het kunnen krijgen als je het wel nodig had gehad?

R: ja dat verwacht ik toch wel. Sowieso via de diabetesverpleegkundige en ik neem aan de verloskundige toch ook.

I: ja en die hebben dat ook aangegeven dat dat was of hebben zij daar nog iets in gemeld?

R: naja meer met de algemene vragen van hoe gaat het nu en dan zei ze ook altijd van o de waardes zijn weer goed.. dusja dan ging ik daar verder ook niet echt op in eigenlijk.

I: maar daar had je ook geen behoefte aan, of had je daar wel behoefte aan

R: nee, want het ging ook gewoon goed.

I: en je wist hoe dat allemaal ging zeg je ook.

R: ja

I: en ehm.. vind je dat dat beter moet. Als je dan kijkt naar het algemene plaatje van de begeleiding. Dat ze je wat meer ondersteunen of zeg je van voor mij is dat niet nodig maar kan me voorstellen dat…

R: ja ik kan me echt wel voorstellen dat er meisjes of vrouwen zijn die zoiets hebben van hoeoeoeoe.. en ik weet niet hoe het werkt. Dat die minder zelfstandig zijn.. want ik ben heel erg zelfstandig…dat die erg onzeker kunnen worden of dat die misschien ook niet durven vragen.. ik denk dat dat wel eh…

I: lastiger zal worden

R: ja specifieker op inspelen

I: en denk je dat als je zwangerschapsdiabetes hebt, dat je support nodig hebt vanuit je omgeving?

R: ja absoluut

I: zoals

R: ja zoiezo de steun.. dan mensen/internisten het een soort van erkennen. Zo van ok je hebt toch wel even best wel een probleem. Dat is best wel heftig. En ook bij mensen waar je dan wat vaker komt dat ze ook gewoon even nadenken dat ze geen cola voor je neus zetten bijvoorbeeld…

I: want dan wordt het lastig?..of dat is niet leuk als ze dat doen.

R: naja als ze het weten dan heb je het gevoel van: ok je denkt even niet na zegmaar. En ook er inderdaad voor je zijn.. als je ff een dipje hebt ofzo dat ze er voor je zijn is het belangrijkst.

I: want vond je het zwaar als je terug kijkt? Of zijn er punten die je echt heel moeilijk vond?

R: geen chocola vond ik echt verschrikkelijk. Haha

I: dat geloof ik

R: nee zwaar in de zin van.. je hoopt heel erg dat het geen invloed heeft op je kind. Dat is echt je concern. En waar je natuurlijk ook mee zit is met over zoveel jaar… omdat je verhoogd risico hebt dan natuurlijk daarna. O jee help help.. maar dat is dan echt nog zo.. nog niet zo belangrijk.. want het gaat echt om je kind. Dat is echt je grootste zorg.

I: ja daar doe je het voor.

I: en maakt dat ook dat je.. ja je zegt voor mij was het een beetje het punt dat ik eh.. daar doe je alles voor natuurlijk, maar heb je daar wel es met iemand over gepraat. Van eh.. kweetnie…twijfelde je daarover? Van gaat het goed of gaat het niet goed of…. Werd je daar in gesteund?

R: ehm.. sowieso heb je de bevestiging van je waardes dat het goed gaat. Dus dat is al echt een hele geruststelling. Ik kan me wel voorstellen dat als je waardes dus wel slecht zijn, dat ze afwijken, dat je echt wel onzeker wordt. En ja dan moet je denk ik wel echt mensen hebben die je daar goed in begeleiden.

I:ja

R: in mijn geval, kijk de zorgen die ik had, kon ik prima gewoon kwijt eh…

I: in je omgeving

R:ja bij mijn eigen man, opt werk, afijn in je familie noem et maar op..

I: ja

R: dat kon gelukkig allemaal

I: ja en speelde die hulpverleners daar nog een rol in? Dat je je…ja…dat je je..want je zegt ook: ik ben best geschrokken toen ik dat hoorde..

R:ja

I: maar wordt daar op ingespeeld?

R: ik heb het zelf niet aangegeven..

I: nee

R: want dat was dan… dat echte schrikmoment dat heb je thuis. En eer je dan op een volgende eh.. gesprek hebt..dan… dan ben je er eigenlijk al een beetje overheen, en dan is het van: ok, het is zo en we gaan er voor en ehm… wat moet ik doen? Dit moet ik doen. OK! We gaan er voor.

I: ja

R: dat gevoel heb je dan

I:ja

R: en waar ik dat dan nog het meest heb aangegeven is wel de diabetesverpleegkundige

I:ja

R:omdat die wel uitlegt hoe serieus het is en inderdaad ook met het verhoogd risico later. Dus dat is denk ik wel de persoon waar ik het meest aan gehad heb.

I: ja, en waarom heb je daar het meest aan gehad?

R: omdat zij ook gewoon echt de kennis heeft

I: ok, ja

R: zij heeft echt de kennis en ze weet ook gewoon echt hoe serieus het is. En ook wat voor problemen je er allemaal mee kan hebben,als het… stel dat het ooit es inderdaad echt land en wat dat betekent met ogen en je voeten, afijn en al die gekke dingen.. dat je denkt van: ok dat heeft er ook mee te maken.

I: zij heeft dat ook allemaal uitgelegd dan?

R: ja zij heeft dat echt heel veel uitgelegd

I: het hele verloop van.. niet alleen van je zwangerschap..maar ook nog daarbuiten zegmaar?

R: ja

I: ok

R: maar dat was ook voor een groot deel..eh.. een vervolgafspraak die ik na de bevalling had.

I: ok, ja, ja. Want na de bevalling..hoe heb je.. hoe is dat verder opgevolgd? En…ja..

R:na de bevalling..ehm… bij mij is er niks meer getest. Dat vond ik achteraf wel vreemd dat ik..

I: direct na de bevalling? Of wat bedoel je

R:ja, dat er gewoon..ook echt vanuit gegaan wordt dat het dan ook echt over is..ja goed, dat zal dan waarschijnlijk ook wel gewoon eh.. een vast gegeven zijn, dat weet ik niet. Maar die kleine is dan eh 3x getest zeker? Binnen een paar uur.. en eh, dat was eigenlijk allemaal eh.. in orde. En ja, dan ga je naar huis! En dan begint gewoon eh de.. de hectiek van dat die kleine der is en dat die in orde is en dat je zelf in orde bent en dan denk je er ook eigenlijk een hele poos niet aan. En dan op den duur moet je dan op controle bij de huisarts, en dan is er eh..

I: is er… eh.. wanneer moet je terug op controle?

R: och, dat weet ik niet eens..

I: 6 weken..post partum

R: ja zoiets denk ik..en eh.. toen moest ik ook een aparte afspraak maken met de eh.. diabetes eh.. dat was dan niet de zelfde verpleegkundige die ik daarvoor had..maar een andere.. en zij heeft ook heel veel verteld erover eh..

I:ok

R:ja, dat is dan echt iemand die dan blijkbaar bij de huisarts in zit en..specifiek voor die diabetes eh…

I: ja, ja..maar daar ben je dus wel heen geweest. Ben je opgeroepen of eh.. hoe.. hoe eh.. wist je dat je daar heen moest.

R: dat was zo afgesproken.. de eh.. huisarts is hier natuurlijk in de kraamweek ook eh langsgeweest.

I: o, ja

R: en die heeft dan ook gezegd van, denk eraan dat je nog even een afspraak maakt. Sowieso met mijzelf. En dat je nog even naar de diabetes eh..

I: dat moest je zelf doen?

R:ja
I: die afspraak maken

R:ja

I:je werd niet opgeroepen, of eh.. via een brief.. of

R:ehm..nee.. uit mijn hoofd niet nee..

I:nee.. dus je hebt braaf gebeld na 6 weken. En je bent geweest. met het kindje of zonder ?

R: zonder

I: zelf

R:ja

I: en wat hebben ze dan nog op dat consult gedaan? Datje daar was?

R:ehm… daar hebben de uitslag van mijn ehm…test gedaan..want in het lab moest ik dan weer bloed afgeven, daar gingen ze dan weer die eh die gemiddelde waarde er uit halen enzo.. of dat allemaal in orde was. En ehm.. dat was goed. En dan hebben ze eigenlijk uitgelegd. Of dan heeft dat vrouwtje uitgelegd eh.,.. hoe het…hoe je het nu zegmaar een beetje onder controle kan houden. Naja 1 is gewoon afvallen. 2 eh.. natuurlijk niet meer zoveel chocola eten. Zoals je normaal gezien doet.

I: zit je weer in dat ehm.. eten circuit zegmaar….

R: ja tuurlijk…ja

I: dat blijft.. daar blijf je dus in, nadat je bevallen bent.

R:ehm… het is advies.

I: oookeej

R: het is…het wordt niet..opgelegd. het is gewoon om er voor te zorgen dat eh het risico dat je hebt, omdat eigenlijk te minimaliseren.

I: ja

R: eigenlijk op die manier.

I: ja.. en wat heb je met die informatie gedaan? Doe je daar wat mee..bewust?

R: eeehhmmm.. ja naja.. je eh eh..je leest het wel door en je kijkt er wel naar..wat dat betreft, mijn gewone voedingspatroon is redelijk ok. Bij mij.. het probleem is gewoon echt chocolade. Gewoon de extraatjes zegmaar.

I:hmhm, ja

R: dat is bij mij gewoon echt een eh.. haha.. een serieus probleem

I: ja. Ja

R: dus dat is iets wat je dan echt inderdaad wel beseft..van ja..ik moet echt wel ..gewoon minderen.. en ook echt wel afvallen en eh..

I: ja, dus ook na je bevalling zie je het nog wel serieus in

R: ja absoluut.

I: ja, ok.. En, en.. voor de kleine, wordt daar nog iets mee gedaan na de geboorte? buiten die 3 suikers

R:nee

I:nee, daar wordt ook geen uitleg mee over gegeven of eh..

R: dat was gewoon in orde.. en eh.. nee ik heb er volgens mij ook geen uitleg meer over gehad.

I: nee

I: want ze hebben wel de risico’s besproken he. De diabetesverpleegkundige toen of de…

R: voor mij?

I: ja, maar ook voor het kindje toen toch ook.. .zei je.. toen je nog zwanger was

R: toen ik nog zwanger was… ja

I: en dan hebben ze het niet over na je bevalling gehad.

R: nee eigenlijk niet.

I: nee, heb je dat gemist? Die informatie of.. denk je

R: ehm.. nee

I: nee

R: nee want ik heb eigenlijk iets van.. goh, had ook nog gekund.

I: ja.. OK.. en ehm vind je dat daar verbetering in kan komen zegmaar. Zo na je bevalling? Zouden ze daar ehm.. want je bent 1 keer daarvoor teruggeweest bij de huisarts. Maar ben je daarna nog eens teruggeweest?

R: ja, volgens mij toen die een jaar was nog wel eens

I: ja

R: alleen het is de bedoeling dat ik elk jaar ga. En vanaf het moment dat ik twijfel. Dat ik bepaalde klachten heb, dat ik denk van: woow.. ja sowieso, ik kan nog zelf prikken dus als ik echt twijfel dan doe ik dat nog wel es

I: ok

R: en ehm..eh..als ik dus denk van: o , mijn waardes zijn niet goed, dan kan ik gelijk een afspraak maken. Maar normaal is het vanaf nu 1 keer in de.. 1x in het jaar. 5 jaar lang

I: ok, en jij bent ook bereid om dat gewoon op te volgen?

R: ja tuurljik

I: ja

R: het is je eigen gezondheid.

I: ja, ok. Je zegt ik kan me nog steeds prikken. Dus dat doe je ook nog regelmatig dan.

R: nah nee, niet regelmatig. Toevallig vandaag nog omdat we dan nu het interview hadden dak dacht van: o ja hoe zit het nu met mijn waardes.

I: haha ja. En zat je goed?

R: ja..

I: dus je weet ook wanneer je moet prikken en dat eh… dat blijft er gewoon in.

R: ja.. nuchter en voor je eten en 1.5 tot 2uur na je eten en..

I: ja

R: en dan begint die cyclus weer opnieuw.

I: ja

R: maar een puntje van verbetering bij die 2e dame waar ik geweest was.

I: ja

R:.. die ene uitspraak dat ik echt dacht: ok, wat een opsteker maar niet heus. Ze zei gewoon …letterlijk…eh.. het is niet de vraag of je het krijgt, maar de vraag wanneer je het krijgt. En toen had ik echt zo iets van…..pardon?!

I: o, dat gaat over de type 2 zegmaar? En toen was je nog zwanger?

R:nee, dat was na de bevalling

I: o dat was…..ok

R: toen had ik echt zoiets van: volgens mij kan je dat echt niet zeggen.

I: ja, ja

R: dat vond ik best wel een uitspraak. Toen dacht ik: weet je.. niet over nadenken

I: ja, ja

R: dus dat is een mening van iemand. Dat is niet objectief. Dus ik had echt zo iets van…hm

I: ja, dan voel je je…

R: vond ik niet professioneel, laat ik het zo zeggen.

I: nee dat kun je.. nee .. dat snap ik..ja. Want dan voel je je daar vervelend door..of..had je dan het idee van ik moet gaan oppassen..of wat doe je daar mee als iemand dat zegt.

R: je hebt zo iets van: eh.. je weet dat je een risico hebt..geen garantie zeg ik maar… en doordat ze dat zei had ik zo iets van: nu geef je mij eigenlijk een garantie

I: ja

R: dat vond ik gewoon..

I: want je zegt.. ik weet dat ik een risico heb..maar wat is je risico dan?

R: mijn risico is dat ik meer kans maak dan een gewoon persoon op diabetes type 2 omdat ik zwangerschapsdiabetes heb gehad.

I:ja, maar je hebt niet iets over de kansen gehoord of procenten of…..nee… het is gewoon die kans is er..

R: ja, volgens mij heb ik wel es horen zeggen..50% meer kans dan een ander

I:…bijvoorbeeld…ja ja

R: maar dat weet ik niet eens zeker

I: nee maar het gaat inderdaad om dat zij de kans benoemd maar zei…ej die van de dinge..die zegt gewoon dat je het sowieso krijgt en eh…

R:ja

I: maar ze weet niet wanneer?

R:nee

I: ja

R:dat vind ik nogal een uitspraak….haha

I: ja, ja

R: dat vond ik niet echt professioneel

I:nee……nee.. maar je hebt wel zo iets van ik kan het relativeren als iemand zo iets zegt.

R: ja, hoe kan zij dat nou weten

I: ja, want zij zegt dat uit professionaliteit, of zegt zij dat…ja

R: nou, dat lijkt me niet.

I: nee want je weet zelf dat je die kans hebt..en eh… ja

R: ja. Of eh.. zij moet gewoon toevallig alles wat zij aan haar bureau heeft gehad. Moet uiteindelijk allemaal geresulteerd hebben in uiteindelijke diabetes… maar..dat ze het uit eigen ervaring zegt..maar…ik weet niet…

I: nee, ja… dat is dan vervelend als iemand zo iets zegt

R: ja, dat vond ik niet zo.. eh… niet zo fijn.

I:nee…eeeehhh…. Even kijken hoor…. Ehm.. wat zou je… heb je nog meer verbeterpunten dat je zegt van.. der zijn dingen gezegd waar ik het gewoon niet ehm.. of wat ik niet begreep of waar ik het echt niet mee eens was … dat je zegt van dat vond ik wel vreemd of ehm..

R: het staat me nog bij dat ik es 1 keer een reactie heb gehad op zo’n wekelijks mailtje met die waardes..

I:hmhm

R: dat ik effe een uitschietertje had, dat ze daar dan ook gelijk zo terug op: LET OP WATJE DOET!! Hahaha.. ik had zo iets van ja..

I: dat je een waarde had die wat hoger was zegmaar

R: ja dat was een waarde na een avondeten volgens mij. Wat ook echt nog niet eens zo schokkend was. Dat was nog 7..zoveel.

I:hmhm

R: ik dacht waar hebben we het over. En toen had ik echt zoiets van: kijk eens even naar..gewoon al de rest van mijn waarden..het is gewoon.. het gaat hartstikke goed.

I:ja, ja.. maar dan werd gelijk de touwtjes weer strak gespannen zegmaar

R: ja, dat was wel gelijk eh.. der boven op zegmaar.

I: en dan heb je et idee van ik sta onder controle en eh… of hoe eh..hoe voel je je dan als iemand dat zegt?

R: dat voelt een beetje alsof je op je vingers getikt wordt

I:ja

R: terwijl je al zo je best doet.

I:ja precies

R:ja

I:en dat is iets wat je op dat moment niet wil. Je wil eigenlijk horen gewoon dat het goed gaat?

R: Ja want omdat al de rest ..ook van die ene dag zelfs.. al de rest van die waardes da was gewoon allemaal prima. En dan denk je dan halen ze 1 zo’n dingetje eruit…okej…

I:ja

R: en dan was et 7.4 ofzo.. dat is echt nog niet schokkend.. ik bedoel eh.. je moet proberen om eh maximaal die 7 te hebben maar eh…

I: dus dat is ook wel iets waarvan je zegt.. van nou.. ze moeten niet gaan overdrijven..

R:nee en dan … dat vind ik… inderdaad.. ze moeten dan niet overdrijven maar het gebeurd dan ook via mail. Dan heb ik zoiets van: Bel dan eens even.

I: ja, ja

R:..van goh..eh.. kwam dat ergens door..

I:hmhm

R: weet je wel..das even gewoon een menselijk contact zegmaar, niet via mail.

I: ja, mis je dat menselijk contact tijdens zo’n begeleiding?

R: nee voor de rest eigenlijk niet, want voor de rest was het gewoon elke keer goed.

I: ja

R: dan kreeg je gewoon een mailtje terug van je waardes zijn in orde, dan is dat goed. Maar op het moment dat er dan iets…eh…niet in lijn loopt met zegmaar.. wat ze eh… willen zien..natuurlijk want wat natuurlijk nodig is..dan eh zou ik zeggen de manier van hoe je dat dan terug communiceert even gewoon..eh..belletje..komaan

I: ja, iets meer menselijk

R:ja

I:ja, en als je iets zou moeten aanbevelen voor de counseling bijvoorbeeld ehm..informatie, behandeling de hulpverlening die je krijgt.. wat zou je dan aanbevelen? Of wat zouden jou aanbevelingspunten zijn?

R: hmm..eens even denken

I: en vooral ook, wat zou je iemand aanbevelen die het ook heeft. Die zegmaar ook gediagnosticeerd is met zwangerschapsdiabetes.

R: die zou ik zo..ja die druk je op het hart van let gewoon ontzettend goed op wat je eet.

I: ja

R: zorg dat je waardes in orde zijn, want je doet het voor je kind

I: ja

R: en ook voor jezelf natuurlijk, maar vooral voor je kind. Zorg vooral dat dat kind gewoon niet te groot wordt want dan heb je zelf ook een probleem want het moet er nog uit ook.

I: das waar..ja, ja dus echt.. ja…ja. En aanbeveling voor de zorg? …. Je bent voledig 100% tevreden?

R: ja op die lompe uitspraak van die ene dame na, opzich wel..ja

I; ja, dus opzich ben je goed opgevolgd

R: vind ik wel

I: fijne mensen om mee te praten

R: ja, ik vind niet dat ik aan mijn lot ben overgelaten ofzo..dat ehm..nee. Naja het kan misschien wat ehm..intensiever de begeleiding maar dat is denk ik gewoon naar persoon wie ze voor zich hebben, denk ik

I: ja, want hoe bedoel je intensiever?

R: ehm. Dat ze meer dingen proberen uit je te halen of.. van..gaat het wel goed en..

I: ja

R: maarja, dat is gewoon.. ik ben altijd gewoon rechttoe rechtaan.. en als ik eh een vraag heb dan stel ik hem. En ik schroom niet om een vraag te stellen. En misschien dat sommige andere.. dat bedoel ik met welke persoon ze voor zich hebben.. als er gewoon een heel stil meisje bij hun zit.. die niet durft te vragen.. dat ze daar misschien..ja ik weet nie of dat..of ze daar dan anders mee om gaan.

I:hmhm. Dus het is echt inderdaad wat je zegt..

R: ja het is gewoon heel moeilijk

I: intensiever qua ehm.. inhoud

R:ja

I: dus qua gevoelens eigenlijk

R: ook, ja

I: want het is opzich niet niks.. dat zeg je zelf ook

R: nee het is echt niet niks..het is echt wel eh… het is echt wel effe heftig als je er achter komt

I: ja, want heeft je omgeving dat ook door, dat het best wel heftig is..

I:…ja? Toch.

R: tuurlijk, ja daar praat je over

I: ja, ja. Okej. Heb je zelf nog iets wat je , wat je kwijt moet

R: ehm nee.. ik weet niet of je alles gehad hebt

I: ja ik zit even te checken ondertussen. Nee naja, je hebt niet echt aanbevelingspunten zeg je. Eigenlijk wel goed, ja qua intensiever zou et.. et zou iets intensiever kunnen worden ehm qua begeleiding maar dat is misschien ook geef je ook aan dat het misschien de persoon is die ze voor zich hebben. Verbeterpunten ehm ja.. op een paar lompe uitspraken na gaat het verder ook goed.

R: ja

I: je voelt je goed ondersteund tijdens de zwangerschapsdiabetes gaf je aan

R: ja

I: en informatie heb je eigenlijk ook best wel goed gehad dan.

R:ja

I: terwijl je dan toch maar 1 keer naar zo’n diabetesverpleegkundige ben geweest.

R: ja

I: en de diëtist zat er natuurlijk ook nog tussen.

R: ja, maar dat ging echt puur over voeding hoor, dat was niet eh.. dat ging niet in op de diabetes zelf

I: nee, dus dat traject waar je in komt, is dan wel verloskundige, diabetesverpleegkundige, diëtist

R: ja

I: tot aan..

R: de bevalling

I: want de gynaecoloog ben je dan beland omdat het kindje dan toch iets te groot was.

R: ja omdat hij ook maar bleef zitten en hij groeide redelijk en eh..

I: ja

R: …toen eh. Moest ik af en toe inderdaad bij hem voor controle en..

I: hij was dus niet perse gelinkt aan je zwangerschapsdiabetes

R: ehm.. om.. ja omdat je dan zwangerschapsdiabetes heb sta je wel onder controle bij de gynaecoloog

I: ja, dus daar ben je vanaf die 30 weken zegmaar.. vanaf die 6 maanden

R: ja wat heb je dan? Medische indicatie zeker

I: ja, dat kan, dat kan. Ja als ze dat zo benoemd hebben van daarom moet je daarheen

R: ja

I: is de verloskundige dan uit beeld geweest. want je hebt wel nog je dinge gemaild. Je bloedsuikers

R: ja, die werken blijkbaar gewoon heel nauw samen met de…

I: met de gynaecoloog

R: .. met de gynaecoloog, want ik moest wel ook nog steeds naar de verloskundige

I: ow, die heb je nog wel gezien daarna

R: ja ja , dat liep gewoon naast mekaar. Ik moest de ene keer naar de verloskundige en de andere keer naar de gynaecoloog.

I: ok, ok

R: vooral die laatste 2 weken om gewoon te zien van groeit die niet te hard. En toen hebben ze uiteindelijk wel ook gezegd eh….eh.. had ik een vervanger denk ik. en die zei van ja kijk, het kind is al best wel groot..eh.. ik zou niet nog 2 weken wachten. Dus op de uitgerekende datum… dus ze zegt.. we leiden je wel in.

I: ok

R: en dat was wel met het oog op: als tie nog 2 weken blijft zitten dan groeit hij alleen maar en dan wordt het alleen maar moeilijker voor jullie allbei

I: ja, dus je echo’s zijn wel.. dan heb je je echo’s via de gynaecoloog gehad.

R: ook

I: en bij de verloskundige

R: ja allebei

I: echt afgewisseld…ja

R: ja

I; en dat werd ook nauw opgevolgd, of moest je daar vaak heen? Vaker dan normaal?

R: ehm.. ik denk dat eh…volgens mij was het zo dat de verloskundige de normale periodes waren en dat de gynaecoloog er tussen zat. dat ze die ertussen plande

I: o ja

R: vooral op het laatst had ik wel gewoon even elke 2 weken minimaal even een check had.

I: ja, ja, en wat hielden die consulten in bij de gynaecoloog. Was het gewoon een praatje?

R: echo

I: alleen een echo

R: om te kijken hoe die lag of hoe groot die was, hoofdomvang, buikomvang dat soort dingen

I: ja, de groeimetingen zegmaar..

R: ja

I: en bij de verloskundige, dan was het de controles zeg je

R: ja dus gewoon het overall plaatje zegmaar

I: ja, precies, want daar krijg je dan ook nog informatie van

R: ja

I: ok. Ja. Dus het diagnosticeren zelf heeft de verloskundige gedaan aan de hand van risicofactoren dus alleen. En ehm. Had zij ook gevraagd over erfelijkheid. Maar dat zat bij jou niet…ehm

R: ehm, dat komt volgens mij standaard aan bod aan het begin van de zwangerschap. Daar hebben we het toen wel over gehad. Maar in mijn familie zat toen nog geen diabetes. Nu inmiddels wel een of andere heel speciaal type 1, wat niks te maken zou hebben met mijn dingen…

I; dat is niet achteraf ehm…te verklaren

R: nee, nee want dat heb ik, dat is ehm..na de bevalling is dat eh.. uitgekomen. Van een tante van mij. Ja echt een volle tante. En ehm.. daar heb ik toen wel, na die 6 weken eh.. na de bevalling.. heb ik dat wel es met die eh.. met die diabetesverpleegkundige.

I: ja

R: en die zei van dat staat los van elkaar

I: ja

R: dus, daar zit geen erfelijkheidsfactor in

I: ok, ja . Maar die diabetesverpleegkundige is dus bij de huisarts?

R: ja

I: ja, en daar blijf jij jaarlijks naartoe gaan?

R : ja, ja ik moet in ieder geval jaarlijks een laberatorium check doen. of ik dan ook echt bij haar moet dat weet ik dan eigenlijk niet.

I: ja maar zij…je staat onder controle bij haar..zegmaar je bent bekend bij ..bij haar

R: ja.. ik neem aan van wel ja

I: ja, ok.. ik denk dat ik ehm… alles heb.. ja…ja… eeehm. Even nog checken hoor…

I:.. nee, super! Nee ja, dan wil ik je toch bedanken hiervoor. Het is wel echt super fijn dat je mee wilde werken

R: alsjeblief

I: en ehm… je gaat wel horen wat hier uitkomt..komt wel goed. Ja ik heb echt alles

R: hoeveel ga je er nog interviewen?

I: ik hoop nog 4..

R: heb je nog mensen

I: nee op het moment nog niet, maar dat eh… ik hoop dat het via het ziekenhuis lukt.

R: ja

I: hoe zet ik die nou uit?.....

#

# Bijlage III uitgewerkt interview

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **interviewer** | **Fragment + kernthema**  | **Respondent** | **label** |
| En als je nu terugkijkt..ehm.. hoe heb je dat dan ervaren zegmaar. De hele opvolging? | 1.1 | experiment zegmaar. | Experiment (-)  |
|  | 1.2 | M:ehm naja, in eerste instantie is het best wel schokkend. Omdat je echt wel zoiets hebt van: O wat gebeurd er nu. | Schokkend (-)  |
|  | 1.3Diagnose  | M: en ehm.. de wijze waarop je dan door wordt verwezen, want dat was zo van: ok, je bent ouder dan 30, dus een risicofactor, je bent zwaarder dan gemiddeld das een risicofactor, en je kind is redelijk groot. Dus het is waarschijnlijk niks maar voor de zekerheid ga maar even een test doen dus wat is dat een glucose tolerantie test. | Risicofactoren (-)Test (-/+) |
|  | 1.4Diagnose   | M: Dus dan ga je daar zo naar toe met het idee van: ja ok, ik weet dat ik al wat ouder ben, ok bedankt voor het feit. En eh dan heb je eigenlijk zoiets van het zal allemaal wel meevallen. Maar dan inderdaad dan wordt je getest en dan ja, blijkt het toch zo te zijn, blijken je waardes toch te hoog. En dat is dan wel even schrikken. En dan ehm, ja dan begint de begeleiding natuurlijk en in principe was het bij mij gewoon heel makkelijk: ehm, ik moest zelf ehm..gaan prikken dus dan moest ik naar zo’n ehm.. diabetesverpleegkundige.. | Schrikken (-)Makkelijk (+) |
| D:ja. En het was schrikken zei je. En hebben ze daar op ingespeeld of hoe hebben ze dat gedaan het feit dat jij daar van schrok. Hebben ze daar iets mee gedaan?  | 1.5Diagnose  | : nee, maar dat komt ook gewoon thuis pas natuurlijk. Dat je even eh…op je gemakje zit en dat je denkt van: O, het is best wel ernstig | Thuis Ernstig (-) |
|  | 1.6Diagnose  | M: dat je, ja, je hebt het gevoel dat je lichaam faalt. Heel eventjes dan. En dan, tuurlijk weet je, dat kan iedereen overkomen en…. | Falen (-) |
| D:ja, ok. En de test zelf? Want je bent dan bij de verloskundige geweest en zij heeft dan gezegd je hebt dat en je moet voor die test. Hoe verliep die test verder? | 1.7Diagnose  | M: die test? Ja eh..das vies! Vooral..hahahM: ja ehm.. gewoon goed, je moet dan naar het lab en je moet dan zo’n drankje op drinken. Dan heb je 1 bekertje leeg en denk je yes ik ben er.. en dan krijg je een 2e beker | vies (-)Drankje (-) |
| En als je kijkt naar de informatie die je gekregen heb, vanuit als je het… gewoon alles bij elkaar pakt, alle informatie die je gekregen hebt. Kun je daar iets over vertellen? | 1.8Informatie  | ehm..ja.. van de diabetesverpleegkundige krijg je dan ook..eh.. wat meer informatie, toen kreeg ik ook al een boekje mee. en ehm.. je wordt ook doorverwezen naar websites he. Want kijk maar is op ehm.. wat is da.. [www.diabetes.nl](http://www.diabetes.nl) . en ik had dan speciaal zo’n boekje voor zwangerschapsdiabetes, omdat dat toch ook weer andere waardes zijn waar je dan rekening mee moet houden.. en ehm..ja voor de rest ehm..veel meer informatie heb ik volgens mij ook voor de rest niet gehad. Maar wel voldoende volgens mij. | Diabetesverpleegkundige (+/-)Boekje WebsitesVoldoende (+) |
| en over de risico’s bijvoorbeeld? Heeft ze daar iets over gezegd? | 1.9informatie | eh, ja er wordt natuurlijk uitgelegd dat je eh.. naderhand ook verhoogd risico hebt op diabetes type 2. Dus dat is dan ook wel even shocking. | Verhoogd risico (-)Shocking (-) |
|  | 1.10informatie | en ehm, ook is natuurlijk verteld dat op het moment dat je bevallen bent dan ben je er vanaf. Dat je denk: ok?en dat is dan blijkbaar ook zo…heel vreemd. | Er van af (-)Vreemd (-) |
| D: en als jij verbeterpunten mag noemen voor de informatie die je hebt gekregen wat zou je dan eh.. benoemen? | 1.11Informatie  | M: goh.. ehm… zou ik eigenlijk niet wetennee dat ook niet. Nee, ja , nee, want ehm..vooraf, ofja tenminste toen et gediagnosticeerd was, had ik wel zoiets van ok je krijgt wel genoeg informatie van ok wat nu? Hoe nu verder? En ook ehm.. de opvolging. Das dan ook aan bod gekomen..en..ja dat je dan thuis nog eens iets opzoekt .. dat doe je dan ook eigenlijk meer uit eigen initiatiefM: dus ik heb wel het gevoel dat ik wel voldoende geïnformeerd ben | Genoeg info (+)Wat nu (-) Thuis opzoeken (-+)Eigen initiatief (+)Voldoende (+) |
| ok, en jou behandeling, dat was dus een dieet en prikken? Of hoe is dat gegaan? | 1.12Behandeling  | : ja en ook gewoon wat je eet natuurlijk. En ik ben nogal een chocolade fan..verschrikkelijk.. en dat was wel even heel erg lastig. Maar je hebt van die.. ja .. nep chocolade zeg ik dan maar, van cereal ofzo, daar zitten dan zoetstoffen in. En daar krijg je ook wel redelijk wat binnen van calorieën maar het is weer anders qua de koolhydraten. | Erg lastig (--) |
| en iedereen begreep dat ook gewoon dat je… vond je dat niet moeilijk..om daar ineens rekening mee te moeten houden? | 1.13Behandeling  | ja dat is wel moeilijk. En je moet even je leefpatroon van je voeding aanpassen dat is best wel even een dingetje | Moeilijk (-)Leefpatroon (-) Aanpassen (-) |
| : vond je dat vervelend. Dat dat er allemaal mee te maken had met dat dieet. Dat je dan en andere producten moet nemen die en duurder zijn en.. | 1.14Behandeling  | : ja maar niet zo zeer dat het dan wat duurder is maar meer gewoon dat je niet even als je op een terrasje zit van doe maar een 7upje..o nee zit heel veel suiker in dat moet je niet doen. dat je dan echt of een cola light vraagt of een spa blauw… dat is echt saai!continu ben je inderdaad aan het nadenken van wat neem ik tot me zegmaar. En dat is wel even wennen want cola light en spa blauw dat ben je echt zo snel beu. Al het andere zit gewoon suiker in. | Duurder (+/-) Saai (-)  Nadenken (-) Wennen (+/-) Beu (-)  |
| D: vond je het belangrijk dat je zelf ook dingen kon bepalen in die hele behandelingD: maar daar kreeg je ook de kans voor? | 1.15Ondersteuning  | M: ja, absoluutM: ja | Zelf (+) |
| echt samen: dus dat is toch wel iets wat belangrijk is dan. | 1.16Ondersteuning  | We zochten wel naar de goeie middenweg,dat is heel belangrijk, want ik lust ook echt niet alles. En dan wordt het best wel moeilijk. Want dan kunnen ze dingen voorschrijven want dat is het beste om te nemen. Maar als je dat gewoon echt niet weg krijgt. Dan is dat al een probleem natuurlijk | Middenweg (+)Belangrijk (+) Moeilijk (-) Probleem (-)  |
|  En je begeleiding daarin zeg maar dan bij je thuis. En dan moet je van alles zelf gaan doen eigenlijk. Kreeg je daar steun in.. of dat heb je echt zelf allemaal gedaan.. | 1.17ondersteuning  | ja dat doe je gewoon zelf. Nu ben ik er zelf ook wel eentje die dat allemaal wel zelf regelt en doet. Dat is ook wel zo. dus ik ben dan niet iemand die dan perse mensen nodig heeft. Ik heb dan toen uitgelegd gekregen van zo prik je.. en.. dan doe je dat en schrijf je dat op..huppetee.. en je mail het 1 keer door en.. ja dat ging eigenlijk gewoon altijd goed. Dus echt begeleiding daarin.. ik heb het niet nodig gehad. | Zelf (+)Mensen (+)Begeleiding (+/-)Niet nodig (-)  |
| en ehm.. vind je dat dat beter moet. Als je dan kijkt naar het algemene plaatje van de begeleiding. | 1.18Begeleiding  | ja ik kan me echt wel voorstellen dat er meisjes of vrouwen zijn die zoiets hebben van hoeoeoeoe.. en ik weet niet hoe het werkt. Dat die minder zelfstandig zijn.. want ik ben heel erg zelfstandig…dat die erg onzeker kunnen worden of dat die misschien ook niet durven vragen.. | Inbeelden (+) Zelfstandig (-) Onzekerheid(-)  |
| en denk je dat als je zwangerschapsdiabetes hebt, dat je support nodig hebt vanuit je omgeving? | 1.19ondersteuning  | : ja absoluutja zoiezo de steun.. dan mensen/internisten het een soort van erkennen. Zo van ok je hebt toch wel even best wel een probleem. Dat is best wel heftig. En ook bij mensen waar je dan wat vaker komt dat ze ook gewoon even nadenken dat ze geen cola voor je neus zetten bijvoorbeeld… | Absoluut (+)Erkennen (+) Probleem (-) Heftig (-)  |
| : want dan wordt het lastig?..of dat is niet leuk als ze dat doen. | 1.20Ondersteuning  | naja als ze het weten dan heb je het gevoel van: ok je denkt even niet na zegmaar. En ook er inderdaad voor je zijn.. als je ff een dipje hebt ofzo dat ze er voor je zijn is het belangrijkst.  | Er voor je zijn (+)Belangrijkst (+) |
| want vond je het zwaar als je terug kijkt? Of zijn er punten die je echt heel moeilijk vond? | 1.21Behandeling Informatie  | geen chocola vond ik echt verschrikkelijk. Hahanee zwaar in de zin van.. je hoopt heel erg dat het geen invloed heeft op je kind. Dat is echt je concern. En waar je natuurlijk ook mee zit is met over zoveel jaar… omdat je verhoogd risico hebt dan natuurlijk daarna. O jee help help.. maar dat is dan echt nog zo.. nog niet zo belangrijk.. want het gaat echt om je kind. Dat is echt je grootste zorg.  | chocola (-) Invloed (+/-)Concern (-)Verhoogd risico (-)Belangrijk (-) |
|  | 1.22Ondersteuning  | omdat die wel uitlegt hoe serieus het is en inderdaad ook met het verhoogd risico later. Dus dat is denk ik wel de persoon waar ik het meest aan gehad heb. | Diabetesverpl (++) Uitleg (+) Serieus risico (-) |
| want je bent 1 keer daarvoor teruggeweest bij de huisarts. Maar ben je daarna nog eens teruggeweest?ok, en jij bent ook bereid om dat gewoon op te volgen?  | 1.23Informatie  | ja, volgens mij toen die een jaar was nog wel eensalleen het is de bedoeling dat ik elk jaar ga. En vanaf het moment dat ik twijfel. Dat ik bepaalde klachten heb, dat ik denk van: woow.. ja sowieso, ik kan nog zelf prikken dus als ik echt twijfel dan doe ik dat nog wel es: ja tuurljik: het is je eigen gezondheid | Elk jaar (+)Twijfel (+/-)Klachten (+/-)Gezondheid (+)  |
|  | 1.24Verbetering/ begeleiding  | maar een puntje van verbetering bij die 2e dame waar ik geweest was.die ene uitspraak dat ik echt dacht: ok, wat een opsteker maar niet heus. Ze zei gewoon …letterlijk…eh.. het is niet de vraag of je het krijgt, maar de vraag wanneer je het krijgt. En toen had ik echt zo iets van…..pardon?! | 2e diabetesverpl. (-) Uitspraak (-) |
| heb je nog meer verbeterpunten | 1.25Verbetering / begeleiding  | het staat me nog bij dat ik es 1 keer een reactie heb gehad op zo’n wekelijks mailtje met die waardes dat ik effe een uitschietertje had, dat ze daar dan ook gelijk zo terug op: LET OP WATJE DOET!!ik dacht waar hebben we het overdat voelt een beetje alsof je op je vingers getikt wordt terwijl je al zo je best doet. | Reactie (-)Uitschieter (-) Vingers getikt(-) Best (+) |
| mis je dat menselijk contact tijdens zo’n begeleiding? | 1.26Verbetering /begeleiding  | nee voor de rest eigenlijk niet, want voor de rest was het gewoon elke keer goed.dan kreeg je gewoon een mailtje terug van je waardes zijn in orde, dan is dat goed. Maar op het moment dat er dan iets…eh…niet in lijn loopt met zegmaar.. wat ze eh… willen zien..natuurlijk want wat natuurlijk nodig is..dan eh zou ik zeggen de manier van hoe je dat dan terug communiceert even gewoon..eh..belletje..komaan | Communiceren (-)Belletje (+) Mail (+/-) |
| wat zou je iemand aanbevelen die het ook heeft | 1.27Aanbeveling/ behandeling  | die zou ik zo..ja die druk je op het hart van let gewoon ontzettend goed op wat je eet.zorg dat je waardes in orde zijn, want je doet het voor je kind | Eet (+/-)Waardes (+) Kind (+)  |
| En aanbeveling voor de zorg? …. Je bent voledig 100% tevreden? | 1.28Begeleiding  | opzich wel..ja, ik vind niet dat ik aan mijn lot ben overgelaten ofzo | Lot (-)  |
|  | 1.29Begeleiding  | Naja het kan misschien wat ehm..intensiever de begeleiding maar dat is denk ik gewoon naar persoon wie ze voor zich hebben, denk ik Dat ze meer dingen proberen uit je te halen of.. van..gaat het wel goed en.. | Intensiever (-)  |
| D: want het is opzich niet niks.. dat zeg je zelf ook  | 1.30Diagnosticeren  | M: nee het is echt niet niks..het is echt wel eh… het is echt wel effe heftig als je er achter komt | Heftig (-) |

# Bijlage IV verwerkte gegevens interviews

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kernthema**  | **Thema**  | **fragment** | **Label + lading** |
| Diagnosticeren  | Test Bewustwording doorverwijzing | 1.72.16.41.41.54.24.46.21.36.2  | Vies drankje – Gedoe – Lang wachten – Schrikken -Ernstig –Falen – Schrikken – Keizersnee – Niet echt ernstig +> ouder dan 30\*Zwaarder dan gem\*Kind is groot\*Glucosetolerantietest\*Nuchtere bloedsuiker\* |
| Informatie  | Diagnose Risico’sPost partum  | 1.81.112.42.222.235.56.66.81.92.134.84.145.221.102.203.193.254.145.6 | Diabetesverpleegkundige +Boekje \*Websites\*Voldoende+Genoeg info+Wat nu –Thuis opzoeken \*Erg –Geen goede zwangerschap-Te veel -Folders - Folders – Folders – Google +Bordjes +Diabetes type 2 – Shocking – Internet + Folders +Google + Zelf +Weinig info - Meer benoemen – Er van af zijn\*Vreemd – Geen info gehad – Raar – Hoe weet ik dat ik er vanaf ben – Duidelijker – Geen controle – Extreem matig -  |
| Ondersteuning  | Diëtist DiabetesverpleegkundigeMariekeVerloskundige ThuisGynaecoloog  | 1.161.191.202.164.121.223.102.62.82.123.123.245.135.154.9 | De middenweg + Belangrijk +Erkennen + Er voor je zijn +Streng –Geen zin –Afspraken – Het meest aan gehad+Aardige vrouw +Vriendelijk+Betrokken+Gesteund + Goed geholpen +Deed niet mee –Moeilijk – Moeilijk –Begrip+Viel mee +Tillen er niet zwaar aan +Recht voor zijn raap +  |
| behandeling | Dieet  | 1.121.131.142.2 2.113.13.53.73.224.36.14 | Erg lastig – Leefpatroon aanpassen – Saai – Constant nadenken – Wennen\*Beu-Vervelend –Honger –Moeilijk – Moeilijk – Mindfuck –Beperkt –  Honger – Moeilijk –Slap – Zelf\* Geen probleem + |
|  | medicatie | 4.54.195.36.66.76.20 | Eng – Niet voorgedaan – Viel wel mee \*Geen info over pillen –Niets kwaad + Ongerust - |
|  | Bloedsuikers prikken | 1.42.103.23.45.115.145.16 | Makkelijk +Vervelend –Vroeg opstaan -Onhandig – Vergeten \*Prikdag\*Schommeling – Weinig zorgen + Verschrikkelijk – Went \*  |
| begeleiding | Hulpverleners Communicatie  | 1.171.292.193.234.64.74.234.265.176.16.56.96.252.242.274.19 | Niet echt nodig gehad+ Het kan Intensiever – Super+ Eerder testen – Goed geregeld+Weinig – Oefenen \*Eigen initiatief-Weinig aandacht –Kind gericht +Weinig info – Heel erg goed +Weinig – Positief +Goed in de gaten +Fijn ziekenhuis + Vriendelijk +Toegankelijk+Geen hoge drempels +Lieve mensen + Mailen – persoonlijk contact + weinig contact -  |