

*“ Wat is de behoefte van opvoeders aan pedagogische begeleiding, rondom het thema ‘loslaten’, bij het managen van diabetes mellitus type 1, in het dagelijkse leven in de leeftijdscategorie acht en negen jaar?”*

Naam:	Maijla Rookhuijzen
Studentnummer:	1571718
Opleiding:	HBO Ecologische Pedagogiek, Hogeschool Amersfoort
Leerteamcoach:	Anke van Bijsterveldt
Product:	Afstudeervoorstel
Opdrachtgever:	M.J. Schouten, kinderdiabetesverpleegkundige bij het Meander Medisch Centrum Amersfoort

# Voorwoord

---

Voor u ligt mijn afstudeeronderzoek in het kader van de opleiding Pedagogiek aan de Hogeschool te Amersfoort. Dit onderzoek is tot stand gekomen naar aanleiding van een samenwerkingsverband tussen het kinderdiabetesteam van het Meander Medisch Centrum te Amersfoort en mij.

Waarbij er gekeken is naar de hoofdvraag “Wat is de behoefte van de opvoeders aan pedagogische begeleiding, rondom het thema ‘loslaten’, bij het managen van diabetes mellitus type 1, in het dagelijkse leven in de leeftijdscategorie acht en negen jaar?”

Ik heb mijzelf het afgelopen half jaar met veel plezier mogen verdiepen in het onderwerp diabetes mellitus (DM) type 1. Daarnaast heb ik de behoefte van opvoeders aan pedagogische begeleiding in kaart mogen brengen. Ik hoop dan ook dat u dit afstudeeronderzoek met net zoveel plezier zal lezen als dat ik tijdens het schrijven heb gehad!

Als eerste wil ik mijn docent begeleider, Anke van Bijsterveldt en praktijkbegeleider Mirjam Schouten bedanken voor de ondersteuning en kennis tijdens het schrijven van mijn scriptie.

Ten tweede wil ik geïnterviewde bedanken voor de tijd en de moeite die aan het onderzoek gespecendeerd is. Het heeft even wat tijd gekost, maar mede door de goede medewerking heb ik dit eindresultaat neer kunnen zetten.

**Bedankt allemaal!**

# Samenvatting

---

## **Achtergrond**

Het kinderdiabetesteam wilt graag onderzocht hebben wat de behoefte van opvoeders aan pedagogische begeleiding is, zodat zij kunnen zien of deze behoefte aansluit bij datgene wat het kinderdiabetesteam aanbiedt. *Kort beschrijven waarom het thema loslaten*

De hoofdvraag luidt dan ook: *“Wat is de behoefte van opvoeders aan pedagogische begeleiding, rondom het thema ‘loslaten’, bij het managen van diabetes mellitus type 1, in het dagelijkse leven in de leeftijdscategorie acht en negen jaar?”*

Volgens het Nederlandse Diabetes Federatie (2003) is diabetes mellitus een snel toenemende ziekte in Nederland, maar ook in de rest van de wereld. Doordat diabetes mellitus steeds meer op jonge leeftijd gediagnosticeerd wordt, is dit een belangrijk punt in de zorg. De diabetes mellitus heeft niet alleen invloed op het kind maar op alle systemen die betrokken zijn bij het kind (NDF, 2003). Daarnaast zijn de resultaten die voortvloeien uit dit onderzoek relevant zijn voor het kinderdiabetesteam van het Meander Medisch Centrum, te Amersfoort.

## **Doel**

Door middel van dit onderzoek wil ik het kinderdiabetesteam inzicht geven in de behoefte van opvoeders aan pedagogische begeleiding, rondom het thema ‘loslaten’, waaraan de sub-thema’s schoolreisje, verjaardagsfeestjes en logeren aan vast gekoppeld zit.

## **Methode**

Het onderzoek kent een kwalitatieve insteek waarbij er gebruik is gemaakt van literatuurstudie. Daarnaast zijn er interviews gehouden die een half-gestructureerde karakter hadden. Vervolgens zijn deze interviews geanalyseerd aan de hand van de codeboom waarbij er gebruik is gemaakt van een topiclijst.

## **Resultaten**

De belangrijkste punten die uit het onderzoek naar voren komen zijn:

1. Duidelijke afspraken tussen opvoeder en school over verschillende situaties;
2. Spanningsveld bij logeren wordt onder opvoeders als het hoogst ervaren;
3. Duidelijke afspraken tussen opvoeder en andere betrokkene over verschillende situaties;
4. Een hypo wordt eerder herkent dan een hyper;
5. Opvoeders verwachten een actievere rol van leerkrachten/scholen;
6. Gebruik van insulinepomp wordt gezien als groot voordeel ten opzichte van insulinepen;
7. Begeleiding kinderdiabetesteam scoort hoog bij opvoeders

## **Conclusie**

Op basis van de conclusies uit het onderzoek zijn de belangrijkste aanbevelingen:

1. Sport en diabetes mellitus ;
2. Diabetes in de klas;
3. Database oppassers;
4. Individuele gesprekken opvoeders versus medewerker kinderdiabetesteam

*Meer in verhaal vorm schrijven*

# Inhoudsopgave

---

Voorwoord

Samenvatting

Hoofdstuk 1	Onderzoek	5
1.1	Inleiding	
1.2	Organisatie	
1.2.1	Locatie en medewerkers	
1.2.2	Samenwerking	
1.2.3	Kinderdiabetesteam	
1.2.4	Werkwijze kinderdiabetesteam	
1.2.5	Visie	
1.2.6	Toekomstbeeld	
1.3	Aanleiding	
1.4	Probleemanalyse	
1.5	Doelstelling en vraagstelling	
1.6	Relevantie	
1.6.1	Maatschappelijke relevantie	
1.6.2	Actuele relevantie	
1.6.3	Persoonlijke relevantie	
1.7	Ecologisch perspectief	
Hoofdstuk 2	Methodische verantwoording	
2.1	Onderzoeksmethode	
2.2	Onderzoekspopulatie en respons	
2.3	Dataverzameling	
2.4	Analysemethode	
2.5	Betrouwbaarheid en validiteit	
2.5.1	Betrouwbaarheid	
2.5.2	Validiteit	

## Hoofdstuk 3 Theoretisch kader

- 3.1 Diabetes
  - 3.1.1 Wat is diabetes?
  - 3.1.2 Diabetes, twee verschillende types
  - 3.1.3 Wat veroorzaakt nu eigenlijk diabetes mellitus type 1?
  - 3.1.4 Symptomen
  - 3.1.5 Evenwicht
  - 3.1.6 Te hoog of te laag?
  - 3.1.7 Nooit vakantie!
- 3.2 De rol van opvoeders tijdens de opvoeding
- 3.3 Opvoeding van een gezond kind
- 3.4 Opvoeding van een chronisch ziek kind
- 3.5 Het acceptatieproces
  - 3.5.1 Het gezin
  - 3.5.2 De omgeving
- 3.6 Algemene ontwikkeling van een kind in de leeftijd acht tot negen jaar
  - 3.6.1 Kinderen van acht en negen jaar
  - 3.6.2 Veilige basis
  - 3.6.3 Hechting
  - 3.6.4 Separatieangst
  - 3.6.5 Individuatie
  - 3.6.6 Positief zelfbeeld
- 3.7 Je kind zelf verantwoordelijk maken voor de diabetes
  - 3.7.1 Loslaten
  - 3.7.2 Waarom is dat loslaten zo belangrijk
  - 3.7.3 Zelfstandigheid bevorderen
  - 3.7.4 Richtlijnen voor wat een kind van acht en negen jaar al weet en doet
- 3.8 Schoolreisje
- 3.9 Verjaardagsfeestjes
- 3.10 Logeren
- 3.11 Behoeftes
- 3.12 Wat wordt er a.d.h.v. de geraadpleegde literatuur verstaan onder pedagogische begeleiding

## Hoofdstuk 4 Resultaten naar aanleiding van interviews met opvoeders

- 4.1 Persoonskenmerken
- 4.2 Afspraken school
- 4.3 Schoolreisje
- 4.4 Logeren
- 4.5 Traktaties
- 4.6 Verjaardagsfeestjes
- 4.7 Hypo en hyper
- 4.8 Zelfstandigheid
- 4.9 Behoeftte van de opvoeders
- 4.10 Insulinepomp versus insulinepen
- 4.11 Spanningsveld
- 4.12 Begeleiding kinderdiabetesteam

## Hoofdstuk 5 Resultaten naar aanleiding van interview met psycholoog

- 5.1 Algemeen
- 5.2 Angsten
- 5.3 Spanningsveld in het algemeen
- 5.4 Netwerk rondom het kind
- 5.5 Latentiefase

## Hoofdstuk 6 Conclusie

- 6.1 Belangrijke punten die eerder uit het onderzoek naar voren zijn gekomen
- 6.2 Beantwoording deelvragen
  - 6.2.1 Waar lopen opvoeders tegenaan in het dagelijkse leven
  - 6.2.2 Wat wordt er onder pedagogische begeleiding verstaan door opvoeders
  - 6.2.3 Waar lopen opvoeders tegenaan binnen de besproken thema's
  - 6.2.4 Wat vinden opvoeders van de begeleiding van het kinderdiabetesteam

## Hoofdstuk 7 Discussie

- 7.1 Beperkingen van mijn onderzoek
- 7.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek
  - 7.2.1 Sport en diabetes mellitus
  - 7.2.2 Diabetes in de klas
  - 7.2.3 Database oppassers
  - 7.2.4 Individuele gesprekken opvoeders versus medewerker kinderdiabetesteam

## Literatuurlijst

## Bijlagen

1. Stappenplan educatie checklist
2. Begrippenlijst
3. Inleiding vanuit het kinderdiabetesteam voorafgaande aan mijn brief
4. Brief opgeven deelname interviews
5. Eén uitgewerkte transcriptie
6. Eén uitgewerkte topic a.d.h.v. de codeboom
7. Topiclijst
8. Axiaal coderen
9. Richtlijnen voor wat een kind van acht en negen jaar al weet en doet
10. Beoordelingsformulier voor opdrachtgever Meander Medisch Centrum
11. Beoordelingsformulier door mijzelf ingevuld
12. Beoordelingsformulier voor docent
13. Logboek



# Hoofdstuk 1      Aanleiding

---

Via Anke van Bijsterveldt ben ik in contact gekomen met het kinderdiabetesteam van het Meander Medisch Centrum te Amersfoort. Zij willen graag onderzocht hebben wat de behoefte van opvoeders aan pedagogische begeleiding is, zodat zij kunnen zien of deze behoefte aansluit bij datgene wat het kinderdiabetesteam aanbiedt.

Momenteel is het ziekenhuis vooral gericht op de medische begeleiding. Desalniettemin zijn zij zich ervan bewust dat opvoeders en kinderen vooral ook behoefte hebben aan praktische/pedagogische begeleiding rondom het dagelijks omgaan met diabetes mellitus (DM) type 1. Tijdens het spreekuur komen er steeds meer vragen van opvoeders over de pedagogische kant waarbij het thema 'loslaten' steeds terug komt. Opvoeders ervaren binnen het 'loslaten' continu een spanningsveld, omdat de diabetes een bepaalde zorg met zich meebrengt. Opvoeders hebben het idee dat als zij deze zorg loslaten andere betrokkene of het kind zelf deze taak/verantwoordelijkheid niet op zich neemt. Het gevolg hiervan is dat de bloedsuiker ontregelt en kan indirecte complicatie op latere leeftijd veroorzaken.

## **Organisatie**

In het Meander Medisch Centrum wordt er elke dag, met elkaar de ambitie om de beste zorg te leveren gedeeld. Waarbij iedere patiënt kan rekenen op klantvriendelijke, deskundige en betrouwbare zorg. Het Meander Medisch Centrum is een topklinisch ziekenhuis en lid van de Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ). Verder is het ziekenhuis NIAZ-geaccrediteerd en levert het hiermee aantoonbaar kwaliteit. NIAZ geeft dit keurmerk alleen af aan ziekenhuizen die volgens hun eisen een adequate en veilige organisatie zijn.

## **Kinderdiabetesteam**

Het kinderdiabetesteam bestaat uit kinderartsen: Roos Nuboer en Petra Schram. Daarnaast uit vier kinderdiabetesverpleegkundige, twee diëtisten, een kinderpsycholoog en een maatschappelijk werkster.

Elke woensdag- en donderdagmiddag wordt er multidisciplinair spreekuur gehouden, waarbij de kinderen (met opvoeders) de kinderarts spreken of waarbij de kinderen (met opvoeders) de kinderdiabetesverpleegkundige en/of diëtiste spreken. Vervolgens wordt er elk jaar een uitgebreid

gesprek gevoerd met alle betrokkene waarbij de behandeling wordt geëvalueerd en er een plan voor het komende jaar wordt gemaakt. Daarbij wordt er nadrukkelijk gekeken naar de kwaliteit van leven en de zelfstandigheid van de kinderen/jongeren (Meander, 2014).

### **Werkwijze kinderdiabetesteam**

De huisarts ontdekt als eerst of een kind diabetes mellitus. Dit gebeurt nadat er een vingerprik is afgenomen waarmee de bloedsuiker wordt gemeten. Vervolgens wordt je doorgestuurd naar het kinderdiabetesteam in het ziekenhuis. Hier wordt je in eerste instantie gezien door een assistent en de kinderarts.

Wanneer de diagnose diabetes mellitus heeft plaats gevonden door het lab, volgt er meestal de volgende dag een bezoek aan de diëtiste. Waarna er vervolgens gestart wordt met het traject van begeleiding en educatie rondom de diabeteszorg<sup>1</sup>.

De eerste week wordt er zowel van het kind als van de opvoeders verwacht dat ze dagelijks een bezoek aan de poli, in het ziekenhuis brengen. Gedurende deze week wordt er twee tot viermaal de vingerprik en de insuline gespoten. Waarna dit overgaat naar vier keer daags.

Na deze intensieve week, worden de bezoeken aan het kinderdiabetesteam binnen één maand langzaam afgebouwd. Dit aangezien opvoeders inmiddels beschikken over de basis om verder te gaan en een steeds verdere verdieping vinden in hoe om te gaan met de medische handelingen en deze ook weten toe te passen in het dagelijks leven.

Hierna volgt er een driemaandelijke controle op de diabetespoli waar onder andere de HbA1c<sup>2</sup> geprikt wordt. Hierbij wordt het kind de ene keer gezien door de kinderarts en de andere keer door de diabetesverpleegkundige. Indien nodig, volgt er ook een afspraak bij de diëtiste. Daarnaast komen de kinderen ook vaak tussendoor waarbij ook tussendoor de bloedsuikers gemaild worden.

Tenslotte volgt er één keer per jaar een jaargesprek. Tijdens dit gesprek met alle betrokkenen en het kinderdiabetesteam wordt de behandeling geëvalueerd. Daarop volgt een plan voor het komende jaar. Een positieve insteek, is het uitgangspunt om zowel kinderen als opvoeders te stimuleren (M.J. Schouten, persoonlijke communicatie, 21 februari 2014).

---

<sup>1</sup> Zie bijlage *Stappenplan educatie checklist*

<sup>2</sup> Zie bijlage *Begrippenlijst*

## **Visie**

De visie van het kinderdiabetesteam van het Meander Medisch Centrum, te Amersfoort luidt als volgt:

Kwaliteit van zorg is het doel door:

1. Optimale medische en verpleegkundige 24-uurszorg voor kinderen, tieners en adolescenten met diabetes, zorg van geboorte tot volwassenheid;
2. Goede psychosociale zorg;
3. Expertise krijgen en behouden op het gebied van alle technologische mogelijkheden in de diabeteszorg;
4. Deelname aan nationale en internationale research en mogelijkheden tot opzetten van eigen research;
5. Samenwerking met andere nationale en internationale centra en
6. Elektronische verslaglegging via een specifiek diabetes EPD

(M.J. Schouten, persoonlijke communicatie, 5 maart 2014).

## **Toekomstbeeld**

Door samenwerking met een ander centrum is het mogelijk geheel aan de NDF (300 kinderen) zorgstandaard te voldoen. Met dagelijks spreekuren op de diabetespoli, zodat de kinderen en hun ouders flexibel afspraken kunnen maken. Door een goed diabetes EPD (elektronisch patiënten dossier) kunnen we de outcome van het centrum goed monitoren en behandelingen bijstellen zowel individueel als op groepsniveau. Zowel de kinderartsen als de verpleegkundigen kunnen aandachtsgebieden nemen binnen de diabetologie en zodoende tot een hoog expertise niveau raken waardoor de zorg kwalitatief verbeterd. Er zal veel aandacht aan psychosociale begeleiding gegeven worden, zowel individueel als voor groepen ouders met kinderen in bepaalde leeftijdsgroepen. Er zal gestreefd worden naar participatie met (inter)nationale studies zodat onze patiënten baat hebben bij de nieuwste vindingen. (M.J. Schouten, persoonlijke communicatie, 5 maart 2014).

## Hoofdvraag

*“Wat is de behoefte van de opvoeders aan pedagogische begeleiding, rondom het thema ‘loslaten’, bij het managen van diabetes mellitus type 1, in het dagelijks leven in de leeftijdscategorie acht tot negen jaar?”*

### *Theoretische deelvragen:*

1. Wat wordt er verstaan onder het thema ‘loslaten’ wanneer je kijkt naar de leeftijdscategorie zes tot negen jaar?;
2. Wat houdt de chronische ziekte diabetes type 1 in?;
3. Wat is de ontwikkelingspsychologie van ‘gezonde’ kinderen in de leeftijdscategorie zes tot negen jaar?;
4. Wat is de ontwikkelingspsychologie van chronisch zieke kinderen in de leeftijdscategorie zes tot negen jaar?;
5. Wat is de definitie van behoefte? en
6. Wat wordt er aan de hand van geraadpleegde literatuur verstaan onder pedagogische begeleiding?

### *Praktische deelvragen:*

1. Waar lopen opvoeders van een kind met diabetes type 1, momenteel in het dagelijks leven tegenaan rondom het thema ‘loslaten’?;
2. Wat wordt er onder pedagogische begeleiding verstaan door opvoeders?;
3. Waar lopen opvoeders tegenaan binnen de thema’s verjaardagsfeestje, logeren en schoolreisje?;
4. Wat vinden opvoeders van de begeleiding van het kinderdiabetesteam van het Meander Medisch Centrum? en
5. Wat zijn volgens opvoeders verbeterpunten voor het kinderdiabetesteam van het Meander Medisch Centrum?

### **Doelstelling en relevantie van dit onderzoek voor het kinderdiabetesteam**

Door middel van dit onderzoek wordt er aan het kinderdiabetesteam inzicht geven in de behoeften van opvoeders aan pedagogische begeleiding, rondom het thema 'loslaten', waaraan de sub thema's schoolreisje, verjaardagsfeestjes en logeren aan vast gekoppeld zitten.

Dit omdat er tijdens het spreekuur steeds meer vragen van opvoeders over de pedagogische kant waarbij het thema 'loslaten' steeds terug komt. Zij willen dan ook weten of datgene wat ze nu doen voldoende is (M.J. Schouten, persoonlijke communicatie, 27 februari 2014).

### **Maatschappelijke relevantie**

Het Nederlandse Diabetes Federatie (2003) geeft aan diabetes een snel toenemende ziekte is in Nederland (er wordt gesproken van een stille epidemie), maar ook in de rest van de wereld. Het steeds meer op jonge leeftijd voorkomen, is daarbij een belangrijk punt in de zorg.

Aangezien er meerdere systemen bij een kind betrokken zijn, zoals school en vrienden, is het van belang dat er rondom het thema 'loslaten' ook deze systemen educatie ontvangen, waardoor zij bekend en vertrouwd raken met de basis principes van diabetes.

### **Persoonlijke relevantie**

Kinderen in verschillende leeftijdscategorieën hebben mij altijd al erg aangesproken. Zo vind ik het interessant om te werken met chronisch zieke kinderen. Zo ben ik een voorstander om een kind een kind te kunnen laten zijn en juist het kind als eerste zien en de chronische ziekte die een kind heeft pas daarna. De chronische ziekte is iets wat het kind is overgekomen en niet het kind zelf. Tevens ben ik iemand die vrijwel altijd opzoek is naar mogelijkheden en kansen ziet. Dit vind ik juist belangrijk bij kinderen die een chronische ziekte hebben. Kinderen moeten op jonge leeftijd vaak al zo veel, waardoor ze soms al snel 'volwassen taken' op zich dragen. Ook deze kinderen moeten lekker kunnen genieten van de kleine, 'normale' dingen.

## **Ecologisch perspectief**

In de ecologische pedagogiek staat de mens niet *los*: een ecologische pedagoog beschouwt de wereld als een netwerk van verschijnselen, die onderling afhankelijk en fundamenteel met elkaar verbonden zijn (van der Poel, 2010). Alle mogelijke perspectieven bekijken, het verhaal verstaan en begrijpen van kinderen en alle betrokkenen in het netwerk van het kind. Daarnaast is de ecologische pedagoog nieuwsgierig, kritisch en altijd op zoek naar mogelijkheden. Waarbij er niet te snel conclusies worden getrokken of geprobeerd wordt om verhalen vanuit één theorie te verklaren.

Doordat situaties veelal meerstemming zijn en niet vanuit één theorie te verklaren zijn is er in dit onderzoek gekeken naar verschillende betrokkenen en hun perspectieven. Daarom zijn opvoeders van kinderen met DM als de psycholoog van het Meander Medisch Centrum betrokken bij dit onderzoek. Aangezien ieders verhaal gevoed wordt uit verschillende (veelal onbewuste) overtuigingen en culturen zijn al deze perspectieven van belang (van der Poel, 2010).

Verder is dit onderzoek ecologisch omdat het bijdraagt aan het in kaart brengen van de inzichten van opvoeders rondom het thema 'loslaten'. Waarbij er gebruik gemaakt is van verschillende bronnen en er sprake is van een samenwerking en onderlinge afstemming tussen een viertal studenten.

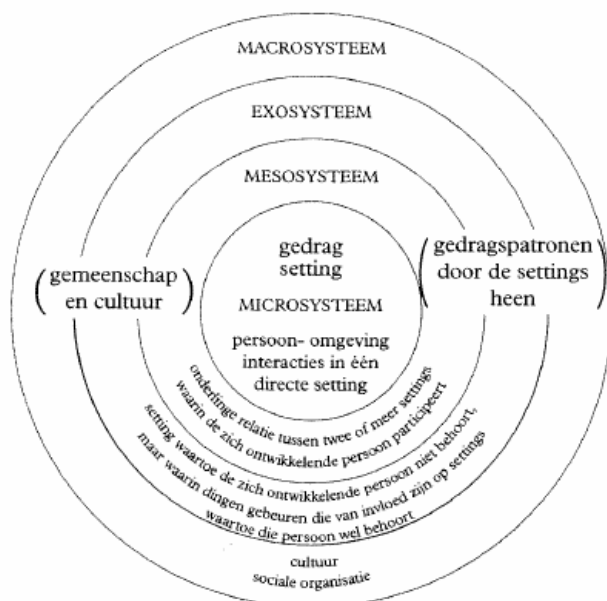
Bronfenbrenner (1977, aangehaald in van der Ploeg, 2005)<sup>3</sup> gaat er vanuit dat de omgeving waarin kinderen opgroeien, van grote invloed is op hun ontwikkeling en gedrag. Zo is de afstemming tussen het mesosysteem van groot belang bij kinderen met een chronische ziekte voor het loslatingsproces. Door goede afstemming kan een chronisch ziek kind in een vertrouwde omgeving langzaam zelfstandig worden.

Het systeem waar binnen een kind opgroeit zorgt er, samen met de competenties van het kind, voor in welke mate het kind zich zal ontwikkelen op de verschillende ontwikkelingsgebieden. Zo oefenen opvoeders invloed uit op hun kinderen maar kinderen ook op hun opvoeders.

---

<sup>3</sup> Zie bijlage *Schema Bronfenbrenner*

De ecologische omgeving (Bronfenbrenner, 1977)



### Microsysteem

Settings waarin kinderen face-to-face contacten hebben. Bijvoorbeeld het gezin, school, sportvereniging.

Per dag komt het kind in aanraking met verschillende microsystemen. Zo hebben al deze systemen een belangrijke rol bij een kind met DM en de dagelijkse medische handelingen.

### Mesosysteem

De relatie tussen twee of meer settings waarin het kind participeert. Bijvoorbeeld relaties en communicatie tussen gezin en school.

Zo is de samenwerking en communicatie tussen de verschillende microsystemen van groot belang bij kinderen met een chronische ziekte voor het loslatingsproces. Door een goede afstemming kan een kind in een vertrouwde omgeving langzaam zelfstandig worden.

### Exosysteem

Settings waarin het kind niet betrokken is. Bijvoorbeeld werkplek van de ouders.

Doordat de diabetes veel vraagt van het kind en het gezin, heeft dit ook een wisselwerking op de werkplek van de ouders. Het vraagt veel flexibiliteit van het gezin maar in bepaalde mate ook van de werkplek, in verband met telefonische bereikbaarheid, ziekenhuisafspraken enzovoorts.

### Macrosysteem

De wijde wereld waarin kinderen leven. Bijvoorbeeld ideologie, politiek, cultuur, normen en waarden.

Hier kan er verwijzen worden naar de zorgplicht die scholen krijgen per 1 augustus 2014. Oftewel scholen dienen elk kind een passend onderwijsplek te bieden, waarin het kind ondersteund moet worden bij de zelfzorghandelingen rondom de diabetes.



# Hoofdstuk Methodische verantwoording

---

In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk wordt er weergegeven hoe dit onderzoek is uitgevoerd, waarbij er gebruik is gemaakt van verschillende methoden. De onderzoekspopulatie en respons volgen in de tweede paragraaf waarna er in de derde paragraaf beschreven staat hoe de dataverzameling tot stand is gekomen. In de vierde paragraaf wordt de analysemethode toegelicht en ten slotte komt in de laatste paragraaf de betrouwbaarheid en validiteit aanbod.

## **4.1 Onderzoeksmethode**

### *Kwalitatief onderzoek*

Doordat dit onderzoek een kwalitatieve insteek kent, waarbij het niet gaat om in kaart brengen van cijfers, maar om het verkennen en inzichtelijk maken van een thema of een vraagstuk (Baarda, de Goede, en Teunissen, 2005).

Bij kwalitatief onderzoek staat de beleving van de respondenten centraal en heeft de onderzoeker de mogelijkheid om zich aan te passen aan de omstandigheden. Waardoor dit goed aansluit bij de meningen, bevindingen en ervaringen van de respondenten rondom het thema 'loslaten' (Verhoeven, 2007). Voor de afname van de interviews is er rekening gehouden met een tijdsbestek van drie weken.

### *Literatuuronderzoek*

Daarnaast is er gebruik gemaakt van een secundaire literatuuronderzoek. Oftewel dit betreft literatuur waarin door andere acteurs over al behandelde onderwerpen wordt gerapporteerd (Verhoeven, 2007).

Kortom er is literatuuronderzoek gedaan naar diabetes mellitus type 1 en wat voor invloed dit heeft op zowel het gezin als op het kind. Daarnaast is er gekeken naar hoe de opvoeding van een gezond kind eruit ziet in vergelijking met die van een chronisch ziek kind, waarbij de algemene ontwikkeling van een kind in de leeftijd acht tot negen jaar meegenomen wordt.

## 4.2 Onderzoekspopulatie en respons

Door het inzetten van het patiëntendossier van het kinderdiabetesteam van het Meander Medisch Centrum is de populatie van dit onderzoek tot stand gekomen. Vervolgens is er via een mailbericht op 21 maart 2014 een uitnodiging verstuurd voor deelname aan het onderzoek aan opvoeders met een kind in de leeftijd acht tot negen jaar<sup>45</sup>. Vervolgens had men, twee weken de tijd, om zich op te geven. Hierna is er contact opgenomen met de opvoeders die zich hiervoor hadden aangemeld.

### *Respons*

Uiteindelijk ben ik door negen opvoeders benaderd, waarvan er uiteindelijk zes daadwerkelijk deel hebben genomen aan het onderzoek. Ook is er een interview afgenomen bij psycholoog – klinische (NAAM VERNOEMEN)

Vervolgens ben ik door negen opvoeders benaderd en hebben er uiteindelijk zes opvoeders ingestemd met deelname aan het onderzoek. Naast deze opvoeders heeft ook de psycholoog deelgenomen aan een interview.

## 4.3 Dataverzameling

### *Half-gestructureerde interviews*

Voor dit onderzoek is er gebruik gemaakt van een half-gestructureerde interviews en zijn bij alle respondenten ingezet, waarbij de hoofdvraag van dit onderzoek centraal staat.

Tijdens deze half-gestructureerde interviews is er gebruik gemaakt van topic's oftewel een lijst met onderwerpen die als leidraad diende tijdens de afname van de interviews. Deze topic's zijn tot stand gekomen naar aanleiding van het literatuuronderzoek en zijn tegelijkertijd ook gebruikt voor het analyseren van de interviews.

1. Schoolreisje;
2. Verjaardagsfeestjes;
3. Logeren;
4. Loslatingsproces / uitzonderingspositie;
5. Afspraken;
6. Ervaring / kennis / vaardigheden overbrengen;
7. Begrip / steun voor zowel opvoeders als kind en
8. Vertrouwen / controle (beheersen/loslaten)

---

<sup>4</sup>Zie bijlage *Inleiding vanuit het kinderdiabetesteam voorafgaande aan mijn brief*

<sup>5</sup> Zie bijlage *Brief opgeven deelname interviews*

Er is gekozen voor het gebruiken van een half-gestructureerde interviews omdat er hierbij alle ruimte is voor de eigen inbreng van de respondenten. Ook geeft dit de onderzoeker de gelegenheid om in te spelen op de situatie en de beleving van de respondent (Verhoeven, 2007).

#### *Zelfselectie*

Via zelfselectie zijn er respondenten geselecteerd. Deze selectie steekproef houdt in dat de respondenten aan een bepaalde voorwaarden moeten voldoen. Via een mailbericht is er een uitnodiging verstuurd voor deelname aan dit onderzoek, waarbij de deelname geheel vrijwillig is (Verhoeven, 2007).

Alle respondenten hebben toestemming gegeven voor het opnemen van de interviews. Dit zorgt ervoor dat de onderzoeker zich niet bezig houdt met het noteren van datgene wat er gezegd wordt, maar juist aandacht kan geven aan interviewtaak. Door de interviews op te nemen is de kans op vertekeningen na het interview ook beperkt (Mortelmans, 2007). Na het verzamelen van de data zijn de interviews uitgewerkt in transcripten<sup>6</sup>.

#### **4.4 Analysemethode**

De half-gestructureerde interviews zijn geanalyseerd aan de hand van de codeboom<sup>7</sup> waarbij de topiclijst als handvat hebben gediend:

1. Schoolreisje;
2. Verjaardagsfeestjes;
3. Logeren;
4. Loslatingsproces / uitzonderingspositie;
5. Afspraken;
6. Ervaring / kennis / vaardigheden overbrengen;
7. Begrip / steun voor zowel opvoeders als kind en
8. Vertrouwen / controle (beheersen/loslaten)

Bij een analyseproces wordt als eerste *open gecodeerd* oftewel de gevonden begrippen worden gedefinieerd. Hierna is er naar verbanden, associaties en/of combinaties gezocht.

#### **4.5 Betrouwbaarheid en validiteit**

---

<sup>6</sup> Zie bijlage *Eén uitgewerkte transcriptie*

<sup>7</sup> Zie bijlage *Eén uitgewerkte topic a.d.h.v. de codeboom*

Het is belangrijk aandacht te schenken aan de betrouwbaarheid en de validiteit om zo de kwaliteit van het onderzoek te verhogen zegt Verhoeven (2007).

#### **4.5.1 Betrouwbaarheid**

Volgens Verhoeven (2007) is een onderzoek betrouwbaar wanneer deze herhaalbaar is en tot dezelfde resultaten leidt. Dit is lastig aangezien er bij dit onderzoek gebruik is gemaakt van topiclijst die als leidraad diende tijdens de open interviews. De interne betrouwbaarheid is verhoogd doordat er externe toegang is verleend aan een peer examination. Oftewel de resultaten zijn door zowel een begeleidende docent als door de opdrachtgever gelezen. Het opnemen van interviews draagt er aan bij dat er meer interactie ontstaat, waardoor er meer informatie verzameld kan worden. De nadelen volgens Verhoeven (2007) hieraan is dat dit heel veel tijd kost.

#### **4.5.2 Validiteit**

Door in gesprek te gaan met verschillende perspectieven (opvoeders en psycholoog) is de hoofdvraag vanuit verschillende kanten belicht. Door gebruik te maken van open interviews ontstond er meer diepgang tijdens de dataverzameling omdat respondenten de mogelijkheid kregen om hun verhaal te vertellen.

De interne validiteit heb ik weten te bewaken door regelmatig delen naar zowel mijn begeleidende docent als opdrachtgever te sturen. Waardoor zij konden kijken of deze delen voldeden aan de verwachtingen..

# Hoofdstuk Theoretisch kader

---

In dit hoofdstuk worden theoretische concepten die te maken hebben met begrippen uit de probleemstelling uiteengezet. Deze onderwerpen vormen een kader voor het onderzoek. In de eerste paragraaf wordt beschreven wat de ziekte diabetes mellitus inhoudt. Vervolgens komt de rol van de opvoeders aanbod in paragraaf twee. In paragraaf drie wordt er ingegaan op de opvoeding van gezond kind, gevolgd door de opvoeding van een chronisch ziek kind. De begrippen 'behoefte' en 'pedagogische begeleiding' worden in de daarop volgende twee paragrafen toegelicht. Het acceptatieproces, de ontwikkelingspsychologie en het belang van zelfverantwoordelijkheid volgen in paragraaf zeven, acht en negen. -> **KIJKEN OF DIT NOG IN DE JUISTE VOLGORDE STAAT**

## 5.1 Diabetes

Diabetes Mellitus, beter bekend als 'suikerziekte' is volgens Elte (2011) in Nederland één van de meest voorkomende aandoeningen. Er is bekend dat er zo'n 800.000 mensen met suikerziekte type 1 en 2 samen kampen, waarvan er onder de achttien jaar 10.000 kinderen diabetes mellitus type 1 heeft (M.J. Schouten, persoonlijke communicatie, 14 februari 2014).

### 5.1.1 Wat is diabetes?

Koolhydraten is de belangrijkste leverancier van glucose. Glucose is de brandstof voor alle cellen in het lichaam. Uit onze voeding wordt glucose gehaald. Daarnaast zit erin onze voeding koolhydraten, die afgebroken worden tot glucose. Koolhydraten. Dit gebeurt al bij het kauwen van ons eten. Glucose kan alleen door de cellen gebruikt worden als er insuline is. Insuline is een hormoon dat gemaakt wordt in de alveesklier. Insuline zorgt ervoor, dat glucose de cellen in kan. De alveesklier ook wel de pancreas genoemd maakt geen insuline meer aan. Wanneer er geen of juist te weinig insuline aangemaakt wordt, of het lichaam reageert niet goed meer op de insuline, dan gaat de glucose in het bloed zich ophopen. Hierdoor kan de glucose niet in de cellen en zo ontstaan er klachten. Ondanks dat er wel glucose in het bloed zit, krijgen de cellen te weinig brandstof, zegt kinderarts den Ouden (2011).

### **5.1.2 Diabetes, twee verschillende types**

Bij diabetes type 1 wordt er in de alvleesklier geen insuline meer aangemaakt. Omdat type 1 voorkomt bij alle leeftijden, maar vaak begint op jongere leeftijd wordt het ook wel 'jeugddiabetes' genoemd. Doordat je hier niet over heen kan groeien en het op elke leeftijd kan krijgen, klopt de benaming eigenlijk niet meer. Hierom wordt er eigenlijk het woord diabetes type 1 gebruikt zegt het Diabetes Fonds (2014). Van de tien mensen met diabetes, heeft er één diabetes type 1.

Diabetes type 2 kan verschillende oorzaken hebben zegt den Ouden (2011). Het lichaam maakt minder insuline aan dan het nodig heeft, of de insuline wordt wel voldoende aangemaakt maar kan niet goed werken. Ook dan stijgt de glucosespiegel in het bloed. Daarnaast komt diabetes mellitus type 2 meer voor bij ouderen en mensen met overgewicht, maar het kan ook bij kinderen voorkomen.

### **5.1.3 Wat veroorzaakt nu eigenlijk diabetes mellitus type 1?**

Komt voor bij mensen die er een erfelijke aanleg voor hebben en daarnaast wordt het op gang gebracht door bepaalde factoren van buitenaf. Wanneer iemand aanleg heeft om diabetes mellitus type 1 te krijgen, dan is het nog niet zeker dat hij/zij het krijgt. De kans is alleen groter dat het afweersysteem een keer een foutje maakt (den Ouden, 2011).

### **5.1.4 Symptomen**

Vooraf aan de behandeling zit vaak een periode van moeheid en niet fit zijn. Deze periode kan vaak al maanden spelen voordat de diabetes duidelijk wordt. Uiteindelijk gaat het kind veel drinken plassen omdat er teveel glucose in het bloed zit, en het lichaam wilt dit zo snel mogelijk afvoeren. Wanneer een kind geen glucose meer in het lichaam heeft, dan worden andere brandstoffen ingeschakeld om zo toch aan energie te komen. Het gevolg hiervan kan zijn dat een kind afvalt. Het lichaam gaat de vetverbranding gebruiken om energie te krijgen. Daarnaast kan een kind veel honger krijgen, of juist helemaal geen behoefte meer hebben aan voedsel. Ook het wazig zien en misselijk zijn, zijn symptomen die vooraf kunnen gaan voordat de diagnose diabetes gesteld kan worden (Diabetes Fonds, 2014 en den Ouden, 2011).

### **5.1.5 Evenwicht**

Wanneer men diabetes mellitus heeft, dan heeft dit altijd een grote invloed op iemands leven en die van andere familieleden. Dit komt omdat de behandeling zo ingrijpend is, dat je nooit een dagje 'vrij' hebt. Je bent 24 uur per dag, 365 dagen per jaar bezig met de diabetes zegt onder andere het Diabetes Fonds (2014). Volgens den Ouden (2011) moet je continu blijven nadenken en zijn er veel factoren die van grote invloed kunnen zijn op de suikerspiegel. De hoeveelheid suiker oftewel glucose in het bloed verandert steeds doordat je wat eet, drinkt, beweegt, stress ervaart, emoties en zelfs door een griepje een gevolg hierop kan een hypo of een hyper zijn. Later wordt er inhoudelijk op deze twee termen ingegaan.

### **5.1.6 Te hoog of te laag?**

Als de bloedglucose te hoog is oftewel er zit te veel glucose in je bloed, dan wordt dat ook wel een hyperglykemie oftewel een hyper genoemd. Je gaat steeds vaker plassen en je kunt de kraan wel leegdrinken. Daarnaast ben je moe, voel je je eigen rot en wil je met iedereen ruzie maken, zeggen Dedding (2008) en het Diabetes Fonds (2014). Veel drinken (niks zoets) helpt hierbij, maar ook beweging is goed volgens het Diabetes Fonds (2014). Op deze manier verbranden de spieren het teveel aan glucose wat in het bloed zit. Vooral de insuline die men spuit helpt en is nodig om in leven te blijven (M.J. Schouten, persoonlijke communicatie, 27 februari 2014).

Als de bloedsuikerspiegel boven de 10 mmol/l stijgt, dan spreken we van een hyper. Bij een ernstige hyper ziet men een diepe ademhaling, die naar aceton kan ruiken zegt het Diabetes Fonds (2014).

Naast het feit dat de bloedglucose te hoog kan zijn, kan hij ook te laag zijn. Oftewel er zit te weinig glucose in je bloed. Dit wordt ook wel een hypoglykemie of een hypo genoemd. Vaak begint het met een hongergevoel, je wordt bleek en je gaat transpireren. Soms wordt je boos of chagrijnig en kan je je eigen niet meer concentreren. Wanneer je slaapt en je krijgt een hypo dan kunnen nachtmerries een gevolg hierop zijn. Ook kan je moe zijn, je slap voelen of last van hoofdpijn hebben, maar wanneer je wat eet of een drankje neemt met suiker er in, gaat het gevoel meestal vrij snel weer weg. Blijkbaar was de voorraad glucose op zeggen den Ouden (2011) en Dedding (2008). Ook geeft den Ouden (2011) aan dat er altijd glucose in het lichaam aanwezig moet zijn, aangezien dit de brandstof is voor de hersenen en zij zelf geen voorraad hebben.

Wanneer de bloedsuikerspiegel onder de 4 mmol/l zakt, dan spreken we van een hypo. Een hypo gevoel kan overigens ook opspelen bij een te hoge bloedglucose. Tevens kan een snelle bloedglucosedaling, door een te snelle verandering ook aanvoelen als een hypo zeggen Dedding (2008) en den Ouden (2011).

### **5.1.7 Nooit vakantie!**

Wanneer een kind op jonge leeftijd diabetes krijgt, grijpt dat diep in op het leven van het kind en op dat van het gezin. Op een gegeven moment kom je als ouder/opvoeder op het punt om de diabetes in het dagelijks leven te integreren en er op een zo goed mogelijke manier mee om te gaan. (de Jong en Hosli, 2004).

Het vervelendste aan diabetes is volgens Dedding (2008), is het feit dat het altijd moet en je het nooit een keertje kan overslaan. Dag in, dag uit, moet er geprikt en gespoten worden. Volgens de Jong en Hosli (2004) ben je als ouder/opvoeder altijd bezig om na te denken over voeding, in relatie met de activiteit van je kind. Ook het vooruitdenken word een nieuw fenomeen wat ouders/opvoeders zich eigen moeten gaan maken. Zo is het bijvoorbeeld niet meer mogelijk om op stap te gaan zonder de nodige medische maatregelen getroffen te hebben. Tevens is het zo dat wanneer je als gezin op vakantie gaat, je als ouder/opvoeder moet bedenken hoe je de diabetes in het dagprogramma kunt passen op een manier dat het voor de andere gezinsleden een niet al te grote belasting gaat worden, zeggen de Jong en Hosli (2004).

## **5.2 De rol van opvoeders tijdens de opvoeding**

Langeveld (1979, aangehaald in Malsschaert en Traas, 2006) omschrijft opvoeding als volgt: 'Opvoeding is omgang tussen volwassenen en kinderen. Die omgang beoogt een bepaalde invloed, namelijk het kind te helpen mondig te worden.'

De feitelijke opvoeding van kinderen vindt plaats binnen specifieke kaders oftewel binnen het gezin. Door allerlei maatschappelijke ontwikkelingen is er ten opzichte van dertig jaar geleden, de structuur binnen het gezin verandert. Oftewel vroeger was bestonden gezinnen vrijwel altijd uit een vader, moeder en enige kinderen, tegenwoordig zijn eenoudergezinnen en/of samengestelde gezinnen heel 'normaal'.

Malsschaert en Traas (2006) geven aan dat iedere opvoeding tenminste drie doelstellingen heeft namelijk, *kinderen leren zich in de maatschappij te handhaven*. Oftewel dat zij rekening houden met anderen maar ook voor hun zelf opkomen. Zich aanpassen aan de omgeving maar ten aller



tijden zichzelf blijven en leren hun mening te uiten. De tweede doelstelling is dat *kinderen zich leren te ontplooiën, hun mogelijkheden en kwaliteiten ontwikkelen*. Oftewel kinderen moeten de ruimte krijgen om zichzelf te kunnen zijn, gestimuleerd te worden om zo spontaan, creatief en nieuwsgierig te zijn. Ook het ontwikkelen van talenten hoort hierbij. En de derde doelstelling is *het ontwikkelen van een eigen identiteit*. Ook wel het leren om te gaan met je eigen mogelijkheden en kwaliteiten.

Volgens Riksen-Walraven (2004, aangehaald in Meij, 2011) biedt de opvoedomgeving kinderen een veilige basis, oftewel een 'thuis' waar de kinderen zichzelf kunnen zijn en zich kunnen ontspannen. Deze veiligheid is van belang aangezien het enerzijds bijdraagt aan het welbevinden van het kind en anderzijds een voorwaarde is om de andere pedagogische doelen te kunnen realiseren. Tevens dient de opvoedomgeving kinderen de gelegenheid te bieden om persoonlijke competenties te kunnen ontwikkelen, waarbij het gaat om de zelfstandigheid, zelfvertrouwen, flexibiliteit, motivatie, creativiteit, cognitieve en taalvaardigheden. Door deze persoonlijke eigenschappen zijn kinderen in staat om zo allerlei problemen goed aan te pakken en weten zij zich goed aan te passen aan (veranderde) situaties. Verder stelt de opvoedomgeving het kind in de gelegenheid om sociale competenties te ontwikkelen, waarbij het draait om sociale kennis en vaardigheden. Oftewel het kind kan zich inleven in anderen, communiceren, samenwerken, elkaar helpen, conflicten voorkomen en oplossen maar ook het ontwikkelen van een sociale verantwoordelijkheid. Verder worden er ook waarden en normen aan het kind overgedragen door de opvoedomgeving, waardoor de kinderen de cultuur eigen maken van de samenleving waarin zij opgroeien.

Meij, Zevalkink & Hubbard (1994, aangehaald in Meij, 2011) geven aan dat emotionele ondersteuning, het gevoel van geborgenheid een belangrijk aspect is om het kind veilig te bieden en op zijn gemak te kunnen stellen. Kortom de opvoeder laat op een positieve manier zijn/haar betrokkenheid zien aan het kind door onder andere complimenteren en aan te moedigen. Wanneer een kind zich gerespecteerd voelt, gaat het op verkenning uit. Belangrijk is dat het kind zoveel mogelijk de ruimte hiervoor krijgt en gerespecteerd wordt. Hierdoor wordt de zelfstandigheid van een kind bevorderd. Het bieden van structuur en grenzen geeft het kind houvast om zelfstandige activiteiten te kunnen ondernemen. Tevens heeft een kind uitleg en informatie nodig om zo de wereld om zich heen te kunnen begrijpen. Dit dient ten aller tijden aan te sluiten bij de behoefte, belevingswereld, aandacht en het ontwikkelingsniveau van het kind.

Ook speelt school een zeer grote rol in het leven van kinderen. Vanaf de vijfde levensjaar zijn kinderen leerplichtig. De school is in vanaf dit moment niet alleen een plaats waar het kind kennis opdoet, maar ook een gemeenschap waarin het kind vriendschappen ontwikkelt en conflicten moet oplossen. Illich (1972, aangehaald in Malsschaert en Traas, 2006) geeft aan dat scholen steeds meer opvoedingstaken van de ouders op zich neemt. Niet alleen het onderwijs, maar ook het aanleren van waarden en normen, culturele vorming en socialisatie.

Leeftijdsgenootjes spelen ook een rol in het leven van kinderen. Erbij willen horen. Een kind gaat zich identificeren aan leeftijdsgenootjes. Dit gedrag wordt nagedaan. In deze contacten maakt een kind kennis met agressief gedrag, ruzie, concurrentie, voor zichzelf opkomen en rekening houden met anderen. Ook ontstaat er groepsdruk om zo de positie van het kind in de klas veilig te stellen. (Kohnstamm, 2009)

### 3.3 Opvoeding van een gezond kind

Volgens Centrum voor Jeugd en Gezin Utrecht (2012) bestaat de perfecte opvoeder niet. Wel kun je je best doen om je kind zo goed mogelijk op te voeden!

Kinderpsycholoog en opvoedcoach Tischa Neve (z.d.) vertelt dat **opvoeden een leuke, maar soms ook lastige klus is**. Het is niet altijd even makkelijk om continu positief en opgewekt te blijven. Een van de grootste valkuilen is volgens haar dan ook dat de focus van de opvoeders te veel gaat naar wat er niet goed gaat en daardoor vergeten wat er wel goed gaat.

Centrum voor Jeugd en Gezin Utrecht (2012) geeft aan **dat opvoeden een uitdagende en inspirerende opdracht is waar elke ouder voor komt te staan**. Kinderen kunnen zich beste ontwikkelen in een positieve omgeving waarin aandacht voor het kind is, wat ze goed doen en waarin ze geholpen kunnen worden. Belangrijk tijdens de opvoeding is aandacht en warmte geven. Door zelf het goede voorbeeld te geven en grenzen op te stellen zodat het kind weet waar het aan toe is. Regels zijn immers nodig bij de opvoeding, en zeker ook de uitleg van waarom deze belangrijk zijn, passend bij de leeftijd van het kind.

Elk kind heeft materiële dingen nodig zoals, kleding, eten en een veilig huis. Tevens is er ook de behoefte aan zorg, aandacht en aanmoediging. Door positief te reageren, complimenteren en consequent te reageren moedig je als opvoeder het kind aan om zich goed te gedragen. Kinderen voelen zich gewaardeerd en gezien, waardoor ze een positief zelfbeeld en zelfvertrouwen ontwikkelen. Dit is nodig om aangezien een kind dan veel meer uitdagingen aan durft, tegen

slagen goed op kan vangen en het maken van sociale contacten makkelijker verloopt, aldus Neve (z.d.) en Centrum voor Jeugd en Gezin Utrecht (2012).

Zo heeft iedere kind behoefte aan regels en grenzen. Dit zorgt voor het kind voor duidelijkheid en een veilig gevoel, kortom het is een houvast.

### **5.3 Opvoeding van een chronisch ziek kind**

De zorg van een chronisch ziek kind is zwaar en vraagt van opvoeders veel zorg en aandacht aldus Schiet (2000) en Moorman (2014). Naast het feit dat je als ouder meer extra taken krijgt, zoals ziekenhuisbezoeken maar ook het op tijd klaar zetten van de medicatie en je kind voorzien van de juiste injecties met insuline, krijg je als ouder ook te maken met verschillende gevoelens zoals angst en boosheid. Er wordt van opvoeders verwacht dat ze de medische zorg van hun kind op zich gaan nemen. Om dit te kunnen doen wordt erin het begin veel aandacht besteed aan de medische handelingen en medische zorg. Je moet als opvoeder wel, je kan niet anders. Alles bij elkaar zorgt dit voor stress, druk en spanning. (Moorman, 2014). Naast deze 'zware' taak dien je als ouders ook allerlei direct betrokkene van het kind en/of gezin duidelijk te maken in te lichten over hoe erom gegaan moet worden met de ziekte en hoe jij als ouder wilt dat er met de ziekte van het kind om gegaan wordt, aldus Schiet (2000).

De chronische ziekte heeft zowel een grote impact op het kind als op de rest van het gezin. Naast het verwerken en acceptatie is de opvoeding een belangrijke voorwaarde om de ontwikkeling van het kind zo positief mogelijk te laten verlopen (Moorman, 2014). Het is echter van belang zo stelt Van Swet (1990), dat opvoeders en kinderen leren om te gaan met de (on)mogelijkheden van de chronische ziekte van het kind.

Hierom is het volgens Schiet (2000) belangrijk dat het opvoeden van een chronisch ziek kind op dezelfde wijze gebeurd als ieder ander kind. [Terugkomen op 3 algemene doelstellingen?](#)

Het is voor het kind goed als zijn ziekte niet te veel op de eerste plaats komt te staan, maar juist het kind zelf. Volgens Schiet (2000) komt een kind dat te veel verwend wordt juist eerder te kort dan dat hij er beter van wordt. Juist een chronisch ziek kind moet tegen een stootje kunnen en tegenslagen kunnen verwerken. Hier zal hij vaker mee te maken krijgen dan een gezond kind zegt Schiet (2000). Van medelijden wordt hij nu eenmaal niet groot.

Vaak krijgen alle nadelen van een chronische ziekte de aandacht, maar desalniettemin heeft het ook zo zijn voordelen vertelt Schiet (2000). Ouders geven aan dat de band tussen de gezinsleden vaak hechter wordt, er meer waardering voor gezondheid ontstaat, het gezin wordt toleranter en

flexibeler. Dit komt alle doordat je meer met elkaar mee maakt, dieptepunten wanneer het minder gaat maar ook hoogtepunten.

Aangezien er sprake is van een verzwaarde opvoeding, kan de positieve interactie tussen opvoeder en kind belemmerd worden door over-bescherming, verwennen, hechtingsproblemen, gedragsproblemen, angsten, drang tot controle en het ontbreken van grenzen. Al deze begrippen staan in verbinding met elkaar. Zo kan probleemgedrag van het kind voortkomen uit over-bescherming. Het is voor iedere ouder moeilijk om een kind los te laten. Het kind is al kwetsbaar, waardoor je als ouder vaak de dingen die je wel in de hand hebt vast wilt houden. Wanneer een kind teveel beschermd wordt geeft Moorman (2014) aan dat krijgt het kind niet voldoende de gelegenheid om de wereld om zich heen te kunnen ontdekken en de zelfstandigheid te bevorderen. Op deze manier kan een kind heel afhankelijk en bang worden voor wat er komen gaat. Deze over-bescherming kan leiden naar drang tot controle. Op deze manier probeert het kind de controle te houden over zijn eigen lichaam, aangezien een groot gedeelte van deze controle hem afgenomen wordt door het ziek zijn.

Eveneens kan probleemgedrag voortkomen uit angst. Angst voor wat er komen gaat. Door de diabetes en alles wat hierbij komt kijken, maken zij dingen mee die leeftijdsgenootjes niet meemaken. Er ontstaat onzekerheid en wantrouw over de wereld om zich heen aldus Moorman (2014).

Net als alle kinderen moet ook een chronisch ziek kind, zelfstandig worden, zelfvertrouwen en een redelijk zelfbeeld krijgen. Gelegenheid om te spelen en zich leren te houden aan regels hoort hier ook bij, aldus Schiet (2000). Dit geldt ook voor het bieden van grenzen geeft Moorman (2014) aan. Als ouder ben je voortdurend opzoek om een balans te vinden bij het stellen van grenzen. Ook het bieden van voldoende structuur is juist bij chronische zieke kinderen van belang. Op deze manier leert een kind steeds meer het structuur te herkennen en weet hij wat hij kan verwachten.

#### **5.4 Het acceptatieproces**

Volgens diabetesvereniging Nederland (2013) komt de diagnose DM voor veel mensen als een schok. Al betrokkene moeten op hun eigen manier de DM een plekje geven in zijn leven, wat niet altijd even gemakkelijk gaat. Steun hierbij van het gezin en de omgeving is hierbij belangrijk.

Elisabeth Kübler – Ross (2006) is een deskundige op het gebied van rouw. Het inpassen van de DM in het dagelijkse leven kan gezien worden als een rouwproces. Het VU medisch centrum (2011) geeft aan dat opvoeders het gevoel kunnen hebben om afscheid te nemen van de zelfsprekende gezondheid van het kind. Het rouwproces volgens Kubler – Ross (2006):

*Fase 1: Schok/ongeloof*

Wanneer de diagnose diabetes mellitus type 1, gesteld wordt dan kan er door opvoeders gereageerd worden met ongeloof 'dit overkomt mij toch niet'.

*Fase 2: Ontkenning*

Soms volgt ontkenning: 'de diagnose diabetes klopt niet, de arts zal zich wel vergist hebben'.

*Fase 3: Opstandigheid/agressie*

Deze fase kenmerkt zich door boosheid en opstandigheid. 'waarom ik, ik krijg ook altijd alles'.

Deze gedachten wordt vaak afgereageerd op andere gezinsleden.

*Fase 4: Ontmoediging/depressie*

In deze fase ontstaat het besef dat de diabetes niet meer overgaat. Vaak is dit de fase waarin de behoefte van zowel het kind als de opvoeder in ontstaat om meer te willen weten over de diabetes.

*Fase 5: Aanvaarding*

Kenmerk van de aanvaarding is het leren leven met de diabetes. Dit is tenslotte mogelijk. (De Reinier de Graaf Groep, 2011).

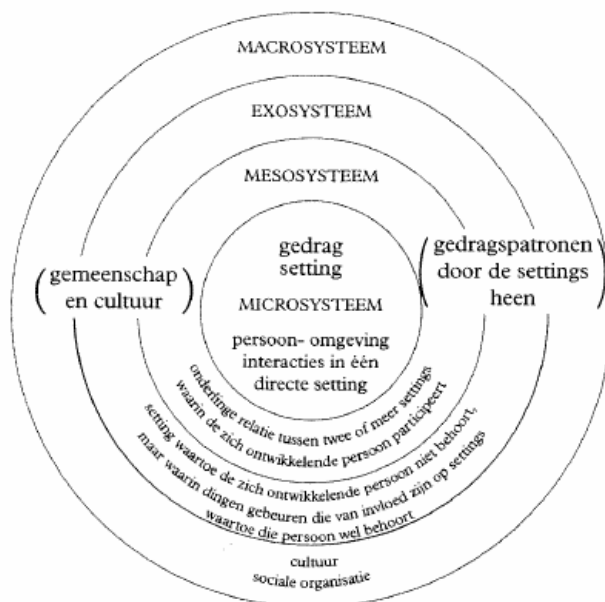
Diabetesvereniging Nederland (2013) geeft aan dat goed is om als opvoeder veel over de DM te lezen en te praten waardoor het geven van een plekje wat makkelijker is.

## Bronfenbrenner, systeemtheorie: kind, gezin en omgeving

Bronfenbrenner (1977, aangehaald in van der Ploeg, 2005)<sup>3</sup> gaat er vanuit dat de omgeving waarin kinderen opgroeien, van grote invloed is op hun ontwikkeling en gedrag. Zo is de afstemming tussen het mesosysteem van groot belang bij kinderen met een chronische ziekte voor het loslatingsproces. Door goede afstemming kan een chronisch ziek kind in een vertrouwde omgeving langzaam zelfstandig worden.

Het systeem waar binnen een kind opgroeit zorgt er, samen met de competenties van het kind, voor in welke mate het kind zich zal ontwikkelen op de verschillende ontwikkelingsgebieden. Zo oefenen opvoeders invloed uit op hun kinderen maar kinderen ook op hun opvoeders.

De ecologische omgeving (Bronfenbrenner, 1977)



### Microsysteem

Settings waarin kinderen face-to-face contacten hebben. Bijvoorbeeld het gezin, school, sportvereniging.

Per dag komt het kind in aanraking met verschillende microsystemen. Zo hebben al deze systemen een belangrijke rol bij een kind met DM en de dagelijkse medische handelingen.

### Mesosysteem

De relatie tussen twee of meer settings waarin het kind participeert. Bijvoorbeeld relaties en communicatie tussen gezin en school.

Zo is de samenwerking en communicatie tussen de verschillende microsystemen van groot belang bij kinderen met een chronische ziekte voor het loslatingsproces. Door een goede afstemming kan een kind in een vertrouwde omgeving langzaam zelfstandig worden.

### Exosysteem

Settings waarin het kind niet betrokken is. Bijvoorbeeld werkplek van de ouders.

Doordat de diabetes veel vraagt van het kind en het gezin, heeft dit ook een wisselwerking op de werkplek van de ouders. Het vraagt veel flexibiliteit van het gezin maar in bepaalde mate ook van de werkplek, in verband met telefonische bereikbaarheid, ziekenhuisafspraken enzovoorts.

### Macrosysteem

De wijde wereld waarin kinderen leven. Bijvoorbeeld ideologie, politiek, cultuur, normen en waarden.

Hier kan er verwezen worden naar de zorgplicht die scholen krijgen per 1 augustus 2014. Oftewel scholen dienen elk kind een passend onderwijsplek te bieden, waarin het kind ondersteund moet worden bij de zelfzorghandelingen rondom de diabetes.

#### **5.4.1 Het gezin**

De systeemtheorie wordt volgens Willemse (2012) beschreven als het individu in relatie tot zijn omgeving. Wanneer het gedrag van een kind in de context geplaatst wordt, dan wordt het kind pas daadwerkelijk begrepen. Het gedrag van een persoon vormt altijd een reactie op het gedrag van een ander. Oftewel een kind gedraagt zich anders bij vriendjes/vriendinnetjes dan bij volwassenen. De kern van de systeemtheorie wordt door Willemse (2012) samengevat in vijf principes:

1. Het geheel is meer dan de som van de delen. Dit wil zeggen dat de delen binnen het systeem samen een karakter vormen. Dit karakter kan energiek of coöperatief zijn;
2. Binnen het systeem (geheel) zijn de delen van elkaar afhankelijk. Alles hangt binnen een systeem samen. Wanneer er iets binnen het systeem verandert, dan komt het gehele systeem in beweging;
3. Het systeem bepaalt in belangrijke mate het gedrag van de individuen;

4. Het systeem probeert zich op allerlei manieren aan te passen aan zijn omgeving, omdat het wil overleven;
5. Een systeem heeft de eigenschap zichzelf te handhaven en te blijven voortbestaan;

Het systeem bestaat uit subsystemen. Een subsysteem is een willekeurige samenstelling van twee of meer leden van het systeem. Hierin wordt het gezin als een systeem gezien waarin het kind als een subsysteem gezien wordt. Al het gedrag van elk gezinslid is afhankelijk en beïnvloed het gedrag van de andere gezinsleden. Volgens de Jong en Hosli (2004) raakt het evenwicht binnen het systeem verstoord. Er treedt namelijk niet alleen voor het kind veranderingen op, maar dit geldt ook voor de andere gezinsleden. Zo heeft de diabetes niet alleen emotionele gevolgen maar ook praktische gevolgen. De regels, verantwoordelijkheden en taken binnen het gezin veranderen en dienen steeds bijgesteld te worden. Daarbij moet er rekening gehouden worden met ziekenhuisbezoeken, eten en drinken, maar ook met de medische handelingen. Door goed bij elkaar betrokken te blijven, gevoelens te delen, herstelt het evenwicht binnen het gezin, zeggen de Jong en Hosli (2004). Prakken (2001) geeft aan dat de diabetes binnen een gezin kan zorgen voor een langdurige bezorgdheid, spanning, verdriet en onzekerheid.

#### **5.4.2 De omgeving**

Kinderen die chronisch ziek zijn, hebben net zoals leeftijdsgenootjes contact met anderen in hun omgeving. Naast het feit dat een grote impact heeft op het gezin, zal ook de omgeving zich moeten aanpassen aan de diagnose. Het is belangrijk zegt Schiet (2000) dat de mensen in de direct omgeving begrijpen welke gevolgen de chronische ziekte voor het kind, maar ook voor de opvoeders kan hebben. Een reactie op de diagnose kan zijn dat mensen geschokt reageren. Het is van belang dat de omgeving betrokken wordt in de omgang met de diabetes, door goede onderlinge communicatie.

Opvoeders moeten na de diagnose veel mensen inlichten over de chronische ziekte en deze zorg overdragen aan, school, sportvereniging maar ook aan vriendjes/vriendinnetjes van hun kind. Zo komen zij voor een moeilijke keuze te staan. Aan de ene kant verwachten zij dat de omgeving zoveel mogelijk rekening houdt met het kind, maar aan de andere kant willen ze ook weer niet dat de chronische ziekte van het kind op de eerste plek komt, maar juist het kind zelf.

Laat als opvoeder aan familie en vrienden weten dat je steun vanuit hun kant op prijs stelt. Dit kan voor zowel het kind als voor de opvoeders even tot ontspanning leiden. Aangezien opvoeders niet alleen de rol van 'ouder' draagt, maar ook die van 'partner', 'vriend'/'vriendin' maar ook die van



‘werknemer’. In al deze verschillende rollen worden er verschillende eisen aan hun gesteld. Zo is het overdragen van de zorg aan andere in de directe omgeving, soms een oplossing (Schiets, 2000).

Volgens zowel Bronfenbrenner (1977 aangehaald in van der Ploeg, 2005)<sup>3</sup> als Willemsse (2012) moeten de microsystemen goed met elkaar afstemmen. Door deze afstemming ontstaat er een gezamenlijke verantwoordelijkheid wat het ‘loslaten’ beïnvloedt.

## **5.5 Algemene ontwikkeling van een kind in de leeftijd acht tot negen jaar**

Volgens de Bil en de Bil (2009) wordt er van een ‘normale’ (algemene) ontwikkeling gesproken zoals je die ziet bij de meeste kinderen. Er wordt pas gesproken van een afwijkende ontwikkeling wanneer een de ontwikkeling van een kind opvallend anders verloopt of het kind belemmeringen oplevert. Dit houdt niet in dat wanneer kinderen gedrag vertonen dat afwijkt van het meest gangbare dat dit problematisch of gestoord is aldus de Bil en de Bil (2009).

### **5.5.1 Kinderen van acht en negen jaar gericht op wat ze kunnen m.b.t. hun ziekte, eigen verantwoordelijkheid, behoefte aan veiligheid en losmakingsproces.**

De meeste kinderen van deze leeftijd zijn sterk gemotiveerd om nieuwe dingen te leren. Daarbij willen ze het graag goed doen en opdrachten goed uitvoeren. In deze periode zijn kinderen ambitieus en zijn zij zich ervan bewust dat oudere kinderen meer dan zijzelf kunnen. Echter is het denkvermogen van kinderen op deze leeftijd nog niet voldoende ontwikkeld om de diabetes te kunnen begrijpen omdat ze nog geen ziektebegrip hebben. Hierdoor blijven ouders ook op deze leeftijd verantwoordelijk voor de dagelijkse diabeteszorg voor hun kind. Wel kunnen kinderen op deze leeftijd al in eigen woorden vertellen dat ze diabetes hebben, dat hun lichaam insuline nodig heeft en hoe de insuline toegediend dient te worden. Daarnaast weten kinderen in deze leeftijdscategorie dat wanneer ze insuline gebruiken en regelmatig eten, zij zich net zo goed kunnen voelen en opgroeien als kinderen die geen diabetes hebben. Tevens weten kinderen dat de diabetes niet besmettelijk is en niet meer overgaat en waarom een bloedglucose geprikt moet worden. Tot slot kunnen zij in eigen woorden vertellen dat niemand zeker weet waarom de een wel diabetes krijgt en de ander niet, maar dat hij of iemand anders niet de schuld heeft aan het feit dat hij diabetes heeft gekregen (Expertisegroep KinderDiabetesVerpleegkundigen, 2011).

Verder neemt de autonomie rond deze leeftijdsfases verder toe. Ze worden leniger, behendiger en sterker. Het vermogen om andermans perspectief te zien, wordt steeds verder ontwikkeld. Tevens staat er rond deze leeftijd de schoolse taken het leren lezen, schrijven en rekenen centraal. Het

kind dient zich ook in de schoolse situatie een taakhouding eigen te maken om zich zo steeds langer te kunnen concentreren op schoolse taken. Naast deze schoolse vaardigheden is acceptatie en het opbouwen van wederkerige relaties met vriendjes/vriendinnetjes een belangrijk proces in deze periode. De egocentrische houding van het kind moet plaats maken voor de morele ontwikkeling. Oftewel de intenties achter bepaald gedrag betrekken bij wat goed en slecht is (Meij, 2011).

De emotionele ontwikkeling kan bij chronisch zieke kinderen anders verlopen, dan die van leeftijdsgenootjes (Schiets, 2000). De onbevangenheid en onbezorgdheid van een kind verandert doordat de diabetes een bewuste levensstijl en een vaste regelmaat in het dagelijkse leefpatroon eist. Dit heeft zo ook zijn uitwerkingen op het leven van het gehele gezin (de Jong en Hosli, 2004). Dit komt omdat de ziekte het kind angstig, ongeduldig of boos kan maken, waardoor het kind met diabetes al op jonge leeftijd geconfronteerd wordt met pijn en verdriet. Dit is iets wat de meeste leeftijdsgenootjes bespaard blijven. Van Eijk (2014) spreekt van het feit dat de ontwikkelingstaken die gezonde kinderen vanzelfsprekend oppakken en doorlopen, door het chronische zieke kind vaak veel moeilijker wordt doorgemaakt.

Je ziet bij deze leeftijd een verhoogde verlatingsangst. Dit geldt eveneens voor het kind als voor de ouders om het kind los te laten. Ouders ervaren een bepaalde soort angst als het op aan komt om de zorg van hun kind even uit handen te geven en over te laten aan anderen. Daarin tegen zijn acht- en negenjarige eerder bang voor de naald van de insulinepen en/of voor de naald van de insulinepomp. Tevens kunnen acht- en negenjarige een onzekerheid creëren doordat alle aandacht aan het lichaam besteed wordt en een gevoel van anders dan anderen zijn ontwikkelen. Het ontwikkelen van aangepast gedrag met als gevolg over-afhankelijkheid van ouders en afzondering van leeftijdsgenoten komen voor bij kinderen met diabetes. Kinderen kunnen belemmering in sport en spel ondervinden door hypo's bijvoorbeeld. Het gevoel van lichaamscontrole wordt bedreigd door ontregelingen, waardoor het kind teveel verantwoordelijkheid op zich kan nemen (Expertisegroep KinderDiabetesVerpleegkundigen (2011)).

### **5.5.2 Veilige basis**

Voor elk kind geldt dat het werven van een veilige basis van belang is. Deze veilige basis wordt geworven door hechting aan zijn primaire verzorgers. In bijna alle gevallen zijn de primaire verzorgers de ouders van een kind, zeggen de Bil en de Bil (2009). Daarnaast bouwt een kind vertrouwen op door middel van positieve ervaringen met zijn ouders. Zo leert een kind dat zijn ouders er zijn wanneer hij ze nodig heeft. Verder krijgt een kind mee dat hij iemand is die het waard is om met aandacht en zorg te worden omringd. Kortom een kind ontwikkelt eerst basisvertrouwen met betrekking om zijn ouders, naderhand heeft dit ook gevolgen voor het vertrouwen van andere mensen. Hieronder vallen mensen in zijn directe omgeving maar zijn ook mensen waarmee het kind later in aanraking komt zeggen de Bil en de Bil (2009).

Erikson (1902-1994, aangehaald in de Bil en de Bil, 2009) geeft aan dat het ontwikkelen van basisvertrouwen van groot belang is voor de hele verdere ontwikkeling van een kind.

**Schrijf onderstaande stukken naar het belang voor een goede ontwikkeling van hechting, separatie, bemoeilijkt door diabetes naar het loslatingsproces.**

### 5.5.3 Hechting

Wanneer er gesproken wordt over hechting dan wordt de emotionele binding tussen het kind en zijn verzorgers, met speciale emotionele kwaliteiten bedoeld (de Bil en de Bil, 2009). Zo heeft ieder kind een natuurlijke neiging tot hechting. Dit gebeurt in de eerste zes maanden van het zuigelingenleven. De veilige of onveilige hechting ontwikkelt zich voornamelijk in de eerste drie levensjaren aldus de Bil en de Bil (2009).

De Bil en de Bil (2009) geven aan dat een veilig gehecht kind zich makkelijker kan aanpassen in een vreemde situatie en door de aanwezigheid van de ouder al snel zich veilig genoeg voelt om te gaan spelen en/of om op onderzoek uit te gaan.

Volgens Bowlbys (1969, aangehaald in de Bil en de Bil, 2009) theorie over hechting is de kwaliteit van hechting vooral zichtbaar in een situatie van stress, dus wanneer een kind zich onzeker of bang voelt. In dit soort situaties zal het de ouder opzoeken.

Zo gauw de hechting adequaat verloopt dan is een kind in staat om later in zijn ontwikkeling 'gezonde' relaties aan te gaan, die gebaseerd zijn op wederkerigheid (de Bil en de Bil, 2009).

Veilig gehechte kinderen hebben onder andere:

1. Zelfvertrouwen;
2. Positief zelfbeeld;
3. Normale angstbeleving en
4. Zelfstandigheid en flexibiliteit.

(Feijten, 2014).

Kinderen die een chronische ziekte hebben, zijn doorgaans meer dan normaal afhankelijk van hun 'verzorgers': ouders, leerkrachten, maar ook van de hulpverleners in het ziekenhuis (Elrich & Sinnema, 2001) en Tielen (2003).

Feijten (2004) geeft aan dat de aanwezigheid van een stoornis of een chronische ziekte al invloed kan hebben op de hechtingsrelatie met de primaire verzorger. Bij gebrek aan zelfvertrouwen (in zichzelf) dan gaat al het energie van het kind naar zelfhandhaving. Oftewel het kind wilt overal controle op houden en ervaart dat zijn gedrag invloed heeft op de omgeving. Het kind kan dan claimend/aandacht vragend gedrag vertonen om zo aandacht te krijgen en/of druk gedrag gaan

vertonen. Het juist terug trekken en geen beroep meer doen op zijn omgeving kan ook een teken zijn.

Daarnaast kan het bestaan van een chronische ziekte leiden tot meer angstige en hechting-bedreigende momenten, waardoor met name de opvoeders veel hechter betrokken raken bij het kind. Het wordt opvoeders bemoeilijkt om het kind conform de leeftijdsfase los te laten door de noodzaak van het waken over de lichamelijke toestand van het kind (van Eijk, 2014). De DM bemoeilijkt het loslatingsproces.

#### **5.5.4 Separatieangst**

Feijten (2014) geeft aan in het 'huis' van de ontwikkeling dat separatieangst de fase is waarin het kind zich 'los' maakt van de moeder. Tevens gaat het kind ook exploreren oftewel ontdekken. De separatie vindt plaats tussen de zes maanden en ± vierde levensjaar van een kind in een normaal verlopende ontwikkeling (de Bil en de Bil, 2009).

Onder separatieangst wordt de angst om gescheiden te worden van de belangrijkste verzorgers in een bepaalde situatie verstaan (de Bil en de Bil, 2009). Tevens geven zij ook aan dat een kind van drie jaar pas in staat is de tijdelijke afwezigheid van een ouder goed te accepteren. Oftewel het kind beschikt dan over een dusdanige cognitieve ontwikkeling dat het begrijpt dat de ouder ook weer terugkomt, ook al is het even buiten beeld geweest.

Wolfdorf, Anderson, Pasquerello (2004) geven aan dat wanneer een kind geconfronteerd wordt met de eerste reacties van vreemde personen op de diabetes en hierover uitleg moet geven, dit tot een verhoogde separatieangst kan leiden.

#### **5.5.5 Individuatie**

Feijten (2014) geeft aan dat wanneer een kind schoolrijp is, het steeds meer gaat onderscheiden als een eigen individu. Het is de bedoeling dat een kind op een evenwichtige wijze leert omgaan met de eigen autonomie en het vertrouwde enigszins durft los te laten zeggen de Bil en de Bil (2009). Individuatie start met het ontwikkelen van een eigen wil, ook wel de ik-fase en de nee-fase genoemd.

Kinderen in de leeftijdsfase vier tot zes jaar kunnen stoornissen ontwikkelen in de vorm van sociale-, faal-, angsten, zelftwijfel en een verminderde zelfzekerheid ontwikkelen (Feijten, 2014).

### 5.5.6 Positief zelfbeeld

Op deze leeftijd staat de ontwikkeling van het cognitieve, sportieve en creatieve vaardigheden centraal (Crain, 2005). Het abstract denken komt op gang en er kunnen meer complexe verbanden gelegd worden. Het kind in deze leeftijd ontwikkelt zijn zelfbeeld onder andere door zijn vaardigheden te vergelijken met die van andere kinderen. Het wil graag net als andere kinderen zijn en vriendschappen worden aangegaan met kinderen van dezelfde sekse. Daarnaast brengt het kind steeds meer tijd buitenhuis door, maakt het meer eigen keuzes en wordt het langzaam zelfstandiger. Vooraf aan alles is het belangrijk dat een chronisch ziek kind zich niet anders voelt dan een gezond kind. Het gaat erom dat een kind gewaardeerd wordt om alles wat wel goed gaat of wat hij zelf aangepakt heeft (Schiets, 2000).

Volgens Wolfsdorf, Anderson en Pasquerello (2004) strekt de leergierigheid ook door naar kennis over de diabetes. Het kind kan zorg aan zichzelf besteden, leert hygiënisch met het materiaal om te gaan en kan zelf (beginnen met) spuiten en prikken. Het is van belang zeggen Wolfsdorf, Anderson en Pasquerello (2004) dat het kind leert plannen en anticiperen met betrekking tot de diabetes-zelfzorg, waar activiteiten zoals sporten meer plaats gaan vinden buiten het gezichtsveld van de ouders. Tevens gaan kinderen in deze leeftijdscategorie het adequaat van zijn handelen begrijpen en gaat het leren van zowel de positieve als negatieve ervaringen.

Het ontwikkelen van een positief zelfbeeld en zelfvertrouwen kan door de chronische ziekte belemmerd worden. Reacties die het kind krijgt op de ziekte en de waardering vanuit zijn omgeving beïnvloeden het idee van het kind over wie hij is, maar beïnvloeden ook zijn zelfvertrouwen (Schiets, 2000). Doordat het lichaam als onbetrouwbaar kan worden ervaren, kan dit leiden tot het ontwikkelen van een negatief zelfbeeld. Wat niet bevorderlijk is voor het opbouwen van een eigen, positieve identiteit (Elrich & Sinnema, 2001).

Door de diabetes niet groter en belangrijker te maken dan dat noodzakelijk is, kan het kind een sterk en positief zelfbeeld ontwikkelen. Daarnaast kan het zelfvertrouwen van het kind ook groeien wanneer het kind actief meehelpt. Doordat een kind in deze leeftijdsfase steeds meer dingen kan overzien, ordenen en classificeren, is het steeds meer in staat om te begrijpen wat er nodig is voor de diabeteszorg.

De diabetes heeft ook positieve kanten. Het kind kan tevreden zijn met kleine successen en creatieve oplossingen gaan bedenken voor tegenslagen die het gevolg zijn van de diabetes. Zo zijn kinderen in staat om de tekenen en symptomen van een hyper en een hypo te herkennen.

Hier ligt tevens ook de angsten die de diabetes met zich meebrengt bij kinderen. Het is van belang dat een kind leert te vertrouwen op zichzelf en dat de verwachtingen rondom zelfzorg afgestemd zijn op zowel de cognitieve als emotionele mogelijkheden (Schiets, 2000).

Een positief zelfbeeld en zelfvertrouwen kan gestimuleerd worden en beïnvloedt het loslatingsproces voor kind en ouders, wat immers in de kleine dingen zit zoals:

1. Het geven van kleine opdrachten, passend bij de leeftijd en wetend dat het kind het aankan;
2. Vestig vooral de aandacht op wat een kind wel kan;
3. Opbouwende kritiek geven aan het kind;
4. Laat een kind zijn gevoelens uiten over de chronische ziekte. Wanneer een kind merkt dat het niet bang hoeft te zijn voor een hyper, dan hoeft dit geen negatief effect te hebben op het zelfbeeld;
5. Accepteer het kind zoals het is. Het gevoel dat een kind meetelt net zoals andere kinderen is heel belangrijk en van grote invloed op het zelfvertrouwen en zelfbeeld;
6. Geef goede voorlichting aan het kind over de chronische ziekte. Dit helpt om het zelfvertrouwen te krijgen in het eigen lichaam. Zo kan een kind leren om te gaan met het aanvoelen komen van een hyper en/of hypo en
7. Wanneer een kind begrijpt wat de gevolgen van de chronische ziekte kunnen zijn, dan is een kind hier veel meer op voorbereid en weet een kind te handelen. Het hoeft dus niet onzeker te worden of zich hulpeloos te voelen.

(Schiets, 2000).

### **5.7 Je kind zelf verantwoordelijk maken voor de diabetes**

Iedere ouder voelt een enorme verantwoordelijkheidsgevoel voor zijn kind. Iedere ouder wilt natuurlijk ook het beste voor zijn kind. Hiermee hangt het samen dat ouders het lastig vinden om het kind los te laten en steeds meer eigen verantwoordelijkheid te geven. Want hoe dichter je kind nu eenmaal bij je houdt, des te meer controle je als ouder over je het kind hebt. De liefde die opvoeders ervaren om voor het kind te zorgen, zorgen ervoor dat ze moeilijk vinden om hun kind los te laten (de Vos – van der Hoeven, z.d.). Onderstaande wordt er gekeken naar wat loslaten inhoudt en waarom dit zo belangrijk is. Dat er door het loslaten de zelfstandigheid wordt bevorderd volgt daarop. Het Expertisegroep KinderDiabetesVerpleegkundigen (2011) heeft richtlijnen opgesteld voor zes/zevenjarige en acht/negenjarige over wat ze weten, waarbij ze kunnen helpen en wat ze zelfstandig kunnen doen. Hierna wordt er gekeken vanuit de literatuur hoe opvoeders

het kind meer zelfverantwoordelijk kunnen maken en wat hun taken zij rondom de drie thema's schoolreisje, verjaardagsfeestje en logeren.

### **5.7.1 Loslaten**

Door de DM is het kind kwetsbaarder dan andere kinderen en wordt een goede ontwikkeling van de hechting, separatie en individuatie bemoeilijkt. Wat allemaal van invloed is op de het loslatingsproces.

Om het kind langzaam te kunnen loslaten moet je als opvoeder voldoende vertrouwen hebben in het kunnen van het kind, waarbij een kind wel de gelegenheid moet krijgen om nieuwe dingen te leren (de Vos – van der Hoeven, z.d.).

Zij geeft aan dat opvoeders opzoek moeten gaan naar het evenwicht tussen voldoende los te laten om het kind de kans te geven te ontwikkelen en te leren, en aan de andere kant om ook niet te snel los te laten. Kinderen hebben nu eenmaal nog sturing en begeleiding nodig, zo ook bij de medische handelingen. Zo vraagt iedere leeftijdsfase eigenlijk wel om steeds meer een stukje loslaten. Dit is niet altijd even makkelijk wat er toe kan leiden dat ouders op bepaalde punten nog extra de touwtjes in handen willen houden.

Zo blijf je als ouders steeds in afweging tussen wat wel en niet verantwoord is. Hierbij zijn zij continu afwegingen aan het maken tussen hun eigen angsten en zorgen en de behoeftes van het kind om zelfstandig te worden en te kunnen zijn (de Vos – van der Hoeven, z.d.).

Ouders zijnde moet je continu ervoor waken dat hun eigen gevoelens en twijfels niet overgebracht worden op die van het kind. Wanneer je als ouder zijnde denkt dat je kind een bepaalde vrijheid nog niet aankan dan moet deze vrijheid ook nog niet gegeven worden (de Vos - van der Hoeven, z.d.).

Het proces loslaten en overdragen van de verantwoording naar anderen is één van de moeilijkste dingen waar ouders mee te maken krijgen (de Jong en Hosli, 2004).



### **5.7.2 Waarom is dat loslaten zo belangrijk**

Wanneer kinderen onvoldoende losgelaten worden, dan krijgen kinderen onvoldoende de ruimte om zichzelf te kunnen ontwikkelen en vertrouwen op te bouwen in hun eigen kunnen. Kinderen leren niet zelf om te gaan met nieuwe situaties wanneer er veel uit handen genomen wordt. Dit kan als gevolg hebben dat kinderen het idee krijgen dat ze iets niet kunnen. Ze weten er immers niet mee om te gaan. Om iets goed te kunnen leren moet je het ervaren en doen. Oftewel je moet de ruimte krijgen om dit te kunnen ervaren. Deze ruimte ontstaat er alleen doordat opvoeders hun kind steeds meer los laten, waardoor ze zelfvertrouwen en een verantwoordelijkheidsgevoel ontwikkelen (de Vos – van der Hoeven, z.d.).

### **5.7.3 Zelfstandigheid bevorderen**

Wil het kind zelfstandiger worden, wil het steeds meer zijn eigen gedachten, gevoelens en initiatieven ontplooiën, dan moet het kind zich meer afsluiten en afstand nemen tot zijn directe omgeving. Dit is ook de voorwaarde om bewuster en sociale contacten te kunnen aangaan, vriendjes te maken en opzoek te gaan naar een eigen plekje in de groep van leeftijdsgenootjes. Tevens heeft het kind zijn eigen lichaam eigen gemaakt en kent het van top tot teen (Niemeijer en Gastkemper, 2009). Hierbij is belangrijk dat het zelfvertrouwen ondersteund wordt én dat er niet meer gevraagd wordt van het kind dan dat het op deze leeftijd kan, ook al eisen de kinderen dit wel van zichzelf (Expertisegroep KinderDiabetesVerpleegkundigen, 2011).

Het Expertisegroep KinderDiabetesVerpleegkundigen (2011) geven aan dat een kind vanaf zes jaar al aangemoedigd mogen worden om mee te helpen met het klaarmaken van de bloedglucosemeter en de insulinepen. Tevens mag het kind ook vanaf deze leeftijd gestimuleerd worden om zelf de bloedglucose te prikken. Ondanks dat kinderen in deze leeftijdsfase er vaak anders over denken, zijn zij tot nog te jong om verantwoordelijkheid te dragen. Ouders dienen zich er bewust van te zijn dat ze altijd betrokken moeten zijn bij kinderen met diabetes mellitus. Hierbij hoort ook het stimuleren tot steeds meer verantwoordelijkheid. Er wordt heel geleidelijk aan gewerkt naar een toekomst waarin het kind steeds meer zelf kan regelen. Hierdoor komen de ouders steeds meer op de achtergrond te staan (Anderson en Brackett, 2005).

Schiet (2000) geeft aan dat wanneer je een kind aanmoedigt tot zelfstandigheid, ook het gevoel krijgt dat hij meer controle over zijn diabetes heeft. Tevens krijgt het kind steeds meer door wat er allemaal komt kijken bij de zorg voor de diabetes (Ketelaar, 1992). Een kind dat de zorg krijgt die past bij zijn leeftijd en bij de diabetes, wordt groter of sterker. Het zelfstandig worden is al moeilijk, aangezien er veel bij de diabetes komt kijken, zoals onder andere het tellen van de koolhydraten

en de juiste hoeveelheid extra bijspuiten, omdat een kind meer van de hulp van anderen afhankelijk is. Ondanks dat een kind met diabetes niks hoeft te laten, levert het toch belemmering op. Een van deze belemmering is volgens Ketelaar (1992) vrijheid. Dit stukje vrijheid wordt belemmerd doordat het bloedprikken en het spuiten van de insuline om een bewuste levensstijl van het kind vraagt.

Voor een kind met diabetes is zelfstandig worden enerzijds moeilijker dan voor leeftijdsgenootjes. Dit omdat zij nu eenmaal meer afhankelijk zijn van ondersteuning van anderen. Hierbij is van belang dat er aangesloten wordt bij het tempo van het kind, zodat het kind de mogelijkheid krijgt zichzelf te ontwikkelen en zelfstandig leert om te gaan met de diabetes. Kinderen geven in het algemeen zelf aan als ze eraan toe zijn om te helpen met spuiten of zelf willen gaan spuiten. Dit zijn belangrijke en onverwachtse momenten voor opvoeders geven de Jong en Hosli (2004) aan. Tijdens zulke momenten is je kind gemotiveerd om nieuwe, belangrijke stapjes te zetten in de ontwikkeling naar de zelfstandigheid. Hierbij zal een goede motivatie of een 'duwtje' in de rug bij het kind vanuit de opvoeders van belang zijn.

Wanneer het moment aangebroken is dat een kind zelf wilt gaan spuiten betekent dit niet dat je als opvoeder de volledige controle uit handen hoeft te geven. Het is voor opvoeders dan juist nog belangrijk om de controle over de hoeveelheid insuline te houden. Dit omdat jonge kinderen vaak nog onvoldoende getallen beseft hebben (de Jong en Hosli, 2004).

Tevens kan de zelfstandigheid rondom de diabetes gestimuleerd worden doordat opvoeders het kind, vanaf jongs af aan, kunnen aanleren om altijd een rugzakje bij zich te dragen, waarin wat te eten en de diabetesspullen in zitten. Vertrouw er als ouder niet altijd op dat het kind hieraan denkt, maar wanneer het er af en toe aan denkt, dan is dat al heel mooi meegenomen. Ook bij dit rugzakje moet er goed gekeken worden of het kind begrijpt en in staat is om dit zelfstandig bij zich te dragen. (de Jong en Hosli, 2004). Daarnaast heeft het expertisegroep KinderDiabetesVerpleegkundigen (2011) richtlijnen opgesteld om de zelfstandigheid van het kind te bevorderen. Deze richtlijnen<sup>8</sup> kunnen leiden als handvaten bij de begeleiding en ondersteuning van het zelfstandigheidsproces bij een kind met diabetes.

Wanneer er gekeken wordt naar het bevorderen van de zelfstandigheid en het los laten van het kind met diabetes, worden er vanuit de literatuur drie verschillende thema's tegen het licht

---

<sup>8</sup> Zie bijlage *Richtlijnen voor wat een kind van acht en negen jaar al weet en doet*

gehouden namelijk schoolreisje, verjaardagsfeestjes en logeren. Maar hoe ga je als opvoeder nu hier mee om? Welke controle is er nodig en waar ben je als opvoeder nu zo bang voor?

### **5.8 Schoolreisje**

Aangezien een kind met diabetes meer zorgt vraagt dan leeftijdsgenootjes, mochten deze kinderen voorheen door schoolbesturen worden geweigerd. Nu gaat er per 1 augustus 2014 de zorgplicht van start (De Rijksoverheid, 2012). Dit houdt in dat scholen nu voor elk kind een passend onderwijsplek moeten bieden. Tevens is het zo dat een kind ondersteund moet worden bij de zelfzorghandelingen rondom de diabetes. Ondanks deze zorgplicht hebben scholen geen medische plicht, waardoor het allemaal ingewikkelder wordt. Goede en concrete afspraken tussen opvoeder en leerkracht dragen bij aan het feit dat opvoeders met een gerust hart erop kunnen vertrouwen dat een kind goed opgevangen en begeleidt wordt (Kliphuis, 2003). Dit is iets wat opvoeders mogen verwachten, maar wel heel spannend vinden (DAWN Youth Adviesraad, z.d. Aangehaald op diabetesopschool.nl, z.d.). Desalniettemin dienen opvoeders altijd bereikbaar te zijn in noodsituaties en ligt de verantwoordelijkheid voor de aanwezigheid van de diabeteshulpmiddelen (bloedglucosemeter, insulinepen, dextro enzovoorts) en de uitvoering van de medische handelingen ten alle tijden bij de opvoeders.

### **5.9 Verjaardagsfeestjes**

Aan verjaardagsfeestjes ontkom je niet bij kinderen. Het is van belang dat hier op een goede manier om gegaan wordt. Onder verjaardagsfeestjes vallen ook traktaties op school. Bij een kind met diabetes wordt er vooruitdenken verwacht. Ook eventuele zorgvuldige voorbereidingen dienen getroffen te worden door de opvoeders (de Jong en Hosli, 2004).

Een uitnodiging van een verjaardagsfeestje klinkt voor een kind heel leuk. Het is een teken van dat het kind aardig gevonden wordt en dat de ander het leuk vindt om je uit te nodigen (de Jong en Hosli, 2004). Helaas komt het veel voor dat kinderen met diabetes niet uitgenodigd worden voor verjaardagsfeestje in verband met de diabetes. Kinderen beseffen vaak maar al te goed wat de echte reden is van het niet uitgenodigd worden. Gelukkig zijn er ook ouders van vriendjes/vriendinnetjes die het kind juist wel uitnodigen en de diabetes geen reden vinden om het niet te doen. Het kind zelf is alleen al blij dat wanneer er 'rekening' gehouden wordt met hem. Dit geeft volgens de Jong en Hosli (2004) een blijk van acceptatie en een gevoel dat je ertoe doet. Zo is het handig om ruim van te voren contact op te nemen de ouders van het kind dat een feestje geeft. Zo zijn er een aantal punten handig om bespreekbaar te maken, namelijk:

1. Check wat de voorkennis van diabetes is;

2. Geef aan wat de diabetes bij het kind betekent en benadruk om het kind zoveel mogelijk mee te laten doen met het programma van het feestje;
3. Informeer wat de plannen zijn, welke traktaties worden er uitgedeeld, welke tijden worden er gehanteerd;
4. Bespreek wat het kind wel en niet mag eten/drinken. Bespreek ook de alternatieven;
5. Wanneer het kind insuline toegediend moet krijgen, bespreek dan dat u dit zelf komt doen;
6. Bespreek hoe er gehandeld moet worden wanneer het kind een hypo of een hyper krijgt.

(de Jong en Hosli, 2004).

Den Ouden (2011) geeft aan dat het belangrijk is dat ouders erop toezien dat het kind niet de hele tijd loopt te 'snaaien'. Verder geeft hij ook aan dat het kind gewoon mee kan doen met de anderen, waarbij er wel een aantal regels in acht genomen dienen te worden, zoals het regelen van light producten.

Naast verjaardagsfeestje krijgen kinderen ook te maken met traktaties op school. Aangezien een kind met diabetes net zo is als alle andere kinderen in de klas, wilt het kind liever geen uitzonderingspositie krijgen. Wanneer er gekeken wordt naar traktaties op school dan zijn er verschillende mogelijkheden om deze in te passen. Zo is een traktatie rond 10:00 voor een kind met diabetes het beste tijdstip. Aangezien dit tijdstip overeenkomt met het tijdstip van het tussendoortje. De verschillende mogelijkheden luiden dan als volgt wanneer een kind met diabetes de insulinepen gebruikt:

1. De hoeveelheid koolhydraten van de traktatie en het tussendoortje moeten met elkaar vergeleken worden. Deze mogelijkheid heeft de voorkeur, aangezien het kind dan met de klasgenootjes mee kan doen. Alleen vereist dit enige rekenwerk en overleg en
2. Het kind kan de traktatie mee naar huis nemen en het eigen tussendoortje eten. Er kan gekozen worden voor deze mogelijkheid wanneer de leerkracht niet weet hoeveel koolhydraten er in een traktatie zitten en wanneer dit niet overlegt is. Deze mogelijkheid zorgt er wel voor dat het kind in de uitzonderingspositie komt te zitten.

(DAWN Youth Adviesraad. (z.d.).

## 5.10 Logeren

Op een gegeven moment kan de vraag vanuit het kind komen 'wanneer mag ik bij opa en oma logeren?' Kortom het kind wilt graag de wereld om zich heen vergroten en nieuwe dingen gaan ontdekken. Dit zal gemengde gevoelens oproepen bij opvoeders zeggen de Jong en Hosli (2004). Enerzijds blijheid omdat het kind de wereld om zich heen wilt gaan ontdekken, maar ook gevoelens van 'angst'. Angst voor het feit of de ander zich wel voldoende realiseert wat de diabetes inhoudt. Ook komt hier het stukje 'loslaten' weer bij kijken en de vraag 'ben ik als ouder al in staat om een beetje los te laten en het over te dragen?' Maar voordat het daadwerkelijk zo ver is, is er al veel informatie overgedragen over onder andere:

1. Spuiten (spuitschema, met hierop de spuitplekken, de spuittijden, hoeveelheid insuline, uitleg insulinepen, spuitinstructies en eventuele spuitrituelen);
2. Bloedprikken (wanneer en op welke tijden de bloedsuiker gecontroleerd moet worden, begeleiding van het kind en zo ja op welke wijze of zelfstandig);
3. Bij twijfel bloedprikken (als het kind zich anders gedraagt, richtlijnen over hoe te handelen bij te hoge of te lage bloedsuiker);
4. Voeding (etenstijden, verdeling van de koolhydraten over de dag);
5. Rituelen (houvast om zo de situatie voorspelbaar te maken);
6. Wat er mis kan gaan en wat er moet gebeuren om het op te lossen;
7. Bereikbaarheid

## 5.11 Behoeft

De definitie van behoefte luidt als volgt:

Behoeft (meervoud: *behoefen*, *behoeftes*)

1. Gebrek aan
2. Verlangen naar hetgeen je mist: *in een behoefte voorzien*
3. Zaak die je nodig hebt: *om je kind met extra zorg los te kunnen laten.*

Van Dale (2014).

Wanneer er gekeken wordt naar de definitie van behoefte die van toepassing is binnen deze scriptie dan passen ze eigenlijk alle drie. Wat missen opvoeders binnen pedagogische begeleiding rondom het thema 'loslaten'?

Als er gekeken wordt naar de vraag waar opvoeders behoefte aan hebben dan geeft Lydia Braakman (z.d.) aan dat zij behoefte had aan een overzicht waarop leeftijdsspecifieke

ontwikkelings- en diabetestaken stonden. Deze worden besproken in 3.9.4 *Richtlijnen voor wat een kind al weet en doet*. -> **KLOPT DIT NOG STEEDS?**

### **5.12 Wat wordt er aan de hand van geraadpleegde literatuur verstaan onder pedagogische begeleiding?**

Oenema-Mostert (2006) spreekt van verzwaring van de opvoedingssituatie waarbij opvoeders de rol opgelegd krijgt om een chronische ziek kind op te voeden. Hierbij hebben opvoeders (soms) behoefte aan ondersteuning, die gericht is op het vergroten van de opvoedingscompetenties.

Wanneer opvoeders een chronisch ziek kind hebben dan is de de normale, vanzelfsprekende opvoeding vaak onvoldoende. Opvoeder moeten vaak voldoen aan speciale behoeften van hun kind. Hoe hiermee om te gaan is niet altijd makkelijk en al helemaal niet vanzelfsprekend (Mijdienst, 2013).

Over het algemeen staat een goede verstandshouding tussen ouder en kind centraal. Waarbij kinderen zich maximaal kunnen ontwikkelen. Maar deze taak moet wel voor ouders haalbaar zijn. Oftewel ouders moeten niet ten onder gaan aan de druk die de taak met zich mee brengt.

In veel gevallen zijn opvoeders in staat om zelf een goede balans te vinden tussen draagkracht en draaglast, maar in een aantal gevallen kan het zo zijn dat opvoeders uit evenwicht raken, waardoor er problemen in de opvoedingssituatie kan ontstaan. Hiervoor kan thuisbegeleiding ingeschakeld worden aldus Oenema-Mostert (2006).

# Hoofdstuk 6 Resultaten naar aanleiding van interviews met opvoeders

---

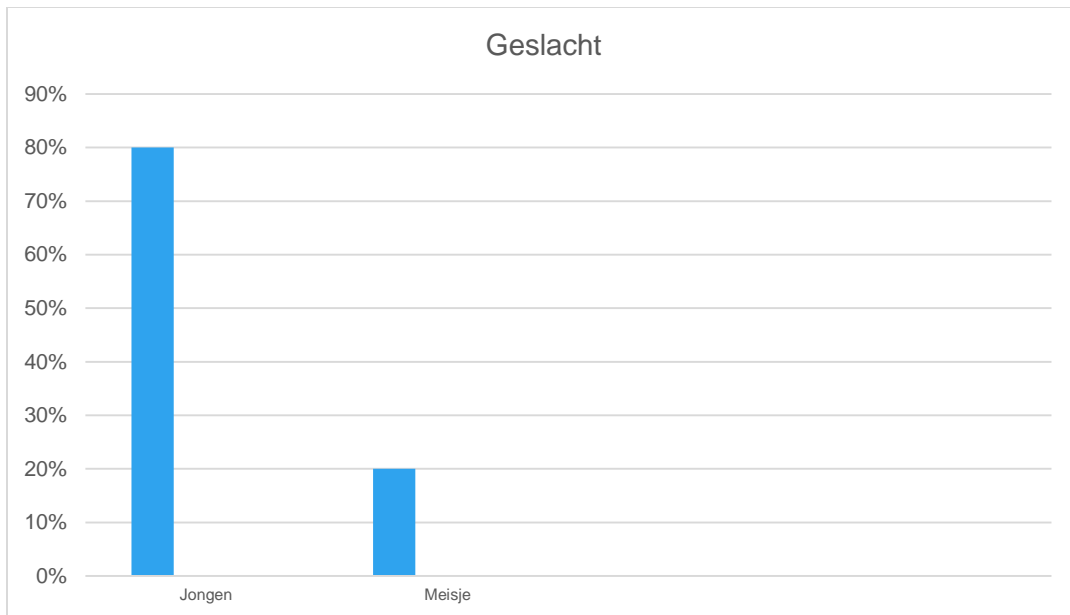
In dit hoofdstuk worden de resultaten besproken naar aanleiding van de interviews. Er is gekozen om eerst de resultaten van de geïnterviewde opvoeders te beschrijven gevolgd door de resultaten die tot stand zijn gekomen na het interview met psychotherapeut - klinisch psycholoog M. van Eijk. Zij is werkzaam in het Meander Medisch Centrum Amersfoort. De topic die leidende zijn voor de analyse van de interviews zijn:

1. Schoolreisje;
2. Verjaardagsfeestjes;
3. Logeren;
4. Loslatingsproces / uitzonderingspositie;
5. Afspraken;
6. Ervaring / kennis / vaardigheden overbrengen;
7. Begrip / steun voor zowel opvoeders als kind en
8. Vertrouwen / controle (beheersen / loslaten).

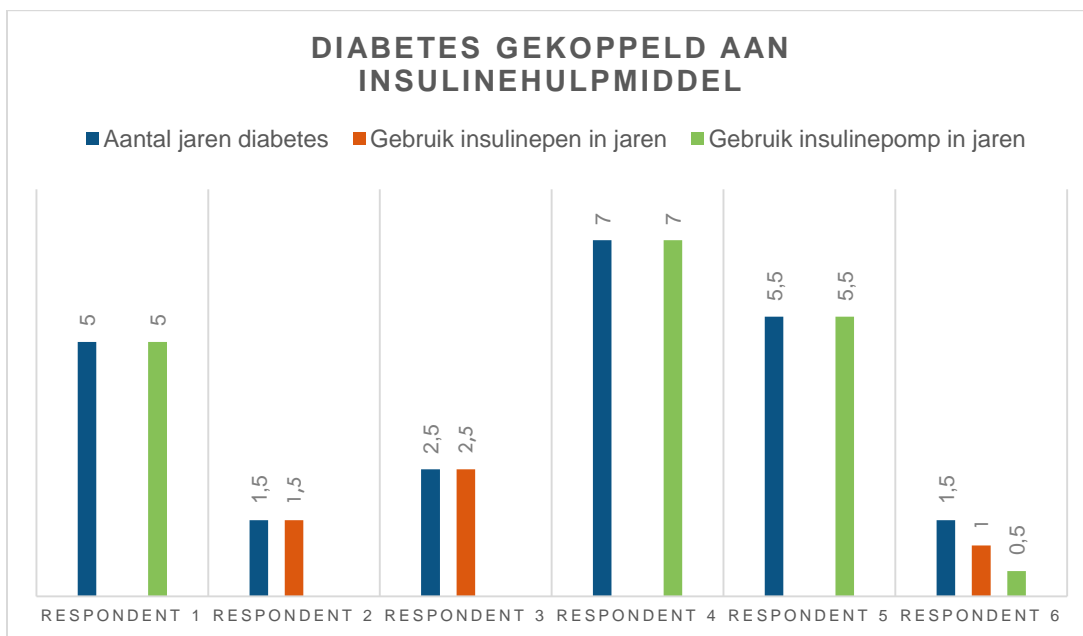
Ik mis hier de topics die leidend zijn voor de analyse van interviews van alle respondenten. Wat zeggen ze allemaal over bepaalde onderwerpen? De onderwerpen bij ouders zijn uitgebreider dan bij de andere respondent, maar ik mis topics als **vertrouwen, controle, afstand, informeren, wie heeft verantwoordelijkheid/ verantwoordelijkheid delen rol leerkracht.**

## 6.1 Persoonskenmerken

In tabel 6.1.1 zijn de resultaten van de beschrijvende analyses van de persoonskenmerken van de respondenten weergegeven. Er is aan alle zes de opvoeders gevraagd welk geslacht hun kind heeft. Hiervan is 80% jongen en 20 % meisje in de leeftijdscategorie acht en negen jaar. In tabel 6.1.2 is af te lezen dat van de vier van de zes kinderen de insulinepomp gebruikt, waarvan er bij drie kinderen op vrij jonge leeftijd de diagnose diabetes is gesteld.



Tabel 6.1.1 Beschrijvende analyse persoonskenmerken respondenten interviews.



Tabel 6.1.2 Beschrijvende analyse waarbij het aantal jaren gekoppeld is aan het insulinehulpmiddel.



## 6.2 Afspraken school

Uit de interviews komt naar voren dat alle opvoeders het belangrijk vinden om in gesprek te zijn en te blijven gedurende het hele schooljaar. Daarbij treffen de opvoeders alvast voorzorgsmaatregelen door in gesprek te gaan met de toekomstige leerkracht voordat het nieuwe schooljaar van start gaat. Op deze manier wordt er alvast in grote lijnen informatie overgedragen over diabetes mellitus. Tevens is de meest voorkomende afspraak dat ouders altijd bereikbaar zijn en dat ze het als prettig ervaren wanneer een leerkracht tien keer belt om te kunnen overleggen, dan helemaal niet, met alle gevolgen van dien. Bij diabetes is een regelmaat belangrijk, dit geldt dan ook voor de tussendoortje op school. Wat je ziet is dat er bij kinderen die gebruik maken van de insulinepomp opvoeders hun ondersteunen door een sticker te plakken op het tussendoortje. Het doel van deze sticker is dat het kind niet meer hoeft uit te rekenen hoeveel koolhydraten hij/zij moet bolussen en dat het kind hierbij ondersteund kan worden door de leerkracht. Uit de interviews blijkt dat er geen één kind ondersteuning in de praktijk krijgt van de leerkracht. Zo geeft een opvoeder het volgende aan: “we hebben met de juf afgesproken dat ze tijdens de lunch even met onze zoon meekijkt hoe zijn bloedsuiker zit, maar dat doet ze niet. Ze geeft aan dat ze het niet red om mee te kijken hoe hij zit met zijn bloedsuiker”. “Gelukkig is onze zoon zelfstandig en doet hij het alleen, maar hij geeft wel aan dat hij zich alleen voelt met zijn diabetes”. In sommige gevallen hebben opvoeders hierom bewust gekozen voor het inschakelen van thuiszorg.

### **6.3 Schoolreisje**

Uit de interviews blijkt dat alle opvoeders schoolreisje als een spanningsveld ervaren. Zo geeft vier van de zes opvoeders aan dat ondanks ze niet mee willen, toch mee gaan met het schoolreisje. Dit omdat de school hier vaak op staat of om dat ze niet voldoende vertrouwen ervaren in de leerkracht. Ook het overdragen van de verantwoordelijkheid naar andere zorgt ervoor dat opvoeders toch de keuze maken om zelf mee te gaan.

Wanneer er juist besloten wordt om als opvoeder niet mee te gaan, dan zorgen zij ervoor dat zij in de buurt zijn in verband met calamiteiten en de medische handelingen die verrichten moeten worden. Desalniettemin is de zowel de begeleider van het desbetreffende groepje als de leerkracht geïnstrueerd over hoe te handelen en waarop te leten door de opvoeder. Ook worden er telefoonnummers uitgewisseld zodat er gedurende de dag telefonisch contact gehouden kan worden, wat voor opvoeders vaak een geruststelling is.

Wanneer opvoeders besluiten om mee te gaan met het schoolreisje, ervaart twee van de zes opvoeders het als onprettig om de begeleider te zijn van het groepje waar ook hun eigen kind in zit. Wanneer er gevraagd wordt naar de achterliggende gedachte dan wordt gemak als reden opgegeven. Je kent immers als opvoeder je eigen kind het beste en zo heb jezelf als opvoeder alles onder controle. Maar eigenlijk willen opvoeders daar helemaal niet zijn. Zij vinden namelijk dat het kind gestimuleerd moet worden in zijn vrijheid en juist dingen moet gaan doen waar zijn ouders niet bij aanwezig zijn.

Alle opvoeders willen vooraf aan het schoolreisje de beschikking hebben over informatie waar het schoolreisje naar toe gaat, wat ze als lunch krijgen en hoe laat deze lunch is. Aan de hand van deze informatie kunnen zij voorbereidingen treffen zoals eigen drinken mee te geven zodat daar geen rekening mee gehouden hoeft te worden en het kind voor te bereiden op wat er komen gaat zodat eventuele spanningen verminderd kunnen worden.

## **6.4 Logeren**

Doordat de diabetes en de medische zorg die hierbij komt kijken vaak onderschat wordt, durven drie van zes opvoeders deze stap niet te zetten. Ondanks dat drie van de zes opvoeders hun kind toch laten logeren, hebben alle opvoeders het gevoel dat zij anderen opzadelen met de diabetes van hun kind. Het is niet zomaar even bij iemand anders slapen, geven drie opvoeders aan. Er komt zoveel meer bij kijken. Zo wordt er door merendeel van de opvoeders gewerkt met een draaiboek waarin onder andere de voedingswijzer, protocollen en spoednummers in vermeld staan.

De nacht wordt door alle opvoeders als een spannend gebeurtenis ervaren. Er kan namelijk zoveel gebeuren. Tevens geven twee van de drie opvoeders waarvan het kind gaat logeren aan dat zij prettig vinden wanneer ze zelf nog even de laatste controle kunnen uitvoeren voordat hij/zij daadwerkelijk de nacht in gaat en indien nodig kan corrigeren. Wanneer dit niet mogelijk is, dan volgt er een telefonisch contact waardoor de opvoeder in staat is om telefonisch instructies door te geven.

Wanneer opvoeders wel in staat zijn om hun kind los te laten en te laten logeren bij bijvoorbeeld familieleden en/of vriendjes/vriendinnetjes van het kind dan kan er gesproken van worden dat vertrouwen als een belangrijke speerpunt ten grondslag hieraan ligt. Zo moeten familieleden en de desbetreffende ouders waarbij het kind gaat logeren vertrouwen uitstralen en over voldoende kennis beschikken over de diabetes en weten te handelen in verschillende situaties.

## **6.5 Traktaties**

Alle opvoeders hebben aan het begin van het schooljaar aangegeven aan de klasgenoten van hun kind, dat hun kind DM heeft. Zij hebben een oproep gedaan aan de ouders van de klasgenoten van hun kind of zij willen aangegeven wat zij gaan trakteren zodat zij van tevoren voorbereiding rondom de traktatie kunnen treffen. Dit om te voorkomen dat het kind in een uitzonderingspositie komt te staan. Voorbeeld van een voorbereiding is het opschrijven van het aantal koolhydraten wat erin de traktatie zit en deze in de brodtrommel stoppen, zodat het kind van de post-it af kan lezen hoeveel koolhydraten hij/zij moet bolussen.

## 6.6 Verjaardagsfeestjes

Volgens alle geïnterviewde valt deze topic ook onder een spanningsveld. Tevens willen alle opvoeders voorafgaande aan het feestje antwoord hebben op de vragen wat ze gaan doen, wat en hoe laat er gegeten gaat worden. Daarna beslist de opvoeder of hij/zij aanwezig is bij het verjaardagsfeestje. Is het verjaardagsfeestje in de wijk, dan zijn vier van de zes opvoeders in staat om het kind meer los te laten. In plaats van hun aanwezigheid gaan ze een aantal keren kijken hoe alles gaat.

Zijn verjaardagsfeestjes elders dan beslissen drie van de zes opvoeders om mee te gaan. Ze gaan ergens anders zitten, waardoor ze in buurt zijn in verband met calamiteiten en/of zo zelf de medische handelingen kunnen uitvoeren. Opvoeders ervaren een spanningsveld en vinden dat ze niet aan de desbetreffende opvoeder kunnen vragen om hun kind extra in de gaten te houden.

Zwemfeestjes worden als moeilijkst door opvoeders ervaren. Dit omdat de kinderen actief bezig zijn in het water nadat er vaak eerste een vette hap gegeten wordt wat begint met de letter P. Dit is iets wat opvoeders met een kind wat DM heeft jammer vinden. Al deze producten hebben langer invloed op de insulinebehoefte van hun kind. Twee van de zes opvoeders geeft aan dat wanneer hun kind terug komt van een verjaardagsfeestje zich vaak niet lekker voelt en last heeft van een hyper.

Uit de interviews blijkt de opvoeders in het algemeen voldoende vertrouwen moeten hebben in zowel het kind en dan voornamelijk dat het kind in staat is om zorg te dragen voor zijn/haar diabetes maar ook in de opvoeders waarbij het verjaardagsfeestje is. Ondanks dat er afspraken zijn gemaakt vragen opvoeders zich af 'of de andere opvoeders het wel goed doen en de diabetes wel serieus nemen'.

Dit is blijkbaar één van de redenen waarom sommige opvoeders met hun kind hebben afgesproken dat ze tien minuten voordat ze gaan eten contact op moeten nemen. Zo kunnen zij zelf de medische handelingen verrichten. Onder medische handelingen valt het samen bepalen van de hoeveelheid wat er gegeten wordt, het bloedsuiker meten, het berekenen van het aantal koolhydraten. Daarnaast wordt er bij een kind die gebruik maakt van de insulinepen ook al de insuline toegediend. Wanneer er gebruik gemaakt wordt van de insulinepomp dan hoeft het kind alleen de vingerprik en het aantal koolhydraten toe te voegen in de pomp zodat deze voldoende insuline afgeeft aan het lichaam. Ook hierbij zijn de hoeveelheid koolhydraten vaak al door de opvoeder opgeschreven en toegevoegd in het tasje waar de medische spullen zitten.

Opvoeders geven aan dat andere vaak geen light producten in huis hebben. Ze kunnen immers niet overal rekening mee houden, zeggen de opvoeders. Door dit te compenseren geven ze vaak het kind eigen drinken mee, waardoor het toch mee kan doen en niet alleen maar water en/of thee hoeft te drinken. Een andere mooie bijkomstigheid is dat het kind dan geen rekening hoeft te houden met het aantal koolhydraten en hierna geen medische handelingen hoeft te verrichten, behalve de vingerprik en eventueel extra insuline via de pomp moeten toedienen. Tevens zorgen alle opvoeders er wel voor dat de desbetreffende ouder de beschikking heeft over elkaars telefoonnummer.

### **6.7 Hypo en hyper**

Uit alle interviews blijkt dat kinderen met DM beter in staat zijn om een hypo te herkennen en voelen aankomen in tegenstelling tot een hyper. Verder geeft men aan dat kinderen bij een hyper wel met de gevolgen zoals hoofdpijn en misselijkheid komen, maar het niet voelen aankomen. Opvoeders geven aan dat ze hun kind altijd hun bloedsuiker laten prikken omdat in hun ogen meten weten is.

### **6.8 Zelfstandigheid**

Uit alle interviews blijkt dat dat hun kind begrijpt wat de DM inhoudt en dit in eigen woorden kan uitleggen als dit nodig zou zijn. Desalniettemin vinden de kinderen het niet prettig om hierover te praten aangezien hij/zij hiermee dan in de aandacht staat. Wanneer opvoeders merken aan hun kind dat ze het niet prettig vinden om dit te vertellen dan nemen de opvoeders deze rol op zich. Kinderen proberen deze situatie te ontwijken. Tevens zijn alle kinderen van de geïnterviewde opvoeders in staat op de vingerprik voor het meten van de bloedsuiker zelf te doen en dragen zij over het algemeen allemaal zelf de verantwoordelijkheid over hun medische spullen. Hierbij valt te denken aan de bloedsuikermeter en de dextro. Uit de interviews blijkt dat vijf van de zes kinderen alle medische handelingen in de klas uitvoert.

Verder zie je over het algemeen bij kinderen die gebruik maken van de insulinepomp dat zij in staat zijn deze zelf te bedienen. Oftewel zij weten hoe ze het aantal koolhydraten moeten invoeren, weten hoe het menu werkt en weten hoe zij correcties moeten uitvoeren. Opvoeders geven aan dat het kind vaak behendiger is in het bedienen van de pomp dan zichzelf. Wat tevens als positief wordt ervaren aangezien kinderen immers hiermee moeten leren leven en dit hun een stuk zelfstandiger maakt.

Bij vier van de zes kinderen wordt er gebruik gemaakt van de insulinepomp. Doordat ze allemaal nog jong zijn en nog niet de beschikking hebben over voldoende vet op de buik, wordt de canule onder de huid in de bil ingebracht. Hier kunnen zij zelf niet bij waardoor deze handeling verricht wordt door hun opvoeder.

In tegenstelling tot kinderen die gebruik maken van de insulinepomp blijkt uit de interviews dat beide kinderen, die gebruik maken van de insulinepen het moeilijk vinden om de naald zelf in zichzelf te steken. Deze handeling wordt dan ook verricht door hun opvoeders.

Alle opvoeders geven aan dat het belangrijk is dat het kind leert te ontspannen, voordat de medische handeling plaatsvindt. Wanneer je je minder aanspant des te minder pijnlijker het is. Zo gaven twee van de zes opvoeders aan dat het hardop uitblazen als het koelen van de desbetreffende plek met ijsklontjes hierbij kan helpen.

Drie van de zes opvoeders geven tijdens het interview aan dat ze het buiten spelen, zonder het meenemen van het medische tasje als een spanningsveld ervaren. Hun kind geeft aan het niet prettig te vinden om dit mee te nemen. Ze willen niet anders dan anderen zijn. Vier van de zes opvoeders krijgen het wel voor elkaar dat hun kind dextro in zijn jas/broekzak stopt. Op deze manier heeft het kind dan wel iets bij zich, waardoor het iets kan innemen en in staat is om thuis te komen.

Opvoeders geven in het algemeen aan dat er één nadeel is aan het feit dat hun kind steeds zelfstandiger worden met de DM en de omgang, namelijk anderen hoeven het kind niet meer te prikken. Wat kan leiden tot stressvolle situaties omdat deze persoon onzeker en/of bang kan worden en kan gaan twifelen of hij/zij het nog wel kan.

## 6.9 Behoeftte van de opvoeders

Wanneer er aan opvoeders gevraagd wordt waar ze behoefte aan hebben dan wordt er massaal geantwoord dat ze graag willen dat school en dan met name de leerkrachten een actievere rol pakken rondom de diabetes en de daarbij komende zorg. Het Meander Medisch Centrum organiseert avonden waar onder andere leerkrachten kennis kunnen opdoen over de diabetes en alles wat hierbij komt kijken. Opvoeders zien dan ook graag dat leerkrachten hier actief gebruik van maken.

Tijdens zo'n avonden leert men onder andere wat de diabetes inhoudt, waar ze op moeten letten, wat de symptomen zijn en hoe ze moeten handelen. Naast deze avonden geven opvoeders aan dat ze behoefte hebben aan het feit dat een leerkracht meedenkt en vooruitdenkt. Ook het samen opzoek gaan naar oplossingen en andere betrokkene zoals overblijffuffen informeren valt hieronder. Over het algemeen ervaren opvoeders in eerste instantie behulpzaamheid maar wanneer er gemerkt wordt wat er allemaal rondom de diabetes komt kijken, merken opvoeders dat ze moeten gaan praten als 'brugman'. Naast de algemene informatieavonden zouden opvoeders het ook fijn vinden om met andere opvoeders in contact te komen door middel van een ouderavond en/of thema avonden. Dit om zo gedachten en andere bijkomende zaken rondom de diabetes te bespreken en elkaar eventueel op ideeën te brengen.

Doordat de meeste gesprekken met de kinderdiabetesteam gepaard gaan met de aanwezigheid van het kind, ervaren volgens onderzoek twee van de zes opvoeders het als lastig om aan te geven als zij ergens moeite mee hebben. Dit omdat ze het kind niet altijd willen belasten met de zorgen of de lasten waar zij als opvoeders mee zitten en/of tegenaan lopen. Zo zouden zij het dan ook als prettig ervaren wanneer er wat vaker gesprekken plaats zouden vinden zonder de aanwezigheid van het kind hierbij.

Daarnaast zien alle opvoeders graag dat er van te voren bekend gemaakt wordt als er iets speciaals qua eten/drinken is geregeld op school. Op deze manier kunnen zij zelf ervoor zorgen dat hun kind niet in de uitzonderingspositie komt te staan en gewoon mee kan doen aan de hand van zelf van te voren voorbereidingen te treffen en/of het kind hierop voor te bereiden.

Verder geven alle opvoeders aan dat ze het prettig zouden vinden wanneer er iemand is die het kind ondersteunt, samen opzoek gaat naar oplossingen en aan de bel trekt bij de opvoeders over bepaalde onverwachtse gebeurtenissen. Hierbij maakt het niet zozeer uit wie deze rol op zich neemt, als deze rol maar serieus en verantwoord uitgevoerd wordt.

Uit de interviews blijkt dat alle opvoeders behoefte hebben aan een steunende omgeving. Dit omdat de diabetes en de zorg die hierbij komt kijken veel vergt van het gehele gezin. Uit de interviews blijkt dat de opvoeders het belangrijk vinden om de omgeving te betrekken bij de diabetes van hun kind. Hierdoor kunnen zij op deze omgeving terugvallen indien nodig en krijgt het kind geen uitzonderingspositie. Dit omdat zij weten om te gaan met de diabetes doordat zij op de hoogte gesteld zijn door de opvoeders tijdens bijvoorbeeld een informatieavond waarbij een verpleegkundige alle ins en outs heeft vertelt. Zo kunnen drie van de zes opvoeders terugvallen op familieleden en/of burens waarin zij voldoende vertrouwen hebben en die de DM serieus nemen. Drie van de zes opvoeders hebben niet de beschikking over deze steunende omgeving, doordat familie te ver weg woont of omdat ze de DM als ingewikkeld ervaren. Zij geven aan dat ze hier wel behoefte aan hebben. Zij zien een oplossing in een oppas, die beschikt over diabeteskennis of de bereidheid heeft om hier meer over te leren.

Uit mijn onderzoek blijkt dat drie van de zes van de opvoeders een professional (buurtzorg en/of wijkverpleegkundige) hebben ingeschakeld die het kind op school ondersteunt bij de diabeteszorg. Al deze opvoeders zijn werkzaam voor een opdrachtgever. De achterliggende gedachte hiervan is dat het kind op deze manier niet voor de volle 100% de verantwoordelijkheid hoeft te dragen. Deze opvoeders geven aan dat zij hierdoor in staat zijn om het kind even los te kunnen laten, aangezien er een professional klaar staat waarmee opvoeder contact heeft. Bij alle drie de opvoeders is de keuze voor het inschakelen van buurtzorg en/of wijkverpleegkundige de reden van onvoldoende steun en/of vertrouwen hebben in de leerkracht en de rol die hij/zij op zich neemt rondom de diabeteszorg.

Daarnaast zijn er drie van de zes opvoeders die er bewust voor gekozen hebben om voor zichzelf te gaan werken, waardoor ze de beschikking hebben over hun eigen tijden en meer vrijheid en ruimte, als dat gewenst is.

Wanneer opvoeders, in dit geval twee van de zes, in de gelegenheid zijn om zich volledig op de opvoeding van hun kind(eren) te kunnen richten, dan zie je dat er geen gebruik gemaakt wordt van een professional. Dit omdat zij vinden dat zij zelf altijd klaar moeten staan voor hun kind(eren).

En als laatste punt hebben alle opvoeders niet alleen behoefte maar verwachten zij zelfs dat wanneer er afspraken zijn gemaakt tussen de opvoeder en wie dan ook, dat deze ten allertijden nagestreefd worden.



## 6.10 Insulinepomp versus insulinepen

Uit de interviews blijkt dat vijf van de zes opvoeders het gebruik van de insulinepomp als een voordeel zien. Zij hebben namelijk het idee dat het kind veel flexibeler is, waardoor het meedoen met leeftijdsgenootjes makkelijker is. Ook wordt de iets meer vrijheid hebben in het aanpassen van de insuline, door bijvoorbeeld de insulinepomp zo in te stellen dat de hoeveelheid insuline tijdens een verjaardagsfeestje verspreid wordt over een aantal uur als voordeel gezien. Volgens opvoeders hoeft het kind dan even niet te denken aan de DM. Het grootste voordeel van de insulinepomp volgens deze opvoeders is dat je als kind of als opvoeder niet meer vier keer per dag een naald in het lichaam hoeft te zetten voor het toedienen van de insuline. De zelfstandigheid en de onafhankelijkheid van het kind aan de opvoeders zien wordt als een groot voordeel gezien door zowel opvoeders waarvan het kind gebruik maakt van de insulinepomp als bij de insulinepen.

## 6.11 Spanningsveld

Wanneer er gekeken wordt naar waar opvoeders in het algemeen een spanningsveld ervaren is dan komen er de volgende vier punten naar voren, namelijk:

1. Vier van de zes opvoeders ervaren het als vermoeiend om continue uitleg te geven over wat diabetes is en inhoudt. Hier ontstaat een spanningsveld van wat vertel je de hele tijd en in hoeverre dien je telkens de protocollenmap mee te geven?;
2. Alle opvoeders geven aan dat de diabetes onderschat wordt. De diabetes is niet alleen een medische ziekte maar is zeker ook van invloed op het psychische van het kind;
3. Alle opvoeders vinden dat hoe ouder een kind wordt steeds meer vrijheden hoort te krijgen passend bij de leeftijd van het kind en wat het kind aankan. Maar deze vrijheid komt niet altijd overeen met de zorg rondom de diabetes. Dit aangezien er aan de diabetes consequenties hangen die gevaarlijk kunnen zijn en
4. Alle opvoeders geven aan dat wanneer er naar de pedagogische kant gekeken wordt deze als ingewikkeld wordt gezien. Dit omdat het kind zich steeds meer gaat beseffen dat hij/zij een uitzondering is en dat hij/zij juist dingen moet gaan laten of juist moet gaan doen. De vraag die dan bij opvoeders speelt is 'hoe maak je je kind weerbaar door zijn/haar schouders op te blijven halen en te zeggen *ik heb nu eenmaal diabetes?*'. Hoe kunnen wij als opvoeder ervoor zorgen dat een kind dit gevoel een beetje vast kan houden?

## **6.12 Begeleiding kinderdiabetesteam**

Uit de interviews blijkt dat alle opvoeders erg te spreken zijn over de begeleiding van het kinderdiabetesteam. Zij ervaren dat ze als het ware als een klein kind meegenomen worden op ontdekkingsstocht naar de diabetes. Gedurende dit proces krijgen zij de beschikking over alle ins en outs rondom de diabetes en de medische zorg die hierbij komt kijken. Dat het kinderdiabetesteam zich bewust is van het fenomeen loslaten met diabetes wordt als positief ervaren door opvoeders. Tevens vinden alle opvoeders het prettig dat het kinderdiabetesteam 24 uur per dag bereikbaar is en altijd voor hen klaar staan. De uitgebreide kennis en ervaring ervaren zij dan ook als een groot pluspunt.

# Hoofdstuk 7 Resultaten naar aanleiding van interview met psycholoog

---

Van der Poel (2010) geeft aan dat situaties niet vanuit één theorie te verklaren zijn. Moorman (2014) geeft aan dat de DM betrekking heeft op het gehele gezin waardoor het belangrijk is om verschillende perspectieven te belichten. Daarnaast is M. van Eijk psychotherapeut – klinisch psycholoog binnen het kinderdiabetesteam waarbij zij diverse gesprekken met opvoeders voert over het desbetreffende onderwerp.

## 7.1 Algemeen

Er wordt aangegeven dat meer dan de helft van de moeders in het eerste jaar nadat de diagnose diabetes mellitus bij hun kind is vastgesteld, voldoen aan de criteria van PTSS (posttraumatische stress-stoornis). Ze voelen zich gestrest, voelen zich angstig, machteloos en schuldig. Kortom ze hebben het gevoel dat ze de greep op het dagelijkse leven kwijt raken. Dit omdat ze aan de ene kant continu aan het waken zijn en aan de andere kant over de wetenschap beschikken dat ze hun kind hiermee benauwen. Ook raken de opvoedregels binnen het gezin verstoord door de diabetes. Dit omdat een kind al zoveel moet, waardoor sommige regels op zijn beloop gelaten worden. Daarnaast zijn opvoeders bang dat hun kind bij een te grote inspanning het risico loopt om een hypoglycemie te ontwikkelen.

Opvoeders hebben langdurig de tijd nodig om te kunnen wennen aan het feit dat hun kind de diagnose diabetes mellitus heeft gekregen. Als er gekeken wordt naar de rouwstadia van Kübler – Ross dan zie je dat mensen soms langer in die eerste fase (shok/ongeloof) blijven hangen omdat verwerken eenvoudigweg niet mogelijk is.

## 7.2 Angsten

Volgens de psycholoog spelen er een aantal zeer begrijpelijke spanningen bij opvoeders:

- Als mijn kind zichzelf niet goed reguleert, word hij/zij op lange termijn onomkeerbaar ziek;
- Als mijn kind niet aanvoelt dat hij/zij hypo's heeft, kan hij/zij wegvallen. Hoe moet dat, als ik er als opvoeder niet bij ben?;
- Hoe gaat mijn kind het hebben van DM integreren in zijn/haar leven? Hoe blijft de zelfwaardering van mijn kind overeind?;
- Hoe krijg ik een goede balans tussen waken en loslaten, zo dat ik mijn kind enerzijds niet te veel benaauw en anderszijds niet te veel aan zijn lot overlaat?

## 7.3 Spanningsveld in het algemeen

De psycholoog geeft aan dat zij denkt dat de stress bij opvoeders afhangt van de machteloosheid die ze voelen rondom de zelfzorg van de diabetes die het kind op zich neemt. Het is voor opvoeders belangrijk dat zij weten dat hun kind in voldoende mate zichzelf kan blijven reguleren. Als dat het geval is kan de opvoeder zich rustiger voelen.

Daarnaast wordt het geweten van het kind aangesproken, door zowel de kinderarts als door de diabetesverpleegkundige en door opvoeders. Opvoeders hebben deze rol ook, maar eigenlijk willen ze deze niet altijd hebben. Reacties die hierop kunnen volgen zijn:

1. Tegen zichzelf: Laat maar of weet je we doen het wel over een uurtje. Of we gaan wel over op light producten dan hoef ik er niet zo op te letten;
2. Tegen de kinderarts: 'U/ de diabetes vraagt veel van mijn kind';
3. Tegen over hun kind: 'Ja, maar waarom doe je nu niet wat de arts zegt?'

Ook de vraag 'Hoe zorg je als opvoeder ervoor dat je je kind niet continu beoordeeld en veroordeelt?' speelt er door het hoofd.

#### **7.4 Netwerk rondom het kind**

De psycholoog geeft aan dat de omgeving een belangrijke speerpunt voor opvoeders is om ze te ondersteunen. Waar ze vertrouwen in moeten hebben dat ze het kind ook kunnen begeleiden bij de DM. Zij denkt dat opvoeders pas in staat zijn om hun kind een beetje meer op afstand te houden, wat aansluit bij de leeftijd en ontwikkelingsfase van het kind, wanneer ze iemand in de buurt van het kind hebben die ze kunnen vertrouwen.

Wanneer het kind gelangere tijd de diagnose DM heeft ziet de psycholoog dat opvoeders in staat zijn om opzoek te gaan naar oplossingen. Zo ziet zij dat er vaker een goede vriend/kennis geïnstrueerd en ingeschakeld wordt bij bijvoorbeeld schoolreisjes en/of de avondvierdaagse. Volgens haar zijn opvoeders het liefst hier zelf bij aanwezig, maar beseffen zelf ook dat wanneer zij overal bij aanwezig zijn de algehele autonomie van het kind stagneert. De vraag die hieruit voortvloeit volgens de psycholoog is dan ook: 'Hoe kan een kind zijn exploratie oefeningen doen, die hij/zij nodig heeft om groot te worden?'

#### **7.5 Latentiefase**

Volgens de psycholoog en de ontwikkelingspsychologie van Freud is het wat minder moeilijk voor een kind, wanneer de diagnose DM gesteld wordt wanneer hij/zij in de ontwikkelingsfase zes tot elf jaar zit. Dit omdat de latentiefase rondom deze ontwikkeling wat rustiger verloopt. Het gevecht tussen kind en opvoeder staat rond deze ontwikkelingsfase niet centraal, in tegenstelling tot bij peuters en pubers.

# Hoofdstuk 8 Conclusie

---

Na het uitvoeren van het literatuuronderzoek en de interviews zijn de resultaten tot stand gekomen in het voorgaande hoofdstuk. De verkregen resultaten leiden in dit hoofdstuk tot een conclusie, wat tevens ook de beantwoording is op de hoofdvraag “*Wat is de behoefte van de opvoeders aan pedagogische begeleiding, rondom het thema ‘loslaten’, bij het managen van diabetes type 1, in het dagelijks leven in de leeftijdscategorie acht en negen jaar?*”

Daarop volgt beantwoording van de deelvragen naar aanleiding van de interviews. Tot slotte volgen de aanbevelingen voor een vervolg onderzoek. Tijdens het schrijven van dit hoofdstuk is er continu een koppeling gemaakt tussen het theoretisch kader en het praktische deel. **Concreter maken en verbinden met de theorie**

## **Betekenis van het onderzoek voor de praktijk**

Volgens NDF (2003), is DM een snel toenemende ziekte is, waarbij het steeds meer op jonge leeftijd voorkomt, wilt het kinderdiabetesteam graag onderzocht hebben wat de behoefte van opvoeders aan pedagogische begeleiding is en willen ze weten of wat ze nu doen of dat voldoende is.

Aan de hand van de verkregen resultaten is af te leiden of het kinderdiabetesteam aansluit bij de behoefte van de geïnterviewde opvoeders. Daarnaast is er in kaart gebracht wat deze behoeftes zijn en worden er handvaten aangereikt met betrekking tot begeleiding van opvoeders rondom dit thema.

Uit de interviews blijkt dat alle opvoeders te spreken zijn over de begeleiding van het kinderdiabetesteam, maar ondanks dat zien zij ook verbeterpunten. Zou zouden opvoeders meer individuele tijd willen hebben waarbij het kind niet aanwezig is. Ook worden georganiseerde thema informatieavonden genoemd, waarbij opvoeders met elkaar in contact kunnen komen.

## **8.1 Belangrijke punten die eerder uit het onderzoek naar voren zijn gekomen:**

Het continu weer ontdekken staat tijdens het gehele loslatingsproces centraal. Waar moet ik mijn kind loslaten? Waar kies ik ervoor om als opvoeder zijnde nog bij aanwezig te zijn of mee te gaan? Loslaten is een proces wat continu verschuift naarmate het kind ouder wordt. De rol als opvoeder is aan het veranderen. In eerste instantie worden de beslissingen nog genomen vanuit de positie waarin opvoeders meer uit zichzelf gaan kijken, waar zij zelf aan toe zijn. Op een gegeven moment vind er een verschuiving plaats naar wat de kinderen zelfstandig kunnen en vindt er veel meer overleg plaats tussen opvoeder en kind. Het kind gaat op een gegeven moment op en een leeftijd komen dat hij/zij niet zijn/haar ouder overal bij wilt hebben, maar daarnaast is het niet altijd meer mogelijk. Zoals wanneer het kind naar de middelbare school toe gaat.

Ondanks deze verschuiving stellen opvoeders nog wel eisen. Eisen aan hun zelf, hun kind maar voornamelijk aan de omgeving. De belangrijkste punten die eerder uit het onderzoek naar voren zijn gekomen en waar opvoeders behoefte aan hebben luiden als volgt:

### **Ervaring / kennis / vaardigheden overbrengen**

1. Opvoeders hechten veel waarde aan goede afspraken;
2. Gemaakte afspraken worden nu door leerkrachten niet altijd nageleefd;
3. Opvoeders vinden dat er veel meer vooruit gedacht moet worden door scholen, om zo een uitzonderingsposities te voorkomen;
4. Opvoeders ervaren onvoldoende vertrouwen in leerkrachten;

### **Begrip / steun voor zowel opvoeders als kind**

5. Opvoeders vinden dat de directe omgeving niet over voldoende kennis beschikt;
6. Opvoeders waarvan hun kind de insulinepomp gebruikt zien hun kind vrijer en zelfstandiger dan kinderen die gebruik maken van de insulinepen;
7. Dat er te weinig gebruik gemaakt wordt van de georganiseerde informatieavonden door leerkrachten;
8. Een van de grootste angsten bij opvoeders is dat een kind een hypo krijgt;
9. Dat een steunende omgeving niet zo vanzelfsprekend is als dat men doet lijken;
10. Opvoeders vinden het belangrijk dat er iemand is voor het kind waar hij/zij op terug kan vallen ondanks dat hij/zij de diabetes zelfstandig reguleert.
11. Opvoeders hebben behoefte aan een database van oppassers;
12. Opvoeders hebben behoefte aan vaker één op één gesprekken met een medewerker van het kinderdiabetesteam.

## 8.2 Beantwoording deelvragen

Naast dat er deelvragen beantwoord zijn door middel van het theoretisch kader zijn er ook deelvragen beantwoord naar aanleiding van de gehouden interviews. Hieronder volgt dan ook een korte samenvatting per deelvraag aangezien de antwoorden uitgebreid terug te vinden zijn in het hoofdstuk *resultaten*.

### 8.2.1 Waar lopen opvoeders van een kind met diabetes type 1, momenteel in het dagelijkse leven tegenaan rondom het thema 'loslaten'?

Dat ze als opvoeder regelmatig dingen doen die in tegenstrijd zijn met wat hun kind wilt of ervan vind. Daarbij komend is dat datgene niet altijd past wat bij de leeftijd van het kind hoort, maar wel noodzakelijk is voor de zorg rondom de diabetes. Wat soms zo tegenstrijdig is met elkaar. Daarnaast ervaren opvoeders weinig begrip en kennis vanuit hun omgeving. De diabetes mellitus wordt dan ook vaak onderschat geven zij aan. Het loslaten wordt gemakkelijker wanneer andere mensen weten hoe te handelen. Er wordt door de omgeving heel makkelijk over de zorg rondom de diabetes gedacht, waardoor opvoeders het als een gevecht ervaren met school en de omgeving om telkens te moeten laten zien wat en hoe het werkelijk gaat wanneer een kind diabetes heeft. Ook ervaren opvoeders dat gemaakte afspraken niet nagekomen worden. Tevens blijkt merendeels van de leerkrachten geen gebruik te maken van de georganiseerde informatieavonden die door het kinderdiabetesteam van het Meander Medisch Centrum aangeboden worden. Dit tot ergernis en verbijstering van de opvoeders.



### **8.2.2 Wat wordt er onder pedagogische begeleiding verstaan door opvoeders?**

Zowel opvoeders als de Oenema-Mostert (2006) geeft aan de opvoeding van een chronisch ziek kind niet altijd even makkelijk is. Opvoeders hebben (soms) behoefte aan ondersteuning, die gericht is op het vergroten van de opvoedingscompetenties. Dit omdat de diabetes zoveel invloed heeft op het gehele gezin. Volgens Bronfenbrenner (1977, aangehaald in van de Ploeg, 2005)<sup>9</sup> is een goede afstemming en communicatie belangrijk tussen verschillende microsystemen. Zo hechten opvoeders dan ook een groot belang aan goede afspraken en het nakomen ervan. In de praktijk blijkt dit tegen te vallen waardoor sommige situaties binnen de opvoeding uit evenwicht raken. Hierbij denkend aan de continue aanwezigheid van een opvoeder tijdens bijvoorbeeld een verjaardagsfeestje of een schoolreisje. Oenema-Mostert (2006) geeft aan dat er geen balans meer is tussen de draagkracht en de draaglast.

### **8.2.3 Waar lopen opvoeders tegenaan binnen de thema's verjaardagsfeestjes, logeren en schoolreisje?**

Volgens psychotherapeut - klinisch psycholoog M. van Eijk ervaren opvoeders **ten allertijden een spanningsveld**. Ondanks dat zij zelf voorbereidingen treffen voorafgaande aan verjaardagsfeestjes, logeren of schoolreisje blijven er vragen in het hoofd rond dwalen. Vragen over of de diabetes wel serieus genomen wordt, of de koolhydraten wel goed uitgerekend worden en of ze hun kind wel extra in de gaten houden en nog veel meer. Vragen die eigenlijk allemaal betrekking hebben over **vertrouwen in de ander** maar ook **vertrouwen in het kind zelf**. Daarnaast is het de ander verantwoordelijk maken en geven een groot issue. Opvoeders geven massaal weer dat ze dat lastig vinden en soms bij het overdragen van de informatie niet weten wat ze allemaal moeten vertellen. Zo is kan de **informatieoverdracht** per thema verschillen maar ondanks dat ligt alles zo dicht bij elkaar en heeft alles invloed op elkaar. Het continu uitleg geven over de diabetes wordt als een struikelblok gezien. Tevens staan binnen de genoemde thema's voorop dat opvoeders willen en proberen te voorkomen om een **uitzonderingspositie** voor hun kind te creëren. Ze willen graag dat hun kind net zoals anderen kinderen kind kan zijn.

### **8.2.4 Wat vinden opvoeders van de begeleiding van het kinderdiabetesteam van het Meander Medisch Centrum? (toevoegen deelvragen)**

Alle opvoeders zijn erg te spreken over de begeleiding van het kinderdiabetesteam. Wanneer er gevraagd wordt om een score te geven tussen de 0 en de 10 dan is het gemiddeld cijfer een 7,7. Waarom opvoeders zo tevreden zijn met de begeleiding van het kinderdiabetesteam is terug te

---

<sup>3</sup> Zie bijlage Schema Bronfenbrenner

lezen in *hoofdstuk 4. Paragraaf 4.12 begeleiding kinderdiabetesteam*. Daarnaast zijn er verbeterpunten geformuleerd die terug te lezen zijn in *hoofdstuk 4. Paragraaf 4.9 behoefte van opvoeders*.

### **8.3 Vergelijking praktijk en literatuuronderzoek**

In principe komt datgene wat uit het literatuuronderzoek naar voren komt overeen met wat de geïnterviewde vertellen. Hieronder volgt eerst in een notendop de belangrijkste overeenkomsten gevolgd door de belangrijkste verschillen, waarbij er een link gelegd is tussen de literatuur en de praktijk.

Dat het niet alleen voor het kind maar voor het hele gezin moeilijk is wanneer de diagnose diabetes mellitus wordt vastgesteld. Willemse (2012) geeft aan dat de gehele systeemtheorie vernadert, door zowel de emotionele als praktische gevolgen die de DM met zich meebrengt. De aanpassing aan een nieuwe leefsituatie is wennen en kost tijd.

De verwerkingsfasen is voor iedereen anders en doorloopt iedereen in zijn eigen tempo. Aangezien de diabetes 24 uur per dag, 365 dagen per jaar aanwezig is, is het belangrijk dat je als kind hiermee leert omgaan oftewel vriendschap mee sluit. *Het mesosysteem van Bronfenbrenner () is van groot belang wat ook geldt bij het loslatingsproces*. Goede afstemming en vertrouwen zijn hiervoor de basis. Ondanks dat het belangrijk is dat direct betrokkene weten waarom het kind zich soms niet goed voelt en wat ze eraan kunnen doen, wordt het continu uitleggen geven over de diabetes als vermoeiend ervaren door opvoeders. Wanneer andere mensen *kennis te hebben over de diabetes* realiseren opvoeders zich maar al te goed dat deze kennis vaak verouderd en/of onvoldoende is.

Ook opvoeders geven aan dat zij het belangrijk vinden dat hun chronisch ziek kind opgroeit op dezelfde wijze als ieder ander kind, waarbij er geprobeerd wordt om een uitzonderingspositie te voorkomen. Zo vinden zij ook dat een kind voldoende de gelegenheid moet krijgen om de wereld om zich heen te kunnen ontdekken waarbij de zelfstandigheid bevordert wordt. Dit is iets waar opvoeders wel hulp en vertrouwen van en in andere moet hebben en waar er continu een spanningsveld wordt ervaren. Uit de interviews komt er ook naar voren dat opvoeders hun kind voorbereiden op wat er komen gaat, waardoor er geprobeerd wordt om onverwachtse gebeurtenissen te voorkomen.

Wanneer er gekeken wordt naar de richtlijnen van het expertise KinderDiabetesVerpleegkundigen (2011) en de verkregen antwoorden dan blijken deze 'weet- en doe-doelen overeen te komen.

*Ondanks deze overeenkomsten zijn er ook een aantal verschillen, namelijk:*

Illich (1972, aangehaald in Malsschaert en Traas, 2006) geeft aan dat scholen steeds meer opvoedingstaken van de ouders op zich neemt. Daarin tegen geven opvoeders juist aan dat zij graag willen dat leerkrachten een actievere rol op zouden pakken rondom de diabetes en de daarbij komende zorg. Per augustus gaat de zorgplicht van start, waarbij kinderen ondersteund moeten worden bij de zelfzorghandelingen. Opvoeders zijn heel benieuwd hoe dit straks gaat aangezien zij vinden dat deze steun nu al ontbreekt.

Volgens De Jong en Hosli (2004) komt het veel voor dat kinderen met diabetes niet uitgenodigd worden voor verjaardagsfeestjes dit in tegenstelling tot wat opvoeders aangaven tijdens de interviews.

# Hoofdstuk 9      Discussie

---

## 9.1 Beperkingen van mijn onderzoek

Wanneer ik aan de hand van de hoofdvraag opzoek ben gegaan naar passend literatuur zijn mijn drie thema's tot stand gekomen. Tijdens de interviews heb ik dan ook telkens te horen gekregen dat ik de vinger op gevoelige snaar wist te leggen. Dit heb ik telkens als een compliment weten te beschouwen. Vooraf gaande aan mijn interviews stond alleen de leeftijdscategorie vast. Tijdens de afname van de interviews heb ik mogen ervaren dat er een groot verschil zit bij het proces wat de diabetes met zich meebrengt. Dit heb ik mijzelf van te voren niet gerealiseerd. Hierdoor is het thema *sport* ook niet ter sprake gekomen in geheel mijn scriptie en interviews. Tot dat ik in gesprek kwam met een opvoeders waarvan haar kind al langere tijd diabetes heeft. Zij gaan aan mij terug dat ze naast de behandelde thema's het thema *sport* mistte. Aangezien zij momenteel bij de sport wat haar kind beoefent uitwedstrijden aan de orde komen, is dit iets waar zij momenteel tegenaan loopt. Na dit interview ben ik hierover gaan nadenken. Doordat ik zo goed als alle interviews al had afgenomen en dit niet eerder ter sprake is gekomen, ben ik niet in staat geweest om dit thema ook te kunnen belichten. Als ik nu terug kijk naar wat een reden hiervoor zou kunnen zijn is dat ik relatief veel opvoeders heb gesproken waarvan hun kind nog niet zolang de diagnose diabetes mellitus heeft. Hierdoor zitten zij nog in een hele andere fase binnen de verwerking en omgang met de diabetes. Zo heb ik op een geven moment wel deze vraag opgenomen tijdens de afname van mijn interviews, en wat blijkt opvoeders kiezen er bewust voor om het kind nog niet deel te laten nemen aan een sport aangezien ze nog zo bezig zijn met de diabetes regulatie en de normale dagelijkse gang van zaken.

Daarnaast heb ik in mijn scriptie kort de rouwfase van Kübler – Ross (2006) aangehaald. Alleen heb ik doordat deze vraag niet binnen mijn scope bereik lag, niet verder uitgewerkt en terug laten komen in mijn scriptie. Wellicht was dit meer aan de orde geweest als er interviews plaats hadden gevonden met opvoeders waarbij net de diagnose diabetes mellitus bij het kind was gediagnosticeerd. In een toekomstig onderzoek zou dit verbeterd kunnen worden door vooraf aan de interviews hier veel meer inzicht in te hebben waardoor dit veel meer aanbod zou komen.

## **9.2 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek**

Na het schrijven van de conclusie en de discussie zijn er ook een aantal aanbevelingen tot stand gekomen voor wellicht een vervolgonderzoek. Deze aanbevelingen worden hieronder weergegeven.

### **9.2.1 Sport en diabetes mellitus**

Onderzoek te doen naar hoe opvoeders tegenover sport en diabetes mellitus staan. En dan voornamelijk wat opvoeders nodig hebben om hun kind los te laten terwijl het elders een uitwedstrijd speelt. Wat hebben opvoeders nodig om de verantwoordelijkheid over hun kind over te dragen aan anderen? En wanneer zijn opvoeders in staat om de verantwoordelijkheid van hun kind bij het kind zelf neer te leggen? Speelt er hierbij nog een rol of er gebruik gemaakt wordt van de insulinepomp of van de insulinepen? Uit het onderzoek blijkt dat opvoeders erg tevreden zijn met de goede begeleiding van het kinderdiabetesteam. Ondanks dat lopen zij niet tegen bepaalde dagelijkse dingen aan. Zo zou er onderzocht kunnen worden in hoeverre opvoeders open staan voor georganiseerde ouderavonden en/of thema avonden waarin opvoeders met elkaar in contact kunnen komen waarin gedachten en ideeën uitgewisseld kunnen worden. Maar ook hoe staat het kinderdiabetesteam tegenover georganiseerde ouderavonden en/of thema avonden? Zien zij hiervan het nut en vinden zij dat dit als een taak van het kinderdiabetesteam?

### **9.2.2 Diabetes in de klas**

Daarnaast blijkt ook uit de interviews dat opvoeders behoefte hebben aan een meedenkende en vooruitdenkende omgeving. Opvoeders ervaren onvoldoende vertrouwen en niet tot nauwelijks mee werking van leerkrachten. Zo lijkt het mij dan ook verstandig om te onderzoeken naar waar de behoeften van leerkrachten ligt rondom een kind met diabetes in de klas. Wat hebben leerkrachten (de school) nodig om beter te kunnen aansluiten bij de behoeften van de opvoeders rondom de diabeteszorg van hun kind?

### **9.2.3 Database oppassers**

Verder wordt er door een aantal opvoeders aangegeven dat zij geen familie als back-up hebben. Zij zouden dan ook profijt hebben van een database aan oppassers die zowel ervaring hebben met kinderen als over kennis beschikken rondom de diabeteszorg. Er wordt aangegeven dat er wellicht hier een rol voor het kinderdiabetesteam ligt. Zo zou er in eerste instantie een behoefte onderzoek uitgevoerd moeten worden onder de opvoeders. Daarnaast moet er ook onderzocht worden of het aanmaken van een database met oppassers past en aansluit bij de rol die het kinderdiabetesteam momenteel heeft.

#### **9.2.4 Individuele gesprekken opvoeders versus medewerker kinderdiabetesteam**

Opvoeders geven aan dat ze het soms lastig vinden om vrijuit hun zorgen en/of lasten te uiten in het bijzijn van hun kind tijdens de verschillende gesprekken. Zo zouden zij het dan ook prettig vinden wanneer en wat vaker individuele gesprekken gepland zouden worden. Of dat er de laatste tien minuten van het gesprek hiervoor ingeruimd worden. Op deze manier kunnen opvoeders even één op één hun zorgen en/of lasten rondom de diabeteszorg bespreekbaar kunnen maken zonder dat ze hiermee hun kind belasten. Wellicht is het mogelijk om dit fenomeen te onderzoeken waarbij er gekeken moet naar worden naar haalbaarheid maar ook naar de behoefte die speelt bij opvoeders.

# Literatuurlijst

---

Anderson, B.J., Brackett, J. Diabetes in children. In Snoek FJ, ; Skinner, T.C (Eds). *Psychology in diabetes care*. 2nd edition, 2005.

Baarda, D.B., Goede. M.P.M. de, Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers B.V. Stenfert Kroese

Bil, M. de., Bil, P. de. (2009). *Praktijkgerichte ontwikkelingspsychologie. Van wieg tot hangplek: de ontwikkeling van 0- tot 18- jarigen*. Soest: Uitgeverij Nelissen

Braakman, L. (z.d.) *Je kind met diabetes type 1 loslaten*. Opgehaald op 27 maart 2014 van, <http://voluit.com/voor-ouders-van-kinderen-met-diabetes/loslaten/>

Centrum voor Jeugd en Gezin Utrecht. (2012). *Opvoeding en gedrag*. Opgehaald op 27 maart 2014 van, <http://www.jeugdengezinutrecht.nl/pagina/basis-schoolkind/opvoeding-en-gedrag/613666>

Crain, W.C. (2005). *Theories of Development. Concepts and applications*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

DAWN Youth Adviesraad. (z.d.). *Verantwoordelijkheden begeleiders*. Opgehaald op 28 maart 2014 van, <http://www.diabetesopschool.nl/goed-om-te-weten-ouders0-4/verantwoordelijkheden-begeleiders-ouders-0-4.html>

DAWN Youth Adviesraad. (z.d.). *In de klas. Afsprakenbrief insulinepen*. Opgehaald op 28 maart 2014 van, <http://www.diabetesopschool.nl/kinderen-4-12-jaar-leerkrachten.html>

Dedding, C. (2008). *De mondigheid van kinderen uit zich vaak in stilte*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

De Reinier de Graaf Groep. (2011). *Leven met diabetes*. Opgehaald op 27 maart 2014 van, <http://archive-nl.com/page/662002/2012-11-15/http://www.rdgg.nl/index.php?id=1633>

De Rijksoverheid. (2012). *Passend onderwijs gaat definitief door*. Opgehaald op 28 maart 2014 van, <http://www.rijksoverheid.nl/nieuws/2012/10/09/passend-onderwijs-gaat-definitief-door.html>

Diabetes Fonds. (z.d.). *Diabetes type 1*. Opgehaald op 14 februari 2014 van, <http://www.diabetesfonds.nl/artikel/diabetes-type-1>

Diabetes Fonds. (z.d.). *Geschiedenis van diabetes*. Opgehaald op 14 februari 2014 van, <http://www.diabetesfonds.nl/artikel/geschiedenis-van-diabetes>

Diabetes Fonds. (z.d.). *Hoe krijg je diabetes type 1*. Opgehaald op 14 februari 2014 van, <http://www.diabetesfonds.nl/artikel/diabetes-type-1>

Diabetes Fonds. (z.d.). *Hypo en hyper*. Opgehaald op 14 februari 2014 van, <http://www.diabetesfonds.nl/artikel/hypo-en-hyper>

Diabetes Fonds. (z.d.). *Symptomen diabetes type 1*. Opgehaald op 14 februari 2014 van, <http://www.diabetesfonds.nl/artikel/symptomen-diabetes-type-1>

Diabetesvereniging Nederland. (2013). *Acceptatie. Leven met diabetes*. Opgehaald op 27 maart 2014 van, <http://www.dvn.nl/files/site/DVN%20Acceptatie%20nov%202013%20def.pdf>

Eijk, M. van. (2014). *Ouderschapskennis. Ouders van zieke kinderen. Over vasthouden en loslaten*. Opgehaald op 29 maart 2014 van, <http://www.ouderschapscongres.nl/programma>

Elrich, M & Sinnema, G. (2001). *Chronische ziekte en lichamelijke handicap*, In: *Handboek Kinderen & adolescenten*. Houten: BSL

Elte, J.W.F. (2011). *Diabetes en nu?. Wat zijn de oorzaken?, Hoe krijg je het onder controle?, Hoe ziet je toekomst eruit?* Koog aan de Zaan: Poiesz Uitgevers bv.

Erikson, E (1902-1994) Aangehaald in de Bil en de Bil (2009). *Praktijkgerichte ontwikkelingspsychologie. Van wieg tot hangplek: de ontwikkeling van 0- tot 18- jarigen*. Soest: Uitgeverij Nelissen



Expertisegroep KinderDiabetesVerpleegkundigen. (2011). Diabetes “weet & doe” doelen. 6-7 jaar. *Handleiding voor kinderdiabetesteam*s. Den Bosch: Jeroen Bosch Ziekenhuis

Expertisegroep KinderDiabetesVerpleegkundigen. (2011). Diabetes “weet & doe” doelen. 8-9 jaar. *Handleiding voor kinderdiabetesteam*s. Den Bosch: Jeroen Bosch Ziekenhuis

Feijten, R. (2014). Het ‘huis’ van de ontwikkeling. *Een visualisatie van een normale ontwikkeling*.  
[https://www.google.nl/search?q=ruud+feijten+%E2%80%93+Het+huis+der+ontwikkeling&og=ruud+feijten+%E2%80%93+Het+huis+der+ontwikkeling&aqs=chrome..69i57j69i59.10469j0j7&sourceid=chrome&espv=210&es\\_sm=93&ie=UTF-8#q=individuatie+feiten](https://www.google.nl/search?q=ruud+feijten+%E2%80%93+Het+huis+der+ontwikkeling&og=ruud+feijten+%E2%80%93+Het+huis+der+ontwikkeling&aqs=chrome..69i57j69i59.10469j0j7&sourceid=chrome&espv=210&es_sm=93&ie=UTF-8#q=individuatie+feiten)

Het Nederlandse Diabetes Federatie (NFD) (2003). *Zorgstandaard voor goede diabeteszorg*. Amersfoort:

Jong, C. de., Hosli, E. (2004). *25 uur per dag diabetes*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid

Ketelaar, R. (1992). Leren leven met diabetes. *Een opdracht voor ons allemaal*. Diabc, jaargang 46, nummer 3, p.4-5.

Kliphuis, C. (2003). De diabetes van Daan. *Als je elke dag moet opletten*. Amsterdam: Uitgeverij Sjaloom

Kohnstamm, R. (2009). Kleine ontwikkelingspsychologie 2. *De schoolleeftijd*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Kübler – Ross, E. (2006). Lessen voor levenden. *Gesprekken met stervenden*. Amsterdam: Ambo/Anthos Uitgevers B.V.

Malsschaert, H en Traas, M. (2006). Basisboek opvoeding. *Theorie en praktijk*. Baarn: HB uitgevers

Meander Medisch Centrum. (2014). *Dit is Meander*. Opgehaald op 13 februari 2014 van,  
[http://www.meandermc.nl/wps/portal/patientenportaal/dit-is-meander!/ut/p/a1/hZNZj5swFEb\\_SuchfqqCWUMqWZVDBuJsiKHZeKkCeAgJywxLaP597TSjajQdx xIP2Ofci64\\_pEDaSkGxP6fJvknLYp\\_x98D4RaCmEOzDqTv2RxBD0ye6R2RNVxmwYwD8ZGF49a eyYU6u\\_sQcQGzq8thVZrKjyidfAFz7D-HfYwcvWFFHVR1tDqHrGTdfAAj6m9ZA3J8DAn9m62KfAwLfde74HBD4lmOlQ6lfE274zPgnW9a](http://www.meandermc.nl/wps/portal/patientenportaal/dit-is-meander!/ut/p/a1/hZNZj5swFEb_SuchfqqCWUMqWZVDBuJsiKHZeKkCeAgJywxLaP597TSjajQdx xIP2Ofci64_pEDaSkGxP6fJvknLYp_x98D4RaCmEOzDqTv2RxBD0ye6R2RNVxmwYwD8ZGF49a eyYU6u_sQcQGzq8thVZrKjyidfAFz7D-HfYwcvWFFHVR1tDqHrGTdfAAj6m9ZA3J8DAn9m62KfAwLfde74HBD4lmOlQ6lfE274zPgnW9a)

[WifYfVRXGh7K0PtWfx8B7rvu2JzMZux6FiaGZD2d4\\_WIQNN9m78AuJO\\_jRSIWxg3QBTRe00CUQodotyAz1K0kMXAbGSiv2Hm32vBqjqVgiQrw-tPu8NFqJqJFFT0mVa06rcV2z40zcu3HuzBruv6SVkmGe0XWQ-yw-1HjWgihp0BK8I0LqKUA3qsq0iijoaagihGMqhfU6SAM40RtCzNs48YAyYjXrgnq7gnKzZ\\_eP2c7ouYVnnEW7A9QFMkj-vJaqhsiLvpLt0PfCodMupAWycl297RWjrOxo4OyTI9\\_Y4W4TIhru7HQek-HTceqNNEQS8t9c0ch8G67cpRUgzb1WXQgfCco\\_DcN-SBog8182vc3-X1\\_wZxK0tG2r4bgLRjGRz8Gy00DMwz\\_PTzkY0WQk3y-fRP9NKVVVxLu5BmNI2\\_SC\\_56m1tYUpSctSz8\\_x5ucAPD38A1d3jHQ!!/dl5/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/](http://www.meandermc.nl/wps/portal/patientenportaal/patienten/afdelingen-specialismen/KDB/kinderdiabetesteam!/ut/p/a/1/1VLLTsMwEPwVOHCMvHm57jE820CpSIEfuSAnsZNNmldtVahfjxtxQrRQiQu-rWY8uzO7JClrEtV8hxnX2NR8c6gj-hball2COYTTiX0LAbt7HjH3fjwb-2RJHlItW51TtZts9V8c6FQiyvY0zc48ji0cNOKLC9LKLJKcsBdseG7GIE1tlcRPAe5ggJJVWz-MIV-h3apnC-wVp6B484VpWsD9Xq4MDPnPVzZKXAm6py5Ejv0r6DEOhXbFhkstFBa8OrgouWZSIXCrO6rBFOydsCXjp8MLE8m0vK4jC02TLhFXX8owWNMDoYmpHV03GwAv8rQUKbTWzZ6fITwYXIfwHgRPgWL6zGwKf0knGixNjMMijYJKJmfaeq04Mz5a0H_bMHwp1zNXpzt5GaSHXarcwtr2ZDVN8s3RCy6LgrMKTe1Fu-arP7xLbdVxQr5RF8YuH6727_KaslUcPkBErCyyA!!/dl5/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/)

Meander Medisch Centrum. (2014). *Kinderdiabetesteam*. Opgehaald op 13 februari 2014 van, [http://www.meandermc.nl/wps/portal/patientenportaal/patienten/afdelingen-specialismen/KDB/kinderdiabetesteam!/ut/p/a/1/1VLLTsMwEPwVOHCMvHm57jE820CpSIEfuSAnsZNNmldtVahfjxtxQrRQiQu-rWY8uzO7JClrEtV8hxnX2NR8c6gj-hball2COYTTiX0LAbt7HjH3fjwb-2RJHlItW51TtZts9V8c6FQiyvY0zc48ji0cNOKLC9LKLJKcsBdseG7GIE1tlcRPAe5ggJJVWz-MIV-h3apnC-wVp6B484VpWsD9Xq4MDPnPVzZKXAm6py5Ejv0r6DEOhXbFhkstFBa8OrgouWZSIXCrO6rBFOydsCXjp8MLE8m0vK4jC02TLhFXX8owWNMDoYmpHV03GwAv8rQUKbTWzZ6fITwYXIfwHgRPgWL6zGwKf0knGixNjMMijYJKJmfaeq04Mz5a0H\\_bMHwp1zNXpzt5GaSHXarcwtr2ZDVN8s3RCy6LgrMKTe1Fu-arP7xLbdVxQr5RF8YuH6727\\_KaslUcPkBErCyyA!!/dl5/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/](http://www.meandermc.nl/wps/portal/patientenportaal/patienten/afdelingen-specialismen/KDB/kinderdiabetesteam!/ut/p/a/1/1VLLTsMwEPwVOHCMvHm57jE820CpSIEfuSAnsZNNmldtVahfjxtxQrRQiQu-rWY8uzO7JClrEtV8hxnX2NR8c6gj-hball2COYTTiX0LAbt7HjH3fjwb-2RJHlItW51TtZts9V8c6FQiyvY0zc48ji0cNOKLC9LKLJKcsBdseG7GIE1tlcRPAe5ggJJVWz-MIV-h3apnC-wVp6B484VpWsD9Xq4MDPnPVzZKXAm6py5Ejv0r6DEOhXbFhkstFBa8OrgouWZSIXCrO6rBFOydsCXjp8MLE8m0vK4jC02TLhFXX8owWNMDoYmpHV03GwAv8rQUKbTWzZ6fITwYXIfwHgRPgWL6zGwKf0knGixNjMMijYJKJmfaeq04Mz5a0H_bMHwp1zNXpzt5GaSHXarcwtr2ZDVN8s3RCy6LgrMKTe1Fu-arP7xLbdVxQr5RF8YuH6727_KaslUcPkBErCyyA!!/dl5/d5/L2dBISEvZ0FBIS9nQSEh/)

Meij, H. (2011). *De basis van opvoeding en ontwikkeling*. Nederlands Jeugdinstituut. Opgehaald op 24 maart 2014 van, [www.nji.nl/nl/Normale-ontwikkeling-pdftekst.pdf](http://www.nji.nl/nl/Normale-ontwikkeling-pdftekst.pdf)

Moorman, M. (2014). *Opvoeden van een bijzonder kind*. Opgehaald op 27 maart 2014 van, [www.aangeborenhartafwijking.nl/scripts/download.asp?ID=6892](http://www.aangeborenhartafwijking.nl/scripts/download.asp?ID=6892)

Mijdiens. (2013). Pedagogische begeleiding. *Moeite met opvoeden*. Opgehaald op 7 maart 2014 van, <http://www.mijdiens.nl/diensten/pedagogische-begeleiding/>

Neve, T. (z.d.). Positief opvoeden. Opgehaald op 27 maart 2014 van, <http://www.jmouders.nl/Cursussen/Cursussen/Positief-Opvoeden.htm>

Neve, T. (z.d.). *Maak je kind (meer) zelfverzekerd*. Opgehaald op 27 maart 2014 van, <http://www.jmouders.nl/Themas/Opvoeding/Opvoeden/Maak-je-kind-meer-zelfverzekerd.htm>

Niemeijer, H. & Gastkemper, M. (2009). *Ontwikkelingsstoornissen bij kinderen. Medisch – pedagogische begeleiding en behandeling*. Gorcum b.v.

Oenema-Mostert, C.E. (2006). *Orthopedagogische thuisbegeleiding voor gezinnen met een jong chronisch ziek kind*. Groningen: Stichting Kinderstudies.

Ouden, H. van. (2011). *Diabetes. Wat moet ik er van weten?*. Gouda: Sanofi Diabetes

Ploeg, J.D. van der (2005). *Behandeling van gedragsproblemen*. p. 121 en 122. Rotterdam: Lemniscaat.

Poel, L. van der. (2010). *Ecologische pedagogiek bij de voltijd bachelor pedagogiek*. Interne publicatie gebaseerd op het competentieprofiel voor de HBO pedagoog. Utrecht: Hogeschool Utrecht. Opgehaald op 17 februari van, <https://intranet.sharepoint.hu.nl/sites/zoekcentrum/Paginas/informatie.aspx?k=duplicates:%226007530%22>

Prakken, J. (2001). *Kon ik toveren....Kinderen, ziekte en zorg*. Utrecht: NIZW

Schiet, M. (2000). *Gewoon een bijzonder kind. Praktische informatie over het opvoeden van chronische zieke kinderen*. Utrecht: NIZW Uitgeverij

Swet, J. (1990). *Kinderen en suikerziekte*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Tielen, L. (2003). *ICT en kinderen met chronische ziekten. Een studie naar de bijdrage van ICT-voorzieningen aan de kwaliteit van leven van kinderen en jongeren met chronische ziekten*. Utrecht.

Dale, van. (2014). *Betekenis 'behoefte'*. Opgehaald op 5 maart 2014 van, <http://www.vandale.nl/opzoeken?pattern=behoefte&lang=nn#.UxXrJc4XfC8>

Verhoeven, N. (2007). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs*. Den Haag: Boom Lemma uitgevers.

Vos, T. de – van der Hoeven. (z.d.) *Loslaten, makkelijker gezegd dan gedaan*. Opgehaald op 25 maart 2014 van, <http://www.opvoedadvies.nl/loslaten.htm>

VU medisch centrum. (2011). *Omgaan met de diagnose. Rouw*. Opgehaald op 27 maart 2014 van, <http://www.mijntienerheeftdiabetes.nl/rouw.html>

Willemse, J. (2012). *Anders kijken. Een breder inzicht op menselijk gedrag. Theorie en praktijk van de systeembenadering*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Wolfsdorf, J.I., Anderson B.J., Pasquarello, C. (2004). Treatment of the child with diabetes. In *Joslin's Diabetes Mellitus*, Kahn C.R., Weir G.C., King G.I., Moses A.C., Smith R.J., Anderson A.M. 13th edn. Philadelphia, PA: Lea Febiger. p. 430 – 451

# Bijlagen

---

1. Stappenplan educatie checklist
2. Begrippenlijst
3. Inleiding vanuit het kinderdiabetesteam voorafgaande aan mijn brief
4. Brief opgeven deelname interviews
5. Eén uitgewerkte transcriptie
6. Eén uitgewerkte topic a.d.h.v. de codeboom
7. Topiclijst
8. Richtlijnen voor wat een kind van acht en negen jaar al weet en doet
9. Beoordelingsformulier voor opdrachtgever Meander Medisch Centrum
10. Beoordelingsformulier door mijzelf ingevuld
11. Beoordelingsformulier voor docent
12. Logboek

# Stappenplan educatie checklist

---











# Begrippenlijst

---

## **Type 1 diabetes mellitus**

Diabetes mellitus als gevolg van de afbraak van insuline producerende cellen (bèta-cellen) van de alveesklier (pancreas), waardoor een absoluut insulinetekort ontstaat. Zonder toediening van insuline treedt een levensbedreigende situatie op. Bij westerlingen is er meestal sprake van een auto-immuun proces.

## **Type 2 diabetes mellitus**

Diabetes mellitus als gevolg van stoornissen in de insulinesecretie en/of het niet optimaal benutten van de aanwezige insuline door weefsels (insulineresistentie).

## **Bèta-cellen**

De cellen in de alveesklier (pancreas) die insuline maken. Ze bevinden zich in de Eilandjes van Langerhans in de alveesklier.

## **Eilandjes van Langerhans**

Groepjes cellen in de alveesklier (pancreas), waarin zich onder meer de bètacellen bevinden waarin het bloedsuiker verlagende hormoon insuline wordt gemaakt en de alfacellen, waarin het bloedsuiker verhogende hormoon glucagon wordt gemaakt.

## **Glucagon**

Hormoon dat wordt aangemaakt in de alveesklier en een bloedglucosegehalte verhogende werking heeft.

## **Glucose**

Druivensuiker; het kleinste mogelijke koolhydraat. Circuleert in het bloed en heet daarom ook wel bloedsuiker. Glucose is van essentieel belang voor het goed functioneren van de energievoorziening in het lichaam.

## **HbA1c**

Een percentage dat een indruk geeft van de gemiddelde bloedglucosespiegel over de afgelopen periode

**Hyperglykemie**

Te hoog glucosegehalte van het bloed.

**Hypoglykemie**

Te laag glucosegehalte van het bloed.

**Mmol/l**

Afkorting van millimol per liter, de eenheid om de hoeveelheid van een chemische of biologische stof in een vloeistof aan te geven.

# Inleiding vanuit het kinderdiabetesteam voorafgaande aan mijn brief

---

Beste ouders,

Begin dit jaar heeft een docent van de Hogeschool Utrecht ons benaderd of wij, als kinderdiabetesteam, willen meedenken en -werken aan afstudeeropdrachten van hun studenten pedagogiek.

Deze docent, met zelf diabetes en een zoon met diabetes, vroeg ons of wij om onze krachten konden bundelen.

Een belangrijke doelstelling van het kinderdiabetesteam is om altijd te blijven kijken of onze zorg beter kan.

Door mee te werken aan de afstudeeropdrachten wordt er een kijkje genomen in onze “keuken” vanuit pedagogisch oogpunt.

De aanbevelingen uit deze opdrachten kunnen wij gebruiken om de zorg voor uw kind en u op pedagogisch gebied verbeteren.

Het onderzoek wordt gedaan door 4 studenten met elk een eigen leeftijdsgroep.

In de bijlage vindt u een brief waarin de student u uitnodigt om mee te werken aan het onderzoek.

Als kinderdiabetesteam weten we al te goed hoe druk het dagelijks leven is, toch willen we u vragen u om mee te werken aan dit onderzoek om te helpen de zorg te verbeteren.

Bij vragen voorafgaand aan deelname kunt u contact opnemen met genoemde student of met Mirjam Schouten of Rianne van Gilst (studiebegeleiders onderzoek).

Met vriendelijke groet, namens het kinderdiabetesteam,

Mirjam Schouten 033 – 850 47 37

[mj.schouten@meandermc.nl](mailto:mj.schouten@meandermc.nl)<mailto:[mj.schouten@meandermc.nl](mailto:mj.schouten@meandermc.nl)> wo – vr

# Brief opgeven deelname interviews

---



Amersfoort, maart 2014

Beste ouders/verzorgers,

Mijn naam is Maijla Rookhuijzen en ik ben vierdejaars Ecologisch pedagogiek student aan de Hogeschool Utrecht in Amersfoort. Momenteel ben ik bezig met een onderzoek voor de kinderdiabetesafdeling van het Meander Medisch ziekenhuis. Ik doe onderzoek naar waar de behoefte van u als ouder/opvoeder ligt met betrekking tot pedagogische begeleiding, zodat het kinderdiabetesteam beter bij de vraag van de ouders/opvoeders kan aansluiten. Dit onderzoek zal zich concentreren rondom het thema 'loslaten'. Hierbij kunt u denken aan een schoolreisje, logeren en verjaardagsfeestjes.

Het kinderdiabetesteam is benieuwd naar uw ervaringen op het gebied van 'loslaten'. Ik zou hierover graag een paar vragen aan u willen stellen in de vorm van een interview.

Voor mijn onderzoek zoek ik ouders met een kind van 6 tot en met 9 jaar met diabetes (type 1). Het interview zal ongeveer een half uur tot een uur in beslag nemen. De datum en locatie (bij u thuis of in het Meander Medisch Centrum) kan in overleg vastgesteld worden.

De antwoorden van het gesprek zullen uitsluitend gebruikt worden voor het onderzoek en anoniem verwerkt worden.

Bij interesse voor het interview vraag ik u mij uw telefoonnummer te mailen vóór 17 april naar [maiijla@gmail.com](mailto:maiijla@gmail.com). Ik zal u dan binnen een week bellen om de datum, tijd en locatie vast te stellen. Mocht u nog vragen hebben dan kunt u mij altijd mailen.

Alvast bedankt, ik hoop op een spoedige reactie.

Met vriendelijke groet,

Maijla Rookhuijzen

# Eén uitgewerkte transcriptie

---

Kunt u eerst iets vertellen over uw kind zelf?

Klaas<sup>10</sup> is nu bijna acht jaar. Heeft al 5 jaar diabetes type 1. Klaas is een gemiddelde jongen als je naar school kijkt maar wel met wat meer dingen als andere kinderen. Hij heeft ook glutenintolerantie. En waarschijnlijk ook adhd. En daar heeft hij last van, denken we. Daarnaast is het een lekker naar schoolgaande jongen.

U gaf nu aan bijna 5 ½ jaar diabetes. Dus ook al diabetes voordat hij naar school ging. Kreeg dit toen hij 2 ½ was. Hoe is dat proces dan gegaan met aanmelding van school? Meteen toen hij in het ziekenhuis lag, school gebeld om te kijken of dat een probleem was en dat was geen probleem. We hadden ook wel gehoord van anderen, dat sommige scholen wel moeilijk doen met medicatie. We hebben dus meteen gebeld en ze zeiden geen probleem. Op dat moment zat hij wel op een kinderdagverblijf. 1 dag in de week ging hij hier heen. Volgens mij ben ik er 6 keer heen gegaan. Of hele dagen of vier of vijf keer op een dag. Dat was niet vol te houden, dus heb ik hem hier afgehaald.

Oke dit wilde de medische handelingen niet uitvoeren? Dit hadden uiteindelijk wel besloten dat ze de medische handelingen wel wilde doen. Ze wilde het eerst van mij zien, hoe wij dat deden. Daarna wilde twee begeleiders op zich dat wel overnemen. Alleen op de dag dat we dat wilde gaan doen, was de prikpen doorgedraaid door ze, was er dit en had hij toch dat. Ze konden niet zeggen hoeveel rozijntjes hij op had en omdat het op principe mijn vrije dag was, was het in principe zo beladen dat we het hebben opgegeven. Fijn dat het nu met school, want dat maar hij toch acht jaar naar toe wel goed gaat.

Kan Klaas in eigen woorden uitleggen wat diabetes inhoudt? Ja dat kan hij. Als hij in zijn eigen woorden moet uitleggen dan zeggen wij altijd dat zijn fabriekje kapot is. Zijn alvleesklierfabriek kapot is en bij anderen doet hij het wel. Hij heeft er een die niet in zijn lichaam zit, maar zijn pomp die aan zijn buik bungelt. Zo leggen we dat eigenlijk uit aan anderen. Hoe het precies met de suiker is, hij weet dat als hij eet dat hij insuline moet krijgen en dat hij ook de hele dag door insuline binnen nodig heeft maar hoe het precies met die, je hebt van die mooie blaadjes met een kluisje waar je dan een suikerklontje in doet en het deurtje op slot doet, zover gaat het nog niet.

---

<sup>10</sup> In verband met de privacy van betrokkene is er gekozen voor de fictieve naam Klaas.

Maar hij kan wel behoorlijk goed uitleggen dat en hij snapt heel goed dat er iets in zijn lichaam zit dat niet werkt en dat hij daarvoor het pompje heeft. En dat datgene ook niet meer gemaakt kan worden. Heel goed.

We gaan dan al vrij snel naar de drie thema's. Schoolreisje en het loslaten. Loslaten staat eigenlijk tijdens heel mijn afstuderen centraal omdat ik aan de hand van verschillende geraadpleegde literaturen ben achtergekomen dat loslaten door opvoeders heel vaak spanningsveld ervaren. Hoe doe ik dit nou en hoe ga ik ermee om. Hierbij komen er drie thema's naar voren schoolreisje, versjaardagsfeestje maar ook het logeren. Ik wil ze graag alle drie behandelen maar we beginnen eerst met schoolreisje om ze duidelijk uit elkaar te kunnen houden.

Stel Klaas komt uit school, helemaal enthousiast 'mama, we gaan op schoolreisje'. Helemaal blij en u denkt 'help wat nu'? Kunt u vertellen hoe gaat dat?

Wat er vooraf aan gaat is een goede voorbereiding. Wij willen altijd weten waar het schoolreisje is en ik vind schoolreisje het ergste wat er is omdat je dan een groepje drukke kinderen moet begeleiden in een druk park. Dus mijn man regelt eigenlijk altijd vrij. Die gaat eigenlijk altijd mee. Dus hij is nu denk ik vier of vijf keer op schoolreis geweest. Waarvan we 1 keer niet mee zijn geweest omdat de juf aangaf dat ze het zelf aankon. Dus wij probeerde om dat los te laten. Klaas heeft zich in groep twee heel erg afgezet, tegen ons. Maar wel op een goede/gezonde manier. Dus als ik op school kwam omdat de juf zei dat zijn waarde te hoog of te laag was, dan ging ik naar school en dan wilde hij niks van mij weten. Hij zei mijn geen gedag, ik kon alleen even zijn pomp bedienen en weg. Hij negeerde mij totaal. Dus toen zij de juf ik wil dat schoolreisje wel zelf doen met hem. Ze kende hem ook al twee jaar. Dat hebben we gedaan. In groep drie was de juf wat onzekerder erover dus zijn we meegeweest. En dit jaar heeft de juf er helemaal niks mee. Ze probeert het goed maar we zien wel dat ze het probeert maar dat het niet lukt. Dus we gaan nu ook mee. Daar maken we gewoon echt de tijd voor.

U gaf aan dat hij in groep twee wel zelfstandig mee ging. Had u toen afspraken gemaakt met de juf? Ja heel duidelijk. Ik wil van te voren weten wat er gegeten wordt, wat er mee gaat vanuit de school zelf. Dit kan je natuurlijk heel makkelijk controleren op koolhydraten. En wat er daar gegeten wordt, want dit gok je. Met een schoolreisje ga je of heel hoog zitten of heel laag zitten is mijn ervaring. Telefonisch contact dus ik sms altijd met de juffen. Dan kan zij ook altijd even smsen of is dit goed of wat ze anders moet doen. En ik heb ook al er zelfs snoep mee genomen wordt, dan zit er altijd op het snoep een oranje sticker waarop staat hoeveel koolhydraten erin zitten. Dan kan de



juf aan de hand van de koolhydraten die invoeren in de pomp of Klaas zelf. Dit hebben we van te voren aan haar geleerd. In principe is het de bedoeling dat de juf op school, bij ons, dat de juffen niet aan Klaas zijn pomp komen. Dit was in groep 1 en twee moeilijk, dus ik ging elke keer naar school wanneer hij tussen bepaalde waardes zat. Vanaf groep 3 is Klaas dit zelf gaan doen of gaan leren. Dus daar hoef ik nu niet meer voor naar school.

U geeft aan dat de juf waarvan Klaas nu bij in de klas zit, het wel probeert maar het niet goed lukt. Heeft u van te voren ook afspraken gemaakt en deze leerkracht ingelicht? Ja we proberen altijd voor het volgende schooljaar, dus voor de zomer, een afspraak te maken met de nieuwe juf. Deze juf had al aangegeven dat het niet kon, omdat ze echt aan de schoolvakantie toe was. Dat geeft wel wat spanning. Je weet niet of ze niet open staat voor de diabetes of is ze zelf overwerkt, waarom wil ze geen gesprek. Dit hadden we wel aangegeven bij de juf van groep 3 Help. Deze juf zij ook al wil ze het hele jaar er niks mee te maken dan mag Klaas elke dag naar mij toe komen. Dat geeft dan wel rust. De eerste schoolweken heb ik geprobeerd het los te laten. Ze zoekt het maar uit, ik heb haar informatie gegeven en Klaas geeft heel goed aan als hij laag zit. Het is voor Klaas niet gevaarlijk om naar school te gaan. Soms gebeuren er kleine dingentjes, of wordt de juf onzeker, dit krijg je als je niks weet van diabetes dan wordt je onzeker. Na drie dagen hebben we een gesprek gehad en alle informatie gegeven en afspraken gemaakt. Afspraken zijn in principe hetzelfde als van groep drie behalve dat zij niet smst. Ze is van een oudere generatie en het lukt haar niet om. We krijgen nu alles achteraf te horen. Ik denk dat dit goed is voor het loslaatproces. We hebben wel een protocol, wat elk jaar opnieuw gemaakt wordt. Als hij twee keer onder de drie zit dan moet je even bellen, als hij twee keer boven de 20 zit dan moet je even bellen. Maar goed dat heeft ze ook wel eens niet gedaan en dan zij ze om kwart voor 12 van he oja Klaas zit al de hele ochtend laag. Dan denk ik nou ja, dan heeft hij geluk dat hij zoveel koekjes heeft mogen eten op dat moment.

Hij voelt zelf dat hij laag zit en weet dan ook dat hij een extra koekje moet eten. zelf dat hij dan een koekje moet eten. Alleen wanneer je twee keer te laag zit dan wordt je misschien ziek of moet de pomp even uitgezet worden maar dat gebeurt dit jaar even wat minder. Maar misschien is het wel goed voor het loslaatproces. Klaas moet er zelf uit komen met de juf en dat lukt wel. Zijn waardes zijn misschien wat minder mooi, maar het lukt wel.

Wie weet volgend jaar weer wat beter. Ja hij wordt ook ouder en dan kan hij nu ook zelf zijn pomp bedienen. Wanneer hij hoog zit kan hij dan misschien dit zelf corrigeren elke dag. Dit is wel weer positief.

Volgend jaar de juf ook van de oudere generatie. Het blijft even loslaten wat dat betreft.

Daar kom je dan gelijk bij spanningsveld, want van het ziekenhuis wordt er verwacht. Het is voor het kind beter als het tussen bepaalde waardes zit, maar aan de andere kant probeer je er van alles aan te doen op school om mee werking te vragen. Je verlangt het eigenlijk ook van ouder. Het gaat toch om je kind en zijn gezondheid uiteindelijk. Hoe fijn/prettig vind je het dan zelf om: Ik denk dat het echt goed is voor het loslaten. Zijn waardes, ik bedoel als hij hoog zit kan hij dit zelf corrigeren. In principe is het niet zo dat zijn gemiddelde nu hoog waardes hoog zitten door deze juf. Dit is dan ook mooi. Ik denk dat het toch, wij kunnen wel willen dat Klaas altijd op een 6 ½ zit, maar dat gaat toch niet lukken. Ik denk ook niet dat dat het belangrijkste is. Het is ook gewoon een kind natuurlijk. Wij leren hem juist dat hij ook stiekem moet gaan snoepen. En dat hij dan wel moet bolussen, maar als hij dat een keer niet, dan hebben we dat liever dan dat hij niks durft. En soms dan ook gokt, als hij snoepjes heeft bij iemand. Ik had berensnoepjes 'o 9'. Voor het zelfde geldt doet hij het verkeerd, maar dat kan ook gebeuren.

Als hij verkeerd heeft gegokt dan kan je achteraf dat vertellen. Maar ja hoog zit heeft hij geen last van hem dus dat boeiend hem niet. Als je op schoolreisje bent, dan moet hij ook bij bolussen soms. Ja. En zijn daar ook afspraken over qua tijdstippen. Nee met schoolreisje. Ja we gaan natuurlijk mee. Maar in principe als hij naar school gaat, dan heeft hij een schoolstand. Dan moet hij tussen 10 en half 11 zijn tien uurtje eten. Met overblijven dan moet hij tussen 12 en 13 uur zijn brood en drinken op hebben. Op schoolreisje dan doen we dit stand uit. Dat houdt in dat alles wat hij dit dag eet en drinkt handmatig gebolust moet worden. Oke. Dat zetten we hem op dit dag uit. Wij hoeven gelukkig niet te verwachten dat een hele school om 12 uur gaat eten. Dat is het mooiste van de pomp. Als iemand spuit dan moet je om 12 uur perse eten. Dat is met de pomp niet, dus dat is dan ook fijn. Is dat dan ook een van de redenen waarom jullie gekozen hebben voor de pomp? Wij hebben niet gekozen voor de pomp. Hij lag in het ziekenhuis en Christa zij, jullie kind krijgt een pomp. Oke, we hebben er toen niet over nagedacht. Maar we zijn heel blij met die keuze. Natuurlijk schrik je, maar het is de natuurlijkste manier. Je kind ligt ineens in het ziekenhuis. Het is natuurlijk een klap om te horen, dat wanneer je hoort dat je kind ziek is. Maar de pomp is gewoon heel natuurlijk, dat is natuurlijk hartstikke mooi en dat sluit mooi aan bij het kind zelf. Ja. Levendig zijn. Oké helemaal fijn.

School krijgt eigenlijk al zorgplicht voor kinderen. Deze leerkracht wil eigenlijk niet zoveel me werken. Maar probeert het wel maar lukt niet. De visie van de school staat er eigenlijk wel voor open. Ja dat klopt.

Wat zou u graag dan nog willen zien vanuit de school bij ondersteuning van Klaas. Zorgen dat u nog meer geruster bent of het proces loslaten. Eigenlijk niks. Ik denk wel dat de ziekte soms onderschat wordt en dat niet iedereen weet wat het is. Maar dat kan je ook niet verwachten, want de een heeft dit en de ander heeft dat . Je kan je niet in iedereen verplaatsen. Maar ik denk wel dat sommige mensen onderschatten dat de diabetes niet alleen een medische ziekte is maar ook psychisch. Ik denk dat ook door iedereen onderschat wordt. Dat zal op school ook wel zo zijn, maar nee verder gaat het gewoon helemaal goed. Denken ze helemaal mee en hoeft daar geen verbetering in te zien. Dat is nu dan ook wel fijn om te horen, dat je met een gerust hart je kind naar school kan.

Deze week hebben ze de gymles verandert. Normaal gesproken is dat op maandagochtend om half 9 nu was het op woensdag om half 11. Nou dan krijgen we dat als ouder sowieso te horen. Maar ik zoek dan nog even contact met de juf. Maar zij zoekt ook nog contact met mij. Zij weet dan ook, hoe moet ik dat dan doen? moet ik dan wel prikken want daarvoor is een traktatie. Het kwartje valt niet dat je eerst de traktaties moet geven en dan prikken, maar daar kan je niks aan doen. Als ik dat uitleg dan is het goed. Dan doet ze het op de manier dat ik het wil. In groep 1 en twee hadden we het zo goed getroffen met de juf. Dat ze na een traktaties niet hoeft te prikken. Maar bij deze juf moet je het vertellen. Geen probleem en het gaat heel goed. Fijn dat ze zelf ook enigszins naar jullie toe komt. O en er is dit en dit verandert en hoe nu. En niet de mond houdt. Achteraf komt. Dat is inderdaad heel fijn. Lekker.

Als we verder kijken naar zelfstandigheid van Klaas hoe doet hij dat dan eigenlijk? Pomp zelfstandig bedienen, prikken zelfstandig. In groep 3 begonnen met zelfstandig prikken. We hebben het de juf toen nog wel geleerd. Zodat ze nog advies kan geven aan Klaas. De vingerprik. Inderdaad, sorry. Nee maakt niet uit. In groep 3 dus zelf gaan doen iedere dag om 10.00. Ik denk dat ie toen nog niet zelf kon bij bolussen met zijn pompje. Maar dat is nu voor het eerst in groep 4 gekomen. Dit hebben we langzaam opgebouwd. NU moet hij hem zelf corrigeren., dus 4 keer op dezelfde knop drukken en dan is het bij bolussen als je te hoog zit. Dan is hij nu zelf gaan doen. OP school prikt hij altijd zelf, zijn vingerprik. Bedient hij zelf zijn pomp. En thuis wilt hij dit niet. Hij doet het nu wel zelf meer, maar dan moet ik het doen. Op school is hij hier redelijk zelfstandig is.

Nog steeds onder toezicht van de juf. Volgens mij nu niet meer. Ik zie nu dat wanneer hij op school prikt, geen zakdoekjes meer gebruikt. Want de eerste bloeddruppel moet je, of je moet hele schone handen hebben, even weg halen, maar dat zie ik hem niet meer doen. Maar gewoon afgeveegd aan zijn kleren. Elke keer als zijn juf er bij staat en de juf, en ik geef aan 'goh, waar zijn de zakdoekjes?', dan reageert de juf er ook niet erg op. Dan denk ik dat mag wel wat hygiënische, maar dan denk ik moet ik hier bovenop zit, en tegen de juf zeggen? Dan wordt het sneller strijd of moet ik het gewoon zo laten. Want als hij 12 is gaat hij ook niet op de middelbare school een zakdoekje pakken netjes. Kan het geen kwaad? Ja, jawel want je kan een andere waarde krijgen. Op school eten ze natuurlijk niet, dus het is niet zo dat hij van te voren eten heeft aangeraakt en dit aan zijn vinger zit. Maar in principe is de handeling om de eerste bloeddruppel weg te halen. Maar dat zit er gewoon niet in. Misschien dat dat wat later wel komt. Ja, weet je het is ook heel fijn dat het zo gaat en dat Klaas heel erg strijd van wilt maken/ doet dit ook wel. Ook wel met de diabetes dat je geen controle over je eigen lijf he, De vraag is dan ook hoe ver kan je als ouder gaan, zonder dat hij er helemaal tegen in gaat. Dus dit heb ik even nu even zo gelaten zoals het nu is.

Eigen koekjes heeft hij natuurlijk mee. Dat had hij vroeger niet. Nu mag hij geen gluten, dus nu heeft hij zijn eigen traktatietrommel. In groep 1 en 2 geen gluten, dus toen kon hij gewoon met de traktaties mee eten. Er hangt altijd een verjaardagskalender in de klas, dus dan wist ik wie wanneer jarig was. Dus dan bleef ik altijd langer op school. Ouders weten altijd dat ik in tassen en onder zilver folie zoek, naar wat de traktaties is. Versierd cakejes, dan schrijf ik dat op een briefje. De juffen vinden het ook goed dat ik op hun bureau kijk naar pen en papier. En dan schrijf ik Klaas 20 koolhydraten. Dan kan dat ook op dit manier. In groep 1 dan fietste ik elke verjaardag gewoon naar school. Dat heb ik niet als een probleem ervaren. Gewoon de bedoeling dat Klaas met alles mee deed en dat ging ik gewoon naar school.

Nu is het zo dat Klaas sinds eind groep 2, glucose heeft en sinds dien ook zijn eigen traktatiestrommel. Sommige ouders houden er rekening mee en maken de traktatie glutenvrij en sommige niet. De ene keer, zoals vandaag worden er cakejes getrakteerd, en dan zeg ik tegen Klaas je moet uit je trommel wat pakken. Daar staat op elk snoepje wat erin zit met een oranjesticker de aantal koolhydraten. Dan heeft hij in principe de juf niet nodig. Hij kan dan zelf wat lekkers uitzoeken en dit zelf invoeren. Eigenlijk doet hij alles met zijn pomp zelfstandig, vingerprik. Alleen het tijdstip niet. Hij moet om 10 prikken, maar dat vergeet hij. De juf moet hem daar wel aan herinneren. Hij heeft een tijd lang een sticker op zijn bureau gehad, met een contourmeter en een druppeltje bloed, maar dat interesseerde hem niks. Dus dat hielp niks. Zijn prikspullen liggen in

haar la, waar ook haar koffie ligt. Dus als de kinderen naar buiten gaan, gaat zij denk ik haar koffie zetten en dan legt ze zijn prikspullen volgens mij op Klaas zijn tafel. Dus als ze binnenkomen gaat hij wel eerst prikken en daarna pas zijn fruit eten. Dat is wat de juf moet doen. Zo te horen is hij vrij zelfstandig, op 8jarige leeftijd al pomp kunnen bedienen. Alleen wel het zelfde programma. Dus als de batterij zwak is, of er is een signaal dan wordt er wel naar mij gebeld. Dan probeer ik via de telefoon uit te leggen en anders fiets ik naar school. Bij bolussen kan hij zelf. Vier keer op de knop drukken dat is corrigeren. Dat zijn de zelfde knoppen als bij bolussen. Je moet het zelfde programma doorheen, maar dan moet je bijvoorbeeld 10 invullen als je een traktaties van 10 koolhydraten eet. Dat staat op het oranje stickertje.

Hij gaat op schoolreisje, maakt hij dan zijn eigen tas klaar met al zijn spullen. Ja, Umm daar zorgen wij voor als ouder. Ze mogen natuurlijk altijd snoepen in de bus. Vorig jaar waren er twee vriendjes die hadden speciaal voor hem, er wordt natuurlijk altijd uitgewisseld. Er waren twee kinderen die speciaal iets ook voor hem hadden meegenomen. Dus dat hij dan ook daar van snoept. En uhm voor de rest ja, je moest opgeven nu ze gaan naar dolfinarium. Je moest opgeven wat voor je dieet je kind heeft. Dus ja, ik ga wel dolfinarium bellen maar we gaan mee. Maar we moeten wel even weten of het gluten vrij is, maar dat heeft dan weer niks met de diabetes te maken. Ik ga ervan uit dat ze patat gaan eten. Klaas eet altijd dezelfde hoeveelheid patat. Dat wegen we dan af met de weegschaal thuis. Dat is eigenlijk altijd 150 gram, dus dat zal in het dolfinarium ook zo zijn. Dus dan ga ik niet met mijn weegschaal dat afwegen. Maar dat is dan wel vanwege de diabetes. Ja inderdaad het afwegen van het eten, dan weet je precies de koolhydraten. Patat is daar een goed voorbeeld van, omdat het altijd een beetje lastig is. Omdat je een schep op je bord krijgt, hoeveel koolhydraten is dat. Dus patat wegen we thuis altijd af, net zoals pasta en aan de hand daarvan berekenen we de koolhydraten. Maar als we ergens anders zijn dan doen we dat niet. Het is niet zo dat ik mijn weegschaal meeneem, naar schoolreisje. Dan laat je af en toe, de regels wat los. Ja inderdaad. Omdat het voor Klaas niet leuk is als zijn moeder met een weegschaaltje aankomt. Dat is begrijpelijk natuurlijk. Maar is hij wel de verantwoordelijk voor dat hij denkt dat hij ik moet mijn diabetesspulletjes klaar zetten. Nee, op school heeft hij zijn eigen prikspullen. Deze blijven altijd op school. En hij is wel zo hij ging laatst bijvoorbeeld skeeleren met zijn vader en dan is het wel zo 'pap, heb je prikspullen mee?' Uh 'nee, ja dat moet wel, zegt Klaas'. Ja ga je ze dan zelf tillen dan? Nee, nee zegt Klaas. Ja wat is dan de oplossing? Ja dextro. Dus toen hebben ze alleen dextro meegenomen. Hij is wel op zich wel alert ervoor maar bij zo'n schoolreisje dan weet hij ook dat ik prikspullen wel in zijn tas doe, net zoals snoepjes en dextro. Dat is denk ik gewoon het vertrouwen wat een kind heeft in zijn ouders. Dat het wel goedkomt. Als hij naar iemand toe gaat, dan vraagt hij het altijd zelf. Of de prikspullen in zijn tas

zitten. Het komt langzaam wel. Het is ook een beetje een angst voor hem dat er wat gebeurt. Angst voor? Angst voor dat ie zijn prikspullen niet bij zich heeft. Dat is toch zijn veiligheid. Net zoals dat hij zijn pompje nooit af wilt. Dat is veilig voor hem. Dat had hij al toen hij 2 ½ was. Toen hij hem net had, toen was hij ziek. Toen hoefde hij bijna twee dagen geen insuline. Maar zijn pomp bleef om. Wel uit, maar hij wilde hem niet af. Dan was hij bang dat hij nog zieker zou worden. Dat heeft hij denk ik ook met zijn prikspullen. Stukje veiligheid. Op zich ook positief, misschien omdat hij daar wel de controle over heeft. Omdat een kind met diabetes al het lichaam is het ene moment reageert het goed en andere moment staat het laag. Het mooie weer, gaat hij weer lager zit. Je kan daarom er niet zo goed op vertrouwen en daarom zoekt in altijd zijn pompje om ook al staat hij niet aan. Of altijd zijn spullen bij zich hebben. Ja klopt. Wat de meter zegt, dat is het ook. Punt.

Verjaardagsfeestje hebben we eigenlijk al een beetje besproken. Hoe gaat dat dan op school, dat hij dan vanwege zijn gluten altijd apart een traktatietrommel heeft en dat daar dus de sticker op staat en bij een gewone traktatie mee kan doen. En dat hij dan ook moet bij bolussen. Traktatie zelfstandig doet, alleen van te voren aangeven dat hij iets uit zijn trommel moet pakken. Dan kan Klaas eigenlijk alle handelingen die daaraan gekoppeld zitten zelf.

Voordat ik het vergeet, als hij dan moet bij bolussen doet hij dat wel gewoon in de klas of gaat hij de klas uit. Nee hij gaat nergens voor de klas uit. We hebben het hem wel een keer gevraagd toen hij naar groep 3 ging, maar vind je het goed om in de klas te prikken, ja of nee. Maar dat is geen probleem. Hij voelt zich op dat op zich niet anders dan anderen. Geen schaamte. Ja hij had het natuurlijk al voordat hij op school kwam. En in groep 1 interesseerde het denk ik nog niet. In groep 2 was het stoer, dan ging iedereen om hem heen staan. En uh in groep 3 kwamen er nieuwe kinderen in de klas, nadat er twee klassen werden samengevoegd tot 1. En uh dat vond hij wel lastig, want dan krijgt hij daar weer de aandacht mee. Nu in groep 4 weet iedereen het en wordt er denk ik geen aandacht meer aan geschonken. Nee, alleen in het zwembad met zijn pompje bijvoorbeeld dat iedereen, zegt 'wat is dat?' maar op school, is het normaal. Lekker voor hem.

School staat er ook achter met verjaardagsfeestjes en begeleidt hem dan ook als het nodig is. Deze juf dan ook. Ja. Uhm maar stel hij wordt uitgenodigd voor een verjaardagsfeestje bij vrienden/vriendjes/vriendinnetjes neemt u dan van tevoren ook contact op met de betreffende ouders. Ja in het begin had hij veel vriendjes waarvan je ook al de ouders al kent. Ook met spelen en zo. Ze weten al van alles. Ik ben met een paar feestjes gewoon mee geweest. En uhm nu mag hij ook geen gluten niet meer. Ik vind het leuk om te bakken, dus nu zorg ik meestal ook voor de taart. Dan heb je sowieso al contact met de ouders. Dus ik vraag meestal ik mag ik weten wat jullie

gaan doen, wat jullie gaan eten, en hoe laat dit en hoe laat dat. En aan de hand daarvan stemmig ik af of ik erbij nodig ben ja of de nee. En uhm als het dichtbij iemand is, dan kan het wel allemaal zelfstandig. Nu gaat hij volgende week zaterdag naar een feestje waarvan ik ook nog niet weet wat ze gaan doen, dus daar moet ik dan ook even op het schoolplein even kijken, waar is die moeder en wat gaan jullie doen en waar heen. Ben ik nodig en anders hebben we telefonisch contact. Dus dan op afstand dingen regelen. Afspraken over hoog zitten of laag zitten. Hoeveel bolussen vooral. Eigenlijk gaan de afspraken continu over hoeveel hij moet bij bolussen en wat eet je, wat voor limonade. De ene limonade is niks en de andere limonade is 20. Dat is ook al een groot verschil. Is het zo dat u vaak dat u de ouders moet benaderen van het kinderfeestje of gebeurt het ook wel eens andersom? Ja het gebeurt ook wel vaak andersom. Het is een wisselwerking dus.

In het begin van het schooljaar is er zo'n ouderinformatieavond, waar de meeste ouders komen en dan mag ik ook altijd wat over mijn kind vertellen. Nu vooral ook omdat met die gluten is dat wel aardig, omdat veel ouders dat ook weten. En dan zeggen ze ook het kinderfeestje en als Klaas komt.

Ziet u dat hij minder uitgenodigd wordt voor kinderfeestjes? Nee eigenlijk helemaal niet. Het is nooit een belemmering geweest. Ik denk wel van 1 stel ouders dat ze denken van nou Klaas hoeft hier niet te komen spelen, maar ik weet niet of dat vanwege de diabetes is of om andere redenen. Ik denk dat alle ouders dat wel eens meemaken. Nee Klaas wordt niet minder op feestjes uitgenodigd. Misschien wel met het spelen. Oké. En dat spelen in verband met. Ja, nou Klaas wordt tegenwoordig niet zoveel meer gevraagd om te spelen, maar waar dat nu aan ligt, dat is lastig of het nu aan de diabetes ligt, maar dat is niet uit te sluiten.

Hij kan goed uitleggen wat hij nodig heeft, doet hij daar van te voren zelfstandig dingen. Ook het bolussen doet hij daar zelfstandig. Ik maak eigenlijk altijd een geheimpje met hem. Mama heeft met de moeder van die en die gesproken en ik weet wat jullie gaan doen. Jullie gaan naar het bos, daar gaan jullie heel hard rennen en dan is er taart en mama heeft die taart gemaakt, anders eet hij het niet als hij niet weet of die gluten vrij is. En ik heb afgesproken dat jezelf je pakje drinken meeneemt. Bij wijze van spreken. Ik zorg dat hij geen zorgen hoeft te maken. Ik bereid hem helemaal voor. Hij weet eigenlijk in principe al van te voren wat ze gaan eten. Als het voor de andere kinderen een verrassing is dan zorg ik er wel voor dat wij even dat geheimpje hebben. We hebben ook afgesproken dat hij het tussen ons moet houden. Dat het voor hem fijn is om te weten wat hij gaat eten, maar dat hij niet aan andere kinderen moet gaan vertellen als het nog een



verassing is. Tot nu toe gaat dat eigenlijk altijd goed. Volgens mij vindt hij het stiekem wel fijn om te weten waar hij aan toe is. Dan heeft hij weer even iets speciaals. Eigenlijk wordt het voor hem heel mooi ingepakt. Ja ik denk het wel. Hij vind het niet erg om erover te zwijgen. Het is niet een probleem ik mag het aan niemand vertellen. Vaak wordt er ook niet zo geheimzinnig over gedaan over feestjes en weet iedereen wel waar ze heen gaan ofzo. Er wordt over gepraat over wat ze gaan eten. Het is toch even het contact wat je samen hebt. Het is wel heel belangrijk om een kind zo te kunnen voorbereiden en misschien wel de onzekerheid en het onverwachtse weg te halen. Hij vind het wel heel spannend feestjes. Met het laatste kinderfeestje was hij van te voren ziek, had hij hoofdpijn, migraine en moest daarna overgeven. En kon hij ook niet naar het feestje. Terwijl het juist van een kind van een heel bekend iemand is. Of dat nou toevallig is of, daar ben ik wel benieuwd naar volgende week. Of het nu zo spannend is?

Dan komen we alweer bij het laatste thema 'logeren'. Even kijken of we nog binnen de tijd zitten. En neemt hij ook nog op? Ja het gaat allemaal goed.

Logeren, Klaas is acht, gaat hij logeren bij opa/oma? Vriendjes? Ja hij gaat wel eens logeren, maar voor zijn gevoel iets te weinig. Mijn moeder is in de familie de enige die dat kan. Maar we hebben drie kinderen, en die willen omstebeurd wel eens en uhm moeder kan. We hebben twee eigen kinderen. Ze heeft wel een keer op zijn alle twee gepast maar daar krijgt zij weer migraine van. Dus zij vind het heel erg spannend omdat hij een keer daar laag heeft gezeten. We hebben wel eens een keer in een hotel gezeten dat ik wakker werd gebeld, dat hij laag zat. Dus mijn moeder vind dat ontzettend spannend en de rest van de familie heeft daar zich niet. Mijn schoonvader durft dat helemaal niet aan en vraagt dat ook niet. Voor de rest heeft ij wel eens gelogeed bij een vriendinnetje van me. Dat is haar moeder is een goede vriendin van mij. Dus dat is dan denk ik wat makkelijker. En uhm de eerste twee keer waren we ook gewoon thuis. Dus als er dan wat is dan ben je, het is in dezelfde straat, dan ben je lekker dicht bij. Dan vraag ik haar of ze om 23.00 Klaas even wilt prikken en dat door wilt sms'en, dan kan ik weer antwoorden hoe ze daarop moet reageren. En uhm. Voordat prikken moet je hem daar dan speciaal voor wakker maken? Nee, dat kan gewoon in zijn slaap. Dat moet elke avond tussen 22 en 23 even een vingerprik doen. En hij blijft dan gewoon slapen. Als hij dan niet goed zit, dan moet je hem corrigeren. Als hij laag zit dan wakker maken en eten of drinken geven. Dan slaapt hij toch goed. Als hij niks merkt. Ik denk dat alle kinderen dat doen. Elk kind moet in de nacht geprikt worden. Oké. In het begin was het twee keer. Ook nog drie uur daarna ofzo of vier uur. Dan stond de wekker ook om drie uur. Fijn dat die er nu af is en dat je een normale nacht kan maken. Inderdaad. En ik merk nu wel dat erin de omgeving van bij vriendjes veel gelogeed word, maar daar wordt hij



niet voor gevraagd. Dus dat is nu nog geen probleem. Ik vind het ook niet nodig. Dat iedereen bij iedereen logeert. Dus dat vind ik stiekem niet zo erg. Dat dat nu niet gebeurt. Ja hij is natuurlijk vrij jong. Ja inderdaad. Oké en dan bij u gaf bij uw moeder, die vind het wel spannend, maar heeft u daar dan ook afspraken, dat ze dan ook even moet bellen? Ja dat doet ze ook wel als ze twijfelt. Ze weet precies hoe eigenlijk alles gaat, alleen vind het ze eigenlijk alleen heel spannend. Spannend omdat? Ja hij heeft al een keertje laag gezeten en ze vind het heel erg. Als Klaas in een hypo zit en je moet hem wakker maken dan functioneert hij een beetje als een baby aapje en dat vind ze heel erg. Daar kan ze helemaal depressief van worden. Ze vind dat zo erg om te zien. Dat hij dan verplicht die zoete limonade moet drinken in zijn slaap. Dat kan, daar is ze gewoon heel bang voor. We hebben de afgelopen keer gewoon bolussen in de avond maar wat minder. Dan zit hij beter wat te hoog dan te laag, dan kan je daarna wel kijken wat je daar mee doet. Dan zit hij even een paar uur wat hoger, maar dan hoeft ze hem in ieder geval niet wakker te maken. Dat is voor haar dan gerust steller en misschien voor u zelf dan ook weer wat meer. Ja het is denk ik ja, de kijk je je lichaam reageert ook weer als je ergens anders slaapt. Waarschijnlijk zat Klaas twee keer bij haar laag door toch de spanning of de adrenaline, dat hij ergens anders logeert. Dat is dan ook echt pech. Alles speelt mee, alle stress, iets nieuws. Inderdaad, hoe de dag is geweest.

Oma houdt dan ook rekening mee met het tussendoortje. Ja mijn moeder doet alles zelf. Weet Klaas dan ook als hij daar is, ow ik moet nu mijn tussendoortje? Ja er zit geen, omdat hij een pomp heeft maakt het niet uit hoe laat dat is. En dat gaat gewoon het zelfde als hier thuis. Ook daar kan hij ook zelfstandig bolussen doen en anders kan mijn moeder dat. Toen Klaas net diabetes kreeg hebben we na een paar maanden een informatieavond thuis gehad. En daar kwamen onze ouders en goeie vrienden die kinderen hebben, die met elkaar speelde. Die hebben we uitgenodigd. Toen heeft de verpleegkundige hier een aan paar uur alles uitgelegd over diabetes. En hebben we elkaar geprikt om te ervaren hoe het is om te prikken. Dus in principe hebben iedereen geleerd om te prikken. En wat je moet doen. Er zijn altijd verslagen wat moet je doen als iemand laag zit en hoe reageert iemand als die laag zit. Iedereen heeft een kleine cursus gehad. Wel handig. Ja dat was zeker. En heeft dat ook misschien bijdraagt dat het loslaten gaat. Het heeft in ieder geval bijgedragen dat hij daar gewoon kon blijven spelen. En omdat hij nog zo klein was en aandoenlijk vind iedereen het ook heel erg zielig. Ik weet niet hoe dat is als je 10 ben en je gaat naar de middelbare school. Maar hij was natuurlijk super klein en had toen al een pompje. Hij was daar voor echt heel erg ziek. Dus ja, dan is het denk ik ook wel, je kan als buitenstaande echt niet weigeren. Je wilt het ook graag. Nog zo jong was. Je moest ook. Je moest ook. Laatst zei die vriendin 'ik heb Klaas al heel lang niet geprikt'. Dat is dan wel weer het nadeel dat hij zo zelfstandig wordt, dat je dus inderdaad ja heel die prikken nooit meer. Als die blijft

slapen, dan ja. Het is nu al een tijdje geleden dat moet ze. Dan is het misschien voor haar weer spannend om te prikken. Oja. Ja. En ook als er een nieuw oppas komt, dan ja, ja dan gaan we eerst samen prikken, dan alleen en ja. Echt een beetje begeleiden.

Waar ervaart u zelf nog een spanningsveld als hij logeert bij oma? Ja jawel, Maar dat is ook. Ik merk ook dat wanneer de andere kinderen uit huis zijn. Als je kind niet thuis is, dan voel je toch onrustig. En dat heb ik bij Klaas ook. Is dat dan erger? Omdat hij toch diabetes heeft en dit meespeelt? Uhm nou dat weet ik niet. Ja ik vertrouw hem er wel op. Dus ik vertrouw wel dat als hij ergens gaat spelen dat hij. Nou hij had wel, dat was ook nog dit schooljaar. Hij ging bij een vriendinnetje spelen. Toen zat hij alleen maar laag. En toen bleef moeder bellen, ja sorry maar hij zit nu op 2.3. Terwijl hij daarvoor, nou ja dan ben je daar wel de hele middag druk mee. Maar ik vind het vooral erg voor die ouders. Het is de eerste kind dat mijn kind daar is. Waarschijnlijk is het voor Klaas zo spannend, om bij een nieuw iemand te gaan spelen. Dus ik na ja dat is wel iets om rekening mee te houden voor de volgende keer. Ik denk dat je wel al doende zo blijft leren. Ja. En de juffen die geven, de juf van groep 1, 2 en van groep 3 die gaven ook elke keer ons ook de complimenten doordat jullie zo goed voorbereid hadden, uhm en jullie uitstralen dat jullie niet onzeker waren naar ons, dan kon ik het gewoon klakkeloos overnemen en daar heel goed aanwennen. Want jullie gaven ons alle het vertrouwen. En door die protocol is het heel duidelijk hoe ze moesten reageren. En dat is dus altijd een mooi compliment.

Als Klaas dan wel, een hypo is heel hoog? Heel laag, heel laag. Oja sorry ik haal ze door elkaar. Nee maakt niet uit. Bij een hypo zit de 0 aan de achterkant. Oja dat was een trucje waaraan je het kon onthouden. En je zei al, welke afspraken heeft u dan. Want als hij weet dat hij te laag zit? Voelt hij dit zelf aankomen? Ja dat voelt hij zelf aankomen. Enne als hij thuis is dan prikken we eerst. Op school ook. Maar ik zeg altijd als je niet kan prikken, wat moet je dan doen? Ja een dextro nemen. Dus dan hij is ok wel eens buiten geweest. Ja ik dacht dat ik laag zat, dus ik heb even twee dextro genomen. Ow net? Nee een tijdje geleden. Toen ik hem prikte zat hij op zes, dus denk ik nou je hebt goed gehandeld. Hij voelt het dus wel goed aankomen. Ja gelukkig wel. Is hij daar bang voor? Nee. Dat hij een hyper krijgt? Nee, ook al toen hij 2 ½ was dan zij hij gewoon eten. Dat schreeuwde hij gewoon uit. En dan dacht ik ow, ik moet nu prikken. Normaal vraagt hij niet om eten. Hij weet gewoon de regels van het huis, dus als hij dan zo, eten dan dacht ik ow rennen. Dat is heel duidelijk. Dus nee daar is hij zelf. Nee hij vraag het wel hoor. Als we daar over praten dan vraagt hij wel eens van, hij wilt altijd weten wat zijn laagste waarde is geweest en hoe toen reageerde. Hij is dus wel nieuwsgierig er naar. En wat als hij nog lager zit, en wat gebeurd er dan als je me hier vind liggend? Dat leg ik dan allemaal uit. Dus heel nieuwsgierig. En ook als hij

alleen thuis zit, dan vind hij dan soms spannend als hij alleen thuis is, als ik even iemand op moet halen bij een vriendinnetje. Dan zeg ik daar is de kast met snoepjes, bedoel wat let je. Eet het leeg als je denk dat je laag zit. Dan moet je gewoon gaan eten. Als je daarna te hoog zit, dan is dat geen probleem. Dus ik snap dat je er onzeker, maar er is altijd kan je er wat aan doen. Oja. Je moet het alleen voor de zekerheid nog even benoemen? Ja en dat het mag. Je mag natuurlijk niet stiekem uit de snoepkast eten halen, dat is natuurlijk van grens. Maar in het begin was het, 'als ik nu niet zeker weet of ik laag zit?' dan zei ik dan heb je geluk. Dan heb je gewoon een snoepje op. Dan was het ow, oké.

En als hij dan een hypo heeft, dan prikt hij wel van te voren zelfstandig. Vaak doe ik het. Maar als het nu net niet uitkomt dan, dan zeg ik je moest vast zelf prikken dan kan ik vast de dextro pakken. En dan roer ik ondertussen nog even in het eten ofzo. Oké het is dus een beetje een wisselwerking. Ja dat klopt.

Bent u zelf bang dat hij op school een hypo krijgt? Nee, omdat hij het goed van te voren aangeeft. Nee, daar ben ik niet bang voor. We hebben altijd vertrouwen.

In groep 1 hadden we wel een juffrouw en die negeerde het en daar heeft hij wel eens een hypo gehad, waar ze niet op gereageerd heeft. Omdat ze gewoon niet naar hem luisterde. Hij zij, 'maar ik zei tegen de juf, dat ik honger had. Maar de juf heeft niet gereageerd'. En dan nou ja dan ga ik wel boos naar de juf toe. Het is wel zo, dat staat ook duidelijk in, met grote letters, Klaas weet het echt het beste. Je kan tegen Klaas zeggen, het is bijna tijd om naar huis te gaan. Dat maakt even niet uit. Dan moet er gewoon eerst even geprikt worden. En uhm dat weet ie, en dat weten de juffen en dat is het ook goed. Dus hij moet het wel tegen de juf durven te zeggen. En bij een inval juf mag hij altijd naar groep 3 en dan als het nodig is, dan zal ik het die juf ook nog even vertellen. Wij zijn wel zo mondig van he dat hij mag altijd zelf naar de wc en zelf snoepjes pakken. Hij maakt er ook geen misbruik van en dat is ook weer positieve van Klaas. Klaas maakt geen misbruik van de situatie. Ik zit laag, dus ik wil een snoepje en ik zie wel hoe het eruit komt en dan heb ik lekker een snoepje op. Dat is dan weer heel erg mooi. Ja dat is fijn. Uhm heeft u zelf nog aanvullingen op wat we net besproken hebben. Of nog belangrijk vind om even te vertellen over het loslaten of? Uhm? Of heb ik iets gemist? Nee, volgens mij niet. Oké, ik heb eigenlijk al mijn thema's kunnen behandelen, Nou mooi. Heel veel te weten gekomen en nou ja, voornamelijk dat Klaas vrij zelfstandig is. Goed weet hoe zijn pompje werkt, wat hij wanneer moet doen en hoe hij om moet gaan met een hypo en een hyper heeft hij niet. Een hyper voelt hij niet zo goed. Dus dat is niet zo interessant./ Ik zie het wel als Klaas, hij wordt dan wat drukker of gaat eerder slaan ofzo. Maar hij zelf heeft daar lijkt daar geen last van te hebben. Of zit daar zo in dat het lijkt dat hij het niet door

heeft. Oké. Dus daar doet hij vaak inderdaad niks mee. En dat kan geen kwaad. Ja jawel, je moet zelf na denken. Als hij om een glas water vraagt, dan is het handig om even te prikken. Die link legt hij zelf nog niet. Dus een hypo voelt hij wel goed aankomen en een hyper dat is nog lastig? Ja ik denk dat als je het zou vragen, ik denk dat het ook minder erg is om dat de behoefte om te eten bij een hypo is zo sterk, dat is een drang. Je moet gewoon eten, je hele lichaam voelt dat. En bij een hyper ben je wat dorstig. Ja je bent wat drukker maar in principe kan je daar nog gewoon mee omgaan. Die drang is denk ik wat minder. Misschien wat zichtbaar. Ja uiteindelijk krijgt hij wel hoofdpijn en voelt ie zich misselijk. Dus dat is wel van de laatste tijd. Dan zegt hij mam, ik ben misselijk en heb hoofdpijn. Maar dan is het niet, ik zit hoog, maar dan komt hij meer met de klachten, de gevolgen. Dat is het. Dus eigenlijk komt hij te laat. Ja.

Nou ja concreter afspraken zijn met school, met ouders van verjaardagen of verjaardagsfeestjes op school. Open kaart ik denk dat dat het handigst is. Om open kaart te spelen en iedereen erbij te betrekken en doordat je open kaart speelt, voelen anderen zich ook eerder verantwoordelijk voor wat ze doen en als je altijd de moeder op school komt, dan kan je het ook niet samen doen denk ik. Ik denk dat het wel. Je moet als ouder wel vertrouwen hebben in het kind om te kunnen los laten waardoor het kind zelfstandigheid kan ontwikkelen maar ook natuurlijk vertrouwen hebben in de school of de omgeving waar het kind op dat moment is. Absoluut, maar dat moet je ook gewoon doen. We hebben wel eens een informatie avond gehad in het ziekenhuis, had je ouderavonden die ook georganiseerd werden door ouders, en daar hing altijd beetje zo'n sfeer van wij tegen de rest van de wereld. Oké. Dan denk ik ja, als Klaas als enige hier in huis iets te eten mag, dan accepteren anderen kinderen dat ook, maar waarom zou je de andere kinderen ook niet wat geven?

Elk vriendje die ziet dat Klaas, dextro moet krijgen, wilt weten wat een dextro is. Dus ja waarom zou je dat kind gewoon een dextro laten proeven? Dus ja, heel normaal maken. Ja. Als ze heel benieuwd zijn naar een vingerprikje, dan. Zijn beste vriendinnetje, waar hij zogenaamd verkering mee heeft, die heeft wel eens de bloeddruppel mogen opvangen met de meter. Nou dan is ze helemaal trots en ja je moet er ook geen taboe van maken ofzo. Omgeving er gewoon wat meer bij betrekken zodat het kind met diabetes geen uitzonderingspositie krijgt. Ja, inderdaad. Oké. Nou ik wil u in ieder geval bedanken voor het interview. Graag gedaan.

U geeft aan dat u de begeleiding rondom het thema 'loslaten' als positief ervaart. Om dit voor mijn onderzoek concreet te maken wil ik u vragen om dit in een cijfer (1 tot 10) uitdrukken.

Begeleiding in het loslaten geef ik een 8.

Uiteraard streeft het kinderdiabetesteam van het Meander naar een 10. Hierom dus mijn tweede vraag: Wat zou het diabetesteam kunnen veranderen of verbeteren aan de begeleiding waardoor u deze begeleiding als een 10 zou ervaren?

Een verbeter punt vanuit mij is dat ik zou willen dat de kinderpsychologe meer tijd heeft, kan vrijmaken. Ik weet dat zij het nu heel druk heeft.

Maar dit punt heeft denk ik niet met het ziekenhuis te maken maar met bezuinigingen.

Mocht ik nou tijdens het uitwerken en meerdere interviews erachter komen dat ow ik ben dit vergeten of uhm er is iets misschien iets onduidelijk tijdens de uitwerking, dan altijd mogelijk dat ik u dan nog benader? Ja natuurlijk. Prima. Dan bedankt medewerking.

# Eén uitgewerkte topic a.d.h.v. de codeboom

---

## **Uitgewerkte topic logeren**

1. Ja hij gaat wel eens logeren, maar voor zijn gevoel te weinig bij oma. Zij is de enige die het kan. De rest van de familie kan het niet en/of durft het niet. Ook heeft hij wel eens gelogeed bij een vriendinnetje. Afspraken zijn dat ze hem dan voor de laatste keer om 23:00 nog even prikken en dit door sms'en of bellen. Verder merk ik dat erin de omgeving veel bij elkaar gelogeed wordt, maar dat vind ik nog niet nodig. Door open kaart te spelen en iedereen erbij betrekken, voelen andere zich ook verantwoordelijk.
2. Sinds dat hij diabetes heeft, heeft hij nergens meer gelogeed. Omdat anderen niet inzien hoeverre de medische zorg belangrijk is. En daarbij is de nacht het lastigst.
3. Gelogeed bij vrienden van ons. Wij waren toen een hele week op vakantie samen. Doordat zij een medische verleden had, en vertrouwen uitstraalde en aangaf dat ze wist hoe ze ermee om moest gaan, zorgde dit ervoor dat ik los kon laten en op vakantie kon gaan. Afspraken zijn dat ze altijd kunnen bellen om te overleggen. Daarnaast maak ik een draaiboek met als dit en als dat, spoednummers en protocollen. Hier haal ik veiligheid uit. Komt eigenlijk zelden voor. Wel een aantal keren mee geweest met de diabeteskampen.
4. Logeert wel eens bij opa en oma, tante. We gaan nu oefenen zodat ze ook bij mijn zusje kan logeren. Nog niet bij vriendinnetjes gelogeed, is er nog niet van gekomen en zijn er niet echt van, mede doordat we een druk weekschema hebben.
5. X
6. X
7. Is nog niet aan de orde geweest. Daarnaast durf ik het nog niet. We hebben het wel eens geprobeerd, maar dan zegt hij op het laatste moment dat hij liever wilt dat het vriendje bij hem komt logeren. Hier ervaar ik dus een spanningsveld.

### **Uitgewerkte axiale codering zoals beschreven staat in mijn resultaten logeren**

Doordat de diabetes en de medische zorg die hierbij komt kijken vaak onderschat wordt, durven veel opvoeders het niet aan op deze stap te zetten. Daarnaast ervaren opvoeders het gevoel dat zij anderen opzadelen met de diabetes van hun kind tijdens het logeren. Het is niet zomaar even bij iemand anders slapen, geeft een opvoeder aan. Er komt zoveel meer bij kijken. Zo wordt er door merendeel van de opvoeders gewerkt met een draaiboek waarin onder andere de voedingswijzer, protocollen en spoednummers in vermeld staan.

De nacht wordt als een spannend gebeurtenis ervaren door opvoeders, er kan namelijk zoveel gebeuren. Tevens geven opvoeders aan het prettig te vinden dat wanneer het kind ergens gaat logeren, ze zelf nog even de laatste controle kunnen uitvoeren voordat hij/zij daadwerkelijk de nacht in gaat en indien noodzakelijk correcties kunnen toepassen. Wanneer dit niet mogelijk is, dan volgt er een telefonisch contact waardoor de opvoeder in staat is om telefonisch instructies door te geven.

Wanneer opvoeders wel in staat zijn om hun kind los te laten en te laten logeren bij bijvoorbeeld familieleden en/of vriendjes/vriendinnetjes van het kind dan kan er gesproken van worden dat vertrouwen als een belangrijke speerpunt ten grondslag hieraan ligt. Zo moeten familieleden en de desbetreffende ouders waarbij het kind gaat logeren vertrouwen uitstralen en over voldoende kennis beschikken over de diabetes en weten te handelen in verschillende situaties.

# Topiclijst

## Voorstellen

**Gespreksdoel:** Inzicht te krijgen in de behoeften van ouders en uiteindelijk hiervoor aanbevelingen schrijven voor het Meander Medisch Centrum.

**Hoofdvraag:** “Wat is de behoefte van de opvoeders aan pedagogische begeleiding, rondom het thema ‘loslaten’, bij het managen van diabetes type 1, in het dagelijks leven in de leeftijdscategorie zes tot negen jaar?”

**Geschatte duur interview:** Half uur tot een uur.

**Opname gesprek en privacy:** Dit is voor mij nodig om op een later tijdstip het interview zo goed mogelijk te kunnen uitwerken. Hierbij wordt de privacy natuurlijk gewaarborgd. Er worden geen persoonlijke gegevens vermeld alleen de leeftijd en het geslacht van het kind.

**Ach  
terg  
ron  
d  
info**

## informatie over het kind

- Geslacht
- Leeftijd
- Hoelang al diabetes
- Eigen woorden diabetes uitleggen

## Schoolreisje

- Afspraken met het kind m.b.t. meten, tussendoortje, spuiten, bellen
- Afspraken met de leerkracht m.b.t. meten, tussendoortje
- Visie school/ leerkracht (wat willen ze wel en niet i.v.m. verantwoordelijkheid. Ze hebben momenteel al zorgplicht maar hoe zit dat met de medische plicht? En waar vind u als ouder waarin de school uw kind nog in kan ondersteunen)
- Loslaten laten/ eigen verantwoordelijkheid (Doe – doelen (uitleggen + overzicht hiervan laten zien). Wat gaat er goed m.b.t. de doe-doelen?
- Wat gaat er minder goed m.b.t. de doe-doelen?
- Waar ervaart u als ouder een spanningsveld en wat heeft u nodig om dit spanningsveld te kunnen laten afnemen?



### **Verjaardagsfeestjes**

- Afspraken met het kind m.b.t. meten, tussendoortje, spuiten, bellen
- Afspraken met de leerkracht m.b.t. traktatie
- Visie school/leerkracht
- Afspraken met de ouder van het vriendje/vriendinnetje m.b.t. meten, tussendoortje, spuiten, bellen
- Loslaten laten/ eigen verantwoordelijkheid (Doe – doelen (uitleggen + overzicht hiervan laten zien). Wat gaat er goed m.b.t. de doe-doelen?
- Wat gaat er minder goed m.b.t. de doe-doelen?
- Waar ervaart u als ouder een spanningsveld en wat heeft u nodig om dit spanningsveld te kunnen laten afnemen?

### **Logeren**

- Afspraken met het kind m.b.t. meten, tussendoortje, spuiten, bellen
- Afspraken met de ouder van het vriendje/vriendinnetje m.b.t. meten, tussendoortje, spuiten, bellen
- Afspraken met opa en oma m.b.t. meten, tussendoortje, spuiten, bellen
- Loslaten laten/ eigen verantwoordelijkheid (Doe – doelen (uitleggen + overzicht hiervan laten zien). Wat gaat er goed m.b.t. de doe-doelen?
- Wat gaat er minder goed m.b.t. de doe-doelen?
- Waar ervaart u als ouder een spanningsveld en wat heeft u nodig om dit spanningsveld te kunnen laten afnemen?

### **Begeleiding kinderdiabetesteam**

- Ervaring in begeleidin rondom het thema 'loslaten' een cijfer (1 tot 10) te geven
- Wat zouden verander/verbeterpunten voor het kinderdiabetesteam kunnen zijn

# Richtlijnen voor wat een kind van acht en negen jaar al weet en doet

---

Om de zelfstandigheid van het kind te bevorderen heeft het expertisegroep KinderDiabetesVerpleegkundigen (2011) richtlijnen opgesteld voor verschillende leeftijdscategorieën. Ook wel de weet- en doe-doelen genoemd. Deze richtlijnen kunnen leiden als handvaten bij de begeleiding en ondersteuning van het zelfstandigheidsproces bij een kind met diabetes en luiden als volgt:

## Bloedglucose

Op deze leeftijd kan het kind zelfstandig de bloedglucose prikken en weet het kind wat het getal op de meter betekend. De bloedglucosewaarde wordt nog niet zelfstandig beoordeeld, maar kan wel samen gedaan worden met een ouder.

## Lage bloedglucose

Het kind herkent de verschijnselen die zij kunnen hebben bij een te lage bloedglucose. Hierbij weten zij ook hoeveel limonadesiroop zij moeten drinken om weer een normale waarde te krijgen.

## Insuline-injecties

Het kind kan op deze leeftijd zelfstandig in stappen, onder begeleiding van ouders, leren om zelf de insulinepen klaar te maken, de dosering in te stellen en de injectie zelf te geven. De dosering van de insuline valt bij deze leeftijd nog steeds onder de verantwoordelijkheid van de ouders. Tijdens de insuline-injectie is een ouder aanwezig en dient toezicht te houden.

## Insulinepomp

Het kind kan zelf onder toezicht een bolus geven, wanneer het kind kennis van getallen heeft. Er wordt door de ouder aangegeven hoeveel er gebolust wordt en er wordt altijd gecontroleerd of de juiste hoeveelheid is geprogrammeerd.

## Voeding

Het kind weet wanneer en hoe vaak ze moeten eten als ze op school of ergens anders zijn. Dit kan eventueel met behulp van een volwassene die hem of haar hieraan helpt herinneren. Tevens weet het kind welke producten veel, weinig of geen koolhydraten bevatten. Tevens kan het kind uitleggen dat hij/zij diabetes heeft wanneer er snoep aangeboden wordt. Ook weet het kind dat er dan eerst met een volwassene overlegd moet worden of het snoep direct opgegeten mag worden of dat het beter bewaard kan worden voor een later moment.

## Lichaamsbeweging

Tijdens en/of na het sporten is de ouder verantwoordelijk voor het aanpassen van de insuline de voeding en dit in de gaten te houden. Het kind is op deze leeftijd in staat om op een eenvoudige manier uit te leggen wat de relatie tussen voeding, insuline en lichaamsbeweging is.

# Beoordelingsformulier voor opdrachtgever Meander Medisch Centrum

---

<b>Naam student</b>	:	<b>Maijla Rookhuijzen</b>
<b>Opdrachtgever</b>	:	<b>Mirjam Schouten</b>
<b>Organisatie</b>	:	<b>Meandermc Amersfoort</b>
<b>Afstudeeropdracht</b>	:	
<b>Datum</b>	:	

De opdrachtgever van de pedagogiekstudent die binnen zijn of haar organisatie een afstudeeropdracht heeft uitgevoerd kan zinnige feedback geven op het functioneren van de student in de organisatie / in de samenwerking en kan goed aangeven wat de afstudeeropdracht voor hem of haar en zijn of haar organisatie heeft opgeleverd. Deze feedback kan de student informatie geven over zijn/haar sterke punten en leerpunten en geeft de beoordelaar/coach van de student aanwijzingen voor de beoordeling van zijn/haar product.

*De studenten konden een afstudeeropdracht doen in de vorm van het uitvoeren van een onderzoek, het ontwikkelen van beleid of het ontwikkelen van een ander product zoals een handleiding, methodiek of training. Dit formulier is gemaakt voor alle verschillende soorten opdrachten.*

## **Feedback over het functioneren van de student**

Hoe is de afstemming geweest tussen de opdrachtgever en de student om te komen tot een gewenst afstudeerproduct? Wat voor rol heeft de student hierin gespeeld?

Hoe zijn communicatie en samenwerking geweest tussen student en de opdrachtgever, medewerkers in de organisatie, eventuele medeonderzoekers of ontwikkelaars?

Wat vindt u van het onderzoekend vermogen van de student?

Wat vindt u van het reflecterend vermogen van de student?

Wat kunt u zeggen over het nemen van verantwoordelijkheid voor het proces en het product door de student? En wat zegt dit over de zelfstandigheid van werken?

In welke mate had de student een kritische houding tov het onderzoeksproces of ontwikkelproces?

### **Feedback op het afstudeerproduct van de student**

Wat vindt u van de kwaliteit van de conclusies en aanbevelingen (bruikbaar, geldig, betrouwbaar) in het onderzoeksverslag? *(Bij een **onderzoeksopdracht**) Graag een cijfer omcirkelen en een onderbouwing in woorden geven.*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Wat vindt u van de kwaliteit van het beleidsplan, het ontwikkelde product (duidelijk, gebruiksvriendelijk, bruikbaar, aannemelijk effectief)? *(Bij een **beleids- of ontwikkelopdracht**). Graag een cijfer omcirkelen en een onderbouwing in woorden geven.*

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

Wat vindt u van de kwaliteit van de theoretische en praktische onderbouwing van de conclusies/aanbevelingen of van het gemaakte product? *Graag een cijfer omcirkelen en een onderbouwing in woorden geven.*

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

Wat vindt u van de kwaliteit van het taalgebruik, de structuur en de vormgeving van het product? *Graag een cijfer omcirkelen en een onderbouwing in woorden geven.*

1      2      3      4      5      6      7      8      9      10

**Aanvullende feedbackvragen van de student:**

**Aanvullende feedback van de opdrachtgever:**

# Beoordelingsformulier door mijzelf ingevuld

---

<b>Naam student</b>	:	<b>Maijla Rookhuijzen</b>
<b>Studentnummer</b>	:	<b>1571718</b>
<b>Beoordelaar</b>	:	
<b>Datum</b>	:	<b>19 mei 2014</b>
<b>Cijfer</b>	:	

*De beoordelaar geeft per kwaliteit aan wat hij/ zij ervan vindt door een van de letter(s) achter de kwaliteiten te markeren. Onv. staat voor onvoldoende, v staat voor voldoende, rv voor ruim voldoende, g voor goed en zg voor zeer goed. De feedback om de beoordeling te onderbouwen geeft de beoordelaar in de laatste kolom van de tabel. Voor aanvullende feedback is plaats onder de beoordelingstabel.*

*Op basis van de beoordeling per kwaliteit en de toelichting daarbij kent de beoordelaar een cijfer toe aan het gehele afstudeereindproduct.*

*Uitzondering op het bovenstaande vormt de beoordeling van taalgebruik en het volgen van de APA richtlijnen. Deze kunnen met een voldoende of een onvoldoende worden beoordeeld. Bij een onvoldoende op een of op beide van deze twee punten, krijgt de student voor het gehele eindproduct een onvoldoende. Het maximum aantal woorden voor het eindproduct is 14000. Dit is exclusief inhoudsopgave, voorwoord, literatuurlijst en bijlagen.*

## **Toelichting Kwaliteiten van het afstudeereindproduct voor onderzoek**

### **Ecologische insteek**

Het onderzoek heeft een ecologische insteek, die in het theoretisch kader en in de methode en in de conclusie tot uitdrukking komt. De student maakt expliciet duidelijk waaruit de ecologische insteek bestaat, wat die ecologische insteek is en waarom hiervoor gekozen is. Indien het onderzoek uiteindelijk ecologischer had kunnen zijn, wordt daar op ingegaan in het verslag (bijvoorbeeld in de conclusie/discussie).

### **Relevantie**

De aanleiding van het onderzoek is duidelijk beschreven. Het wordt dus duidelijk *waarom* het onderzoek wordt uitgevoerd. Het is daarnaast duidelijk *waartoe* en het onderzoek wordt uitgevoerd en wie er van het onderzoek kunnen profiteren. Uit de doelstelling wordt zowel een kennisdoel als een praktijkdoel duidelijk. De lezer raakt overtuigd van het nut van het uitvoeren van het onderzoek.

### **Afbakening**

Het is duidelijk waar het onderzoek over gaat. De vraagstelling/probleemstelling/centrale onderzoeksvraag is helder geformuleerd. Vraag- en doelstelling hangen met elkaar samen en sluiten aan bij de aanleiding van het onderzoek. Voor het onderzoeken van de centrale onderzoeksvraag zijn heldere, onderzoekbare deelvragen geformuleerd.

### **Relevantie en consistentie van de theoretische onderbouwing**

De theoretische onderbouwing sluit aan bij de vraagstelling en doelstelling van het onderzoek. Het theoretisch kader draagt bij aan het vormgeven van de methode en aan het beantwoorden van de vraagstelling. Het is duidelijk hoe de samenhang is tussen de onderdelen (paragrafen) binnen het theoretisch kader en hoe deze samenhang is met de rest van het verslag. De theoretische onderbouwing is thematisch geordend.

### **Kwaliteit van de informatie in de theoretische onderbouwing**

De informatie die wordt besproken in de theoretische onderbouwing is gebaseerd op een diversiteit aan bronnen van goede kwaliteit. Er is minstens 1 internationale bron gebruikt. De besproken onderwerpen worden vanuit verschillende bronnen en vanuit verschillende perspectieven besproken. Er zit diepgang in de geleverde informatie.



### **Transparantie methode**

Het is duidelijk wat de student heeft gedaan, bij wie, op welke manier en wanneer om de vraagstelling te onderzoeken en de doelstelling te bereiken. De lezer zou het hele onderzoeksproces op basis van de verkregen informatie na moeten kunnen doen.

### **Kwaliteit / onderbouwing methode**

De gekozen methode sluit aan bij de aanleiding, vraag- en doelstelling van het onderzoek. Het is haalbaar om met de gekozen methode binnen de gestelde tijd tot resultaten en conclusies te komen die aansluiten bij de aanleiding, vraag- en doelstelling van het onderzoek. De gekozen methode leidt tot resultaten en conclusies die geldig (valide), betrouwbaar en bruikbaar zijn. De student maakt de kwaliteit van de methode inzichtelijk. De student maakt duidelijk waarop hij/zij de gemaakte keuzes baseert.

### **Selectie en overzichtelijkheid resultaten**

De gepresenteerde resultaten sluiten aan bij de centrale onderzoeksvraag en zijn relevant voor de beantwoording ervan. Het is duidelijk op welke wijze en bij wie uiteindelijk is geanalyseerd. Bij een kwalitatieve analyse worden de resultaten onderbouwd / geïllustreerd met voorbeelden uit de ruwe gegevens. De weergave van de resultaten is overzichtelijk geordend en geeft een duidelijk beeld van wat de student heeft gevonden in het onderzoek. De gepresenteerde resultaten blijven dichtbij de ruwe gegevens, er worden nog geen conclusies getrokken.

### **Onderbouwing conclusie**

Conclusies sluiten aan bij de vraagstelling en zijn onderbouwd door de weergegeven resultaten. De student houdt bij het trekken van conclusies rekening met de sterkten en beperkingen van het uitgevoerde onderzoek.

### **Kritische discussie**

Het wordt duidelijk hoe de uitkomsten van het onderzoek kunnen worden verklaard, geïnterpreteerd, geplaatst. Er wordt hiervoor een link gelegd met de aanleiding, het probleemgebied van het onderzoek en met het theoretisch kader. Ook worden de sterke en zwakke punten van het onderzoek kritisch besproken. Met het bovenstaande wordt duidelijk wat de betekenis van het onderzoek is voor de praktijk.

### **Focus op de toekomst**

Er worden aanbevelingen gedaan die gebaseerd zijn op de resultaten van het onderzoek en die helder, concreet en bruikbaar zijn. Deze aanbevelingen zijn gericht op verder onderzoek en op de pedagogische praktijk.

### Vormgeving

Het verslag is goed gestructureerd; de lezer kan de lijn van het verslag goed volgen. Het taalgebruik is duidelijk en prettig leesbaar. De lay-out van het verslag is overzichtelijk.

<b>Beoordelingstabel voor het afstudeereindproduct voor onderzoek</b>		
Correct Nederlands taalgebruik (spelling en grammatica, maximaal 5 fouten per pagina)	voldoende	onvoldoende
Correct verwijzen in de tekst en een kloppende literatuurlijst, volgens de APA richtlijnen	voldoende	onvoldoende
<b><i>Is een of zijn beide van deze twee criteria onvoldoende, dan loop je het risico dat het verslag niet verder nagekeken wordt en krijg je een onvoldoende voor je eindproduct.</i></b>		
<b>Kwaliteiten</b>	<b>Beoordeling</b>	<b>Onderbouwing van de beoordeling</b>
Ecologische insteek	onv / v / rv / g / zg	

Relevantie	onv / v / rv / g / zg	
Afbakening	onv / v / rv / g / zg	
Relevantie en consistentie van de theoretische onderbouwing	onv / v / rv / g / zg	
Kwaliteit van de informatie in de theoretische onderbouwing	onv / v / rv / g / zg	
Transparantie methode	onv / v / rv / g / zg	
Kwaliteit / onderbouwing methode	onv / v / rv / g / zg	
Selectie en overzichtelijkheid resultaten	onv / v / rv / g / zg	

Onderbouwing conclusie	onv / v / rv / g / zg	
Kritische discussie	onv / v / rv / g / zg	
Focus op de toekomst	onv / v / rv / g / zg	
Vormgeving	onv / v / rv / g / zg	

---

**Aanvullende opmerkingen:**

---

# Beoordelingsformulier voor docent

---

<b>Naam student</b>	:	
<b>Studentnummer</b>	:	
<b>Beoordelaar</b>	:	
<b>Datum</b>	:	
<b>Cijfer</b>	:	

*De beoordelaar geeft per kwaliteit aan wat hij/ zij ervan vindt door een van de letter(s) achter de kwaliteiten te markeren. Onv. staat voor onvoldoende, v staat voor voldoende, rv voor ruim voldoende, g voor goed en zg voor zeer goed. De feedback om de beoordeling te onderbouwen geeft de beoordelaar in de laatste kolom van de tabel. Voor aanvullende feedback is plaats onder de beoordelingstabel.*

*Op basis van de beoordeling per kwaliteit en de toelichting daarbij kent de beoordelaar een cijfer toe aan het gehele afstudeereindproduct.*

*Uitzondering op het bovenstaande vormt de beoordeling van taalgebruik en het volgen van de APA richtlijnen. Deze kunnen met een voldoende of een onvoldoende worden beoordeeld. Bij een onvoldoende op een of op beide van deze twee punten, krijgt de student voor het gehele eindproduct een onvoldoende. Het maximum aantal woorden voor het eindproduct is 14000. Dit is exclusief inhoudsopgave, voorwoord, literatuurlijst en bijlagen.*

## **Toelichting Kwaliteiten van het afstudeereindproduct voor onderzoek**

### **Ecologische insteek**

Het onderzoek heeft een ecologische insteek, die in het theoretisch kader en in de methode en in de conclusie tot uitdrukking komt. De student maakt expliciet duidelijk waaruit de ecologische insteek bestaat, wat die ecologische insteek is en waarom hiervoor gekozen is. Indien het onderzoek uiteindelijk ecologischer had kunnen zijn, wordt daar op ingegaan in het verslag (bijvoorbeeld in de conclusie/discussie).

### **Relevantie**

De aanleiding van het onderzoek is duidelijk beschreven. Het wordt dus duidelijk *waarom* het onderzoek wordt uitgevoerd. Het is daarnaast duidelijk *waartoe* en het onderzoek wordt uitgevoerd en wie er van het onderzoek kunnen profiteren. Uit de doelstelling wordt zowel een kennisdoel als een praktijkdoel duidelijk. De lezer raakt overtuigd van het nut van het uitvoeren van het onderzoek.

### **Afbakening**

Het is duidelijk waar het onderzoek over gaat. De vraagstelling/probleemstelling/centrale onderzoeksvraag is helder geformuleerd. Vraag- en doelstelling hangen met elkaar samen en sluiten aan bij de aanleiding van het onderzoek. Voor het onderzoeken van de centrale onderzoeksvraag zijn heldere, onderzoekbare deelvragen geformuleerd.

### **Relevantie en consistentie van de theoretische onderbouwing**

De theoretische onderbouwing sluit aan bij de vraagstelling en doelstelling van het onderzoek. Het theoretisch kader draagt bij aan het vormgeven van de methode en aan het beantwoorden van de vraagstelling. Het is duidelijk hoe de samenhang is tussen de onderdelen (paragrafen) binnen het theoretisch kader en hoe deze samenhang is met de rest van het verslag. De theoretische onderbouwing is thematisch geordend.

### **Kwaliteit van de informatie in de theoretische onderbouwing**

De informatie die wordt besproken in de theoretische onderbouwing is gebaseerd op een diversiteit aan bronnen van goede kwaliteit. Er is minstens 1 internationale bron gebruikt. De besproken onderwerpen worden vanuit verschillende bronnen en vanuit verschillende perspectieven besproken. Er zit diepgang in de geleverde informatie.

### **Transparantie methode**

Het is duidelijk wat de student heeft gedaan, bij wie, op welke manier en wanneer om de vraagstelling te onderzoeken en de doelstelling te bereiken. De lezer zou het hele onderzoeksproces op basis van de verkregen informatie na moeten kunnen doen.

### **Kwaliteit / onderbouwing methode**

De gekozen methode sluit aan bij de aanleiding, vraag- en doelstelling van het onderzoek. Het is haalbaar om met de gekozen methode binnen de gestelde tijd tot resultaten en conclusies te komen die aansluiten bij de aanleiding, vraag- en doelstelling van het onderzoek. De gekozen methode leidt tot resultaten en conclusies die geldig (valide), betrouwbaar en bruikbaar zijn. De student maakt de kwaliteit van de methode inzichtelijk. De student maakt duidelijk waarop hij/zij de gemaakte keuzes baseert.

### **Selectie en overzichtelijkheid resultaten**

De gepresenteerde resultaten sluiten aan bij de centrale onderzoeksvraag en zijn relevant voor de beantwoording ervan. Het is duidelijk op welke wijze en bij wie uiteindelijk is geanalyseerd. Bij een kwalitatieve analyse worden de resultaten onderbouwd / geïllustreerd met voorbeelden uit de ruwe gegevens. De weergave van de resultaten is overzichtelijk geordend en geeft een duidelijk beeld van wat de student heeft gevonden in het onderzoek. De gepresenteerde resultaten blijven dichtbij de ruwe gegevens, er worden nog geen conclusies getrokken.

### **Onderbouwing conclusie**

Conclusies sluiten aan bij de vraagstelling en zijn onderbouwd door de weergegeven resultaten. De student houdt bij het trekken van conclusies rekening met de sterkten en beperkingen van het uitgevoerde onderzoek.

### **Kritische discussie**

Het wordt duidelijk hoe de uitkomsten van het onderzoek kunnen worden verklaard, geïnterpreteerd, geplaatst. Er wordt hiervoor een link gelegd met de aanleiding, het probleemgebied van het onderzoek en met het theoretisch kader. Ook worden de sterke en zwakke punten van het onderzoek kritisch besproken. Met het bovenstaande wordt duidelijk wat de betekenis van het onderzoek is voor de praktijk.

### **Focus op de toekomst**

Er worden aanbevelingen gedaan die gebaseerd zijn op de resultaten van het onderzoek en die helder, concreet en bruikbaar zijn. Deze aanbevelingen zijn gericht op verder onderzoek en op de pedagogische praktijk.

## Vormgeving

Het verslag is goed gestructureerd; de lezer kan de lijn van het verslag goed volgen. Het taalgebruik is duidelijk en prettig leesbaar. De lay-out van het verslag is overzichtelijk.

<b>Beoordelingstabel voor het afstudeereindproduct voor onderzoek</b>		
Correct Nederlands taalgebruik (spelling en grammatica, maximaal 5 fouten per pagina)	voldoende	onvoldoende
Correct verwijzen in de tekst en een kloppende literatuurlijst, volgens de APA richtlijnen	voldoende	onvoldoende
<b><i>Is een of zijn beide van deze twee criteria onvoldoende, dan loop je het risico dat het verslag niet verder nagekeken wordt en krijg je een onvoldoende voor je eindproduct.</i></b>		
<b>Kwaliteiten</b>	<b>Beoordeling</b>	<b>Onderbouwing van de beoordeling</b>
Ecologische insteek	onv / v / rv / g / zg	



Relevantie	onv / v / rv / g / zg	
Afbakening	onv / v / rv / g / zg	
Relevantie en consistentie van de theoretische onderbouwing	onv / v / rv / g / zg	
Kwaliteit van de informatie in de theoretische onderbouwing	onv / v / rv / g / zg	
Transparantie methode	onv / v / rv / g / zg	
Kwaliteit / onderbouwing methode	onv / v / rv / g / zg	
Selectie en overzichtelijkheid resultaten	onv / v / rv / g / zg	

Onderbouwing conclusie	onv / v / rv / g / zg	
Kritische discussie	onv / v / rv / g / zg	
Focus op de toekomst	onv / v / rv / g / zg	
Vormgeving	onv / v / rv / g / zg	

---

**Aanvullende opmerkingen:**

---

# Logboek

---

Wanneer	Wat	Opmerkingen	Tijd
<b>10-02-2014</b>	Literatuur zoeken en inlezen	Via internet opzoek gegaan naar literatuur over diabetes. Verdiepen in wat nu diabetes precies is.	2 uur
<b>14-02-2014</b>	Afspraak met opdrachtgever	Kennismaking met Mirjam Schouten en Rianne van Gilst. Brainstorming probleemanalyse geformuleerd en leeftijdscategorie gekozen.	1 uur
<b>17-02-2014</b>	Opzet onderzoeksvoorstel	Eerste chronologische opzet gemaakt voor het onderzoeksvoorstel.	1 uur
<b>17-02-2014</b>	Beschrijving organisatie	Informatie opgezocht over het Meander Medisch Centrum in het algemeen, de kinderdiabetesafdeling en de hierbij horende visie en de missie.	1 uur
<b>18-02-2014</b>	Literatuur lezen	Literatuur lezen op de	4 uur

		site van het Diabetes Fonds over diabetes.	
<b>19-02-2014</b>	Relevantie gelezen literatuur lezen	Kijken wat wel en wat niet relevant is. Tot hoever moet ik het medische terug laten komen?	3 uur
<b>21-02-2014</b>	Afspraak met opdrachtgever	Werkwijze van het kinderdiabetesteam besproken. Literatuur meegekregen.	1 uur
<b>22-02-2014</b>	Theoretisch kader over diabetes herschreven	Al het medisch eruit gehaald. Nieuwe chronologische volgorde gemaakt.	2 uur
<b>24-02-2014</b>	<b>Vragen voorgelegd in het leerteam</b>	<b>Onduidelijkheden en vragen over het onderzoeksvoorstel voorgelegd in het leerteam. Daarnaast buddy's gemaakt voor extra hulp en verdieping.</b>	<b>2 uur</b>
<b>24-02-2014</b>	Vragen voorgelegd aan medestudent	Feedback gegeven, samen gebrainstormd over thema's binnen 'loslaten' en opbouw onderzoeksvoorstel.	2 uur

26-02-2014	Inleiding	Een begin gemaakt aan de inleiding. De probleemanalyse en doelstellingen geformuleerd. Eerste opzet van de deelvragen gemaakt.	2 uur
<b>26-02-2014</b>	Methode	Literatuur gebruikt uit 'Wat is onderzoek?'. Aan de hand daarvan de methode geschreven.	3 uur
<b>26-02-2014</b>	Plan van aanpak	Planning gemaakt voor de weken tot aan het inleveren van mijn definitieve scriptie.	30 min
<b>26-02-2014</b>	Ecologisch perspectief	Definitie gezocht van ecologische pedagogiek en zo dit geschreven.	1,5 uur
<b>26-02-2014</b>	Verwerken feedback opdrachtgever	Feedback verwerkt.	30 min
<b>27-02-2014</b>	Relevantie	Literatuur gezocht voor de maatschappelijk en actuele relevantie. Maar ook die voor de organisatie.	1 uur
<b>27-02-2014</b>	Relevantie	Persoonlijke relevantie geschreven.	1 uur
<b>27-02-2014</b>	Begrippenlijst	Begrippenlijst op alfabetische volgorde geschreven.	30 min
<b>27-02-2014</b>	Literatuurlijst	Literatuurlijst a.d.h.v. APA richtlijnen bewerkt.	1 uur
<b>28-02-2014</b>	Literatuur lezen	Over de ontwikkelingspsychologie bij een chronisch ziek kind.	2 uur
<b>03-03-2014</b>	Vragen voorgelegd in het	Hoofd- en deelvragen, maatschappelijke en	2 uur

	leerteam	actuele relevantie.	
<b>04-03-2014</b>	Opzet aanpassen	Bepaalde hoofdstukken uit de opzet gehaald en hoofdstukken toegevoegd.	30 min
<b>05-03-2014</b>	Contact opdrachtgever	Gesprek gehad over het onderzoek. Interviews besproken en de manier waarop ouders/opvoeders.	
<b>06-03-2014</b>	Details voorstel	Laatste details voor het voorstel. Bronnen gezocht ter onderbouwing voor mijn drie thema's binnen het 'loslaten'. En voorstel ingeleverd via mail als via de inleverbieb.	2 uur
<b>10-03-2014</b>	Literatuur	Literatuur uitgewerkt voor theoretisch kader.	4 uur
<b>11-03-2014</b>	Literatuur	Literatuur uitgewerkt voor theoretisch kader.	4 uur
<b>12-03-2014</b>	Uitnodiging ouders/opvoeders	Uitnodiging deelname aan interviews schrijven. Deze mailen naar Mirjam.	1,5 uur
<b>13-03-2014</b>	Uitwerking mailwisseling met Mirjam	Feedback toegepast aan de uitnodiging deelname aan interviews voor ouders/opvoeders.	1 uur
<b>13-03-2014</b>	Literatuur	Laatste stukje van theoretisch kader geschreven.	4 uur
<b>21-03-2014</b>	Uitnodiging ouders/opvoeders	Uitnodiging deelname aan interviews wordt vandaag verstuurt.	30 min
<b>24-03-2014</b>	Vragen voorgelegd aan	Of ik met de geschreven topiclijst op het juiste pad	30 min

	Anke	zit.	
<b>26-03-2014</b>	Contact opdrachtgever	Gesprek over o.a. topiclijst. Contract overhandigd.	1 uur
<b>28-03-2014</b>	Ouders/opvoeders benaderen	Afspraak maken voor deelname interviews.	1 uur
<b>01-04-2014</b>	Vorbereiding interviews	Topiclijst bijwerken.	
<b>02-04-2014</b>	Interview met ouder/opvoeder	Twee interviews gepland en daadwerkelijk gehouden.	2 uur
<b>02-04-2014</b>	Transcriptie interview	Tussendoor gestart met uitwerking van het eerste interview.	30 min
<b>03-04-2014</b>	Interview met ouder/opvoeder	Helaas niet komen opdagen. Er is geen contact meer geweest. Telefoon wordt niet meer beantwoord.	2 uur
<b>04-04-2014</b>	Transcriptie interview	Interview letterlijk uittypen.	4 uur
<b>05-04-2014</b>	Transcriptie interview	Interview letterlijk uittypen.	4 uur
<b>07-04-2014</b>	Contact ouders/opvoeder	Herinneringsemail gestuurd naar ouders/opvoeders voor deelname aan een interview.	1 uur
<b>07-04-2014</b>	Logboek	Herschreven.	2,5 uur
<b>08-04-2014</b>	Doelstelling en vraagstelling	Aangescherpt.	30 min
<b>08-04-2014</b>	Ecologisch perspectief	Herschreven.	1 uur
<b>08-04-2014</b>	Verwerken feedback docent	Feedback verwerkt onderdeel 'organisatie'.	30 min
<b>09-04-2014</b>	Methode	Start gemaakt met het	2 uur

		herschrijven.	
<b>10-04-2014</b>	Verwerken feedback opdrachtgever	Feedback verwerkt.	30 min
<b>10-04-2014</b>	Interviews met ouder/opvoeder	Twee interviews gepland en daadwerkelijk gehouden.	2 uur
<b>10-04-2014</b>	Logboek	Geschreven en ingevuld zover mogelijk tot aan 23-05-2014	30 min
<b>10-04-2013</b>	Transcriptie interview	Begin gemaakt met interview letterlijk uittypen.	1 uur
<b>11-04-2014</b>	Interview met ouder/opvoeder	Een interview gepland en daadwerkelijk gehouden.	1 uur
<b>11-04-2014</b>	Contact opdrachtgever	Interviews, feedback, respondenten, aanleiding, doelstelling/vraagstelling, werkwijze.	1 uur
<b>14-04-2014</b>	Transcriptie interview	Interview letterlijk uittypen.	4 uur
<b>15-04-2014</b>	Interview met psycholoog van het kinderdiabetesteam	Interview gepland en daadwerkelijk gehouden.	1 uur
<b>16-04-2014</b>	Transcriptie interview	Interview letterlijk uittypen.	4 uur
<b>17-04-2014</b>	Interview met ouder/opvoeder	Een interview gepland en daadwerkelijk gehouden.	1 uur
<b>17-04-2014</b>	Transcriptie interview	Begin gemaakt met interview letterlijk uittypen.	30 min
<b>19-04-2014</b>	Transcriptie interview	Verder gegaan met interview letterlijk uittypen waarmee ik op 17/4 gestart was.	4 uur



<b>20-04-2014</b>	Transcriptie interview	Interview letterlijk uittypen.	2,5 uur
<b>22-04-2014</b>	Transcriptie interview	Interview letterlijk uittypen.	2,5 uur
<b>23-04-2014</b>	Literatuur gelezen	Gelezen hoofdstuk 8 Kwalitatieve analyse	30 min
<b>23-04-2014</b>	Interviews analyseren	De eerste drie interviews geanalyseerd waarbij er gebruik gemaakt is van de codeboom	4 uur
<b>24-04-2014</b>	Vragen voorgelegd aan Anke	Analyseren, gekregen feedback	1 uur
<b>24-04-2014</b>	Interviews analyseren	Interview vier geanalyseerd waarbij er gebruik gemaakt is van de codeboom	1 uur
<b>25-04-2014</b>	Interviews analyseren	Interview en vijf geanalyseerd waarbij er gebruik gemaakt is van de codeboom	1 uur
<b>27-04-2014</b>	Interviews analyseren	Interview zes en zeven geanalyseerd waarbij er gebruik gemaakt is van de codeboom	2 uur

29-04-2014	Kleine aanpassingen/ aanvullingen	Leeftijdscategorie in de hoofdvraag, aanleiding, leeftijd zes en zeven uit theoretisch kader gehaald. Missende hoofdstukken toegevoegd.	30 min
<b>29-04-2014</b>	Analysemethode	Gelezen paragraaf 8.1.2 Kwalitatieve verwerking van gegevens + toegepast. Vervolgens contact opgenomen met coach voor bevestiging of dit correct is.	1 uur
<b>30-04-2014</b>	Resultaten schrijven naar aanleiding van interviews met opvoeders	Start gemaakt en uiteindelijk zijn de persoonskenmerken, afspraken school, schoolreisje, logeren, traktaties beschreven	4 uur
<b>01-05-2014</b>	Resultaten schrijven naar aanleiding van interviews met opvoeders	Verjaardagsfeestjes, hypo en hyper, zelfstandigheid en behoefte van opvoeders.	4 uur
<b>02-05-2014</b>	Resultaten schrijven naar aanleiding van interviews met opvoeders	Insulinepomp versus insulinepen, spanningsveld, begeleiding kinderdiabetesteam	4 uur
<b>04-05-2014</b>	Resultaten schrijven naar aanleiding van interview met psycholoog	Algemeen, angsten, spanningsveld in het algemeen, netwerk rondom het kind, latentiefase	2 uur
<b>05-05-2014</b>	Conclusie/aanbevelingen	Algemeen, belangrijke punten, beantwoording praktische deelvragen, aanbevelingen	3 uur
<b>05-05-2014</b>	Discussie	Start gemaakt	1 uur

<b>06-05-2014</b>	Kopje begeleiding kinderdiabetesteam	Aanvulling toegevoegd naar aanleiding van gekregen antwoorden opvoeders	30 min
<b>06-05-2014</b>	Discussie	Af geschreven en opnieuw ingedeeld	1 uur
<b>06-05-2014</b>	To do list gemaakt	Zodat ik voor mijzelf overzichtelijk op een rij heb wat ik nog moet schrijven en/of moet aanpassen	30 min
<b>06-05-2014</b>	Voorwoord	Geschreven	30 min
<b>07-05-2014</b>	Bijlagen toegevoegd	Stappenplan educatie checklist, Brieven voorafgaande aan deelname onderzoek, topiclijst, transcriptie, codeboom, beoordelingsformulier, axiale codering, plan van aanpak, begrippenlijst	1 uur
<b>07-05-2014</b>	Literatuurlijst	Laatste controle gedaan d.m.v. te kijken of alles op alfabetische volgorde staat en op dezelfde manier vermeld staat	1 uur
<b>07-05-2014</b>	Feedback Anke	Start gemaakt met het aanpassen van de verkregen feedback	1 uur
<b>07-05-2014</b>	Inhoudsopgave	Kloppend gemaakt	1 uur
<b>08-05-2014</b>	Vragen voorgelegd aan Anke	Vragen over onder andere de conclusie en de aanbeveling	1 uur

<b>09-05-2014</b>	Regelafstand aangepast	Aangepast aan 1,5, waardoor ik het gehele document moest controleren op verspringingen	1 uur
<b>09-05-2014</b>	Samenvatting	Deze helemaal geschreven	1,5 uur
<b>09-05-2014</b>	Bijlagen	Deze op volgorde gezet van het document. Daarnaast de bijbehorende voetnoten geplaatst. Bijlagen toegevoegd	1,5 uur
<b>09-05-2014</b>	Theoretisch kader	Informatie weggelaten aangezien dat nu niet meer van toepassing is. Had ik wel nodig toen ik startte met schrijven. Of gekoppeld aan de bijlage	30 min
<b>09-05-2014</b>	Conclusie	Kopje vergelijking literatuur en praktijk begonnen met schrijven	30 min
<b>09-05-2014</b>	Feedback verwerken	Gekregen feedback toepassen en verwerken	1 uur
<b>12-05-2014</b>	Conclusie	Kopje vergelijking praktijk en literatuuronderzoek geschreven en aangepast	30 min
<b>12-05-2014</b>	Discussie	Kopje betekenis van het onderzoek voor de praktijk, link met de aanleiding, probleemgebied van het onderzoek en met de theoretische kader geschreven	1 uur
<b>12-05-2014</b>	Aanpassingen	Gehele scriptie doorgelezen en hier en	4 uur

		daar herschreven om het zo nog kort en bondiger weer te geven.	
<b>12-05-2014</b>	Deadline opdrachtgever	Scriptie mailen naar Mirjam voor laatste keer feedback	5 min
<b>12-05-2014</b>	Laatste keer feedback mogelijkheid Anke	Scriptie mailen naar Anke voor laatste keer feedback	5 min
<b>19-05-2014</b>	Verwerken feedback		
<b>20-05-2014</b>	Verwerken feedback		
<b>21-05-2014</b>	Verwerken feedback		
<b>22-05-2014</b>	Verwerken feedback		
<b>23-05-2014</b>	Definitieve deadline	Scriptie inleveren	