

# De verpleegkundige in gesprek

*Een etnografische benadering van een medische setting*

Deel A



---

Janneke Drok & Rian Marsman  
Masterscriptie Communicatie- en Informatiewetenschappen



---

# De verpleegkundige in gesprek

*Een etnografische benadering van een medische setting*

Deel A

## **Masterscriptie Communicatie en Informatiewetenschappen**

Begeleider RUG: dr. J. Berenst

Begeleider UMCG: dr. E.A.H.M. Geerts

Communicatie- en Informatiewetenschappen  
Rijksuniversiteit Groningen

29 februari 2008

Janneke Drok (s1263579)

Rian Marsman (s1512471)

---



*Voor onszelf*



## Samenvatting

Binnen de Beatrix Kinderkliniek van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is een gebrek aan tevredenheid geconstateerd bij de patiënten en hun ouders (Smid & Van de Wiel, 2006). Uit onderzoek van Roter (1989) is gebleken dat de informatieverstrekking van medici significant gerelateerd is aan patiënttevredenheid. Naar aanleiding van onderzoek door Smith en anderen (1981) blijkt ook dat de hoeveelheid informatie die een medicus geeft, én de tijd die hij/zij voor de patiënt vrijmaakt tijdens de behandeling, positief geassocieerd worden met de patiënttevredenheid. Onderzoek van Blanchard en anderen (1983, 1986) geeft aan dat het gebruik van de voornamen van de patiënt, het creëren van privacy tijdens lichamelijk onderzoek, het routinematig gebruik maken van sociale vaardigheden (bijvoorbeeld niet onderbreken als de patiënt zijn verhaal doet) en het kenbaar maken van vervolgonderzoek of –behandeling allemaal een positief effect hebben op de patiënttevredenheid.

Zoals blijkt, speelt communicatie een essentiële rol bij patiënttevredenheid. Om de communicatie en daarmee de patiënttevredenheid binnen de Beatrix Kinderkliniek te verbeteren, is het van belang een onderzoek uit te voeren dat een beschrijving van de huidige situatie weergeeft. Dit onderzoek beoogt dat te doen. De vraagstelling die daarbij centraal staat, luidt als volgt:

*Hoe kunnen communicatieve situaties van regieverpleegkundigen van de Beatrix Kinderkliniek van het UMCG worden beschreven?*

Daarbij is een tweetal deelvragen geformuleerd:

- Welke communicatieve situaties zijn te onderscheiden rondom de regie- en seniorverpleegkundigen op de afdeling Oncologie/Cardiologie van de Beatrix Kinderkliniek van het UMCG?
- Welke patronen kenmerken de communicatie waar regie- en seniorverpleegkundigen mee te maken krijgen?

Om de communicatie aan te kunnen passen, moet eerst duidelijk zijn welke communicatieve situaties er zijn en hoe die zich kenmerken. Dit onderzoek heeft daarom als doel om een beschrijving te geven van de communicatieve situaties binnen de afdeling Oncologie/Cardiologie van de Beatrix Kinderkliniek. De resultaten van het onderzoek kunnen een aanzet vormen tot de verbetering van de communicatie op de Beatrix Kinderkliniek.

Om de huidige situatie in kaart te brengen, is gekozen voor een etnografische benadering. Deze benadering onderzoekt beschrijvingen van de manieren waarop taalgebruik en andere communicatiekanalen binnen een gemeenschap gebruikt worden. In dit geval zal dat gedaan worden binnen de afdeling Oncologie/Cardiologie van de Beatrix Kinderkliniek. De etnografische benadering kent geen vooropgestelde aannames, maar geeft een beschrijving van de communicatie zoals die plaatsvindt binnen culturen en subculturen. Een ziekenhuis en haar afdelingen kan ook gezien worden als een subcultuur. De communicatie zoals die plaatsvindt binnen de Beatrix Kinderkliniek kan daarmee onderworpen worden aan de etnografische benadering. Omdat bij een etnografische benadering vooraf geen hypothesen geformuleerd worden, kunnen de data niet gestuurd worden door verwachtingen van de onderzoeker.

Binnen de etnografie van de communicatie wordt communicatie in verschillende settings in kaart gebracht. In dit onderzoek zal dat gedaan worden binnen verschillende medische settings. De etnografie van de communicatie maakt voor het beschrijven van communicatie gebruik van een observatieschema. Dit model wordt in vaktermen het Speaking-model genoemd. Dit model is er voornamelijk op gericht om de manier te beschrijven waarop taal binnen een gemeenschap gebruikt wordt. Het Speaking-model vormt dan ook het startpunt van dit onderzoek. Elke letter van het woord 'speaking' staat hierbij voor een bepaalde component van de communicatieve situatie:

<b>S</b>	<i>Setting &amp; scène</i>
<b>P</b>	<i>Participants</i>
<b>E</b>	<i>Ends</i>
<b>A</b>	<i>Act sequence</i>
<b>K</b>	<i>Key</i>
<b>I</b>	<i>Instrumentalities</i>
<b>N</b>	<i>Norms for interaction &amp; interpretation</i>
<b>G</b>	<i>Genre</i>

Na een observatieperiode van vier weken op de afdeling Oncologie/Cardiologie van de Beatrix Kinderkliniek in het UMCG, is een aantal communicatieve situaties te onderscheiden in het werk van regieverpleegkundigen en seniorverpleegkundigen. Deze communicatieve situaties zijn aan de hand van het Speaking-model nader getypeerd en omschreven. Op basis van de participerende observatie zijn de volgende speech events te onderscheiden op de afdeling kinderoncologie/-cardiologie van het UMCG: overdracht, visite, overleg, evaluatie, multidisciplinair overleg, psychosociaal overleg en patiëntenverzorging. Ten aanzien van deze verschillende speech events is een aantal algemene patronen te benoemen, die inzicht geven in de kenmerken van de communicatieve situaties van regieverpleegkundigen en seniorverpleegkundigen op de afdeling kinderoncologie- en cardiologie van de Beatrix Kinderkliniek in het UMCG. Deze patronen worden nu besproken.

Ten eerste blijkt dat de meeste speech events zijn opgebouwd volgens reeksen van aangrenzende paren in de vorm van vraag/antwoordsequenties, soms uitgebreid met expansiesequenties. Door middel hiervan is het voor de deelnemers mogelijk duidelijkheid te verkrijgen in de situatie van de patiënt zoals die op dat moment is. Door middel van vervolgvragen of van post-expansies wordt op antwoorden doorgevraagd. Met post-expansies worden antwoorden verbijzonderd en hersteld, met vervolsequenties komen nieuwe aspecten aan de orde. Het 'doorvragen' biedt mogelijkheid om bepaalde zaken met betrekking tot het ziektebeeld uit te sluiten. Zo ontstaat een helder beeld over de situatie van de betreffende patiënt. Wie degene is die initieert, hangt af van het type speech event; bij de overdracht initieert de verpleegkundige uit de afgelopen dienst, bij de visite initieert de arts-assistent, bij het overleg en de evaluatie initieert de regieverpleegkundige, enz. Bij het multidisciplinair overleg bestaat de basisstructuur vooral uit mededelingen waarop soms gereageerd wordt met ondersteunende of aanvullende mededelingen, maar soms ook met 'counters' waarin een mededeling als stellingname wordt tegengesproken, of met vragen om opheldering of specificaties. Ook de regieverpleegkundige geeft soms ook verdere aanvullingen of 'counters', evenals de arts-assistent, die ook vaak opheldervragen stelt. Op deze manier ontstaat een compleet beeld van de situatie van de patiënt. De basisstructuur van de interacties tijdens de patiëntverzorging wijkt af van die in de overige speech events. Dit komt doordat de deelnemers aan dit event anders zijn: een seniorverpleegkundige en een kind. De basisstructuur tijdens de patiëntverzorging bestaat uit mededelingen, geïnitieerd door de seniorverpleegkundige. Met deze mededelingen kondigt de seniorverpleegkundige aan wat zij <sup>1</sup>gaat doen en wat hij/zij daarbij verwacht van de patiënt, soms geformuleerd in een verzoek, soms in een directief. De patiënt initieert soms insertie-expansies, bijvoorbeeld wanneer zij iets niet snapt of iets wil weten. Met de antwoorden van de seniorverpleegkundige op deze vragen, ontstaan series van vraag/antwoordsequenties.

Ten tweede blijken schriftelijke documenten die als uitgangspunt voor veel speech events dienen, niet altijd optimaal te functioneren. Vooral bij de overdracht en de visite blijkt dat de informatie uit de dossiers niet altijd volledig is of goed wordt begrepen. Door fouten of onvolledigheden in de rapportage bleek belangrijke informatie soms verloren te gaan. Hierdoor zijn de hulpverleners niet op de hoogte van actuele zaken rond medicatie, toestand van de patiënt et cetera en kunnen zij dit ook niet overbrengen op ouders van patiënten. De schriftelijke documenten dienen als basis voor de informatie en als uitgangspunt tijdens de overdrachten en visites. Ook het overleg kent mondelinge informatieoverdracht op basis van schriftelijke documenten. Kennelijk zijn deze speech events gebaseerd op de verwachting dat de verpleegkundigen en artsen na lezing van de dossiers niet voldoende op de hoogte zijn: de schriftelijke

---

<sup>1</sup> Waar 'zij' en 'haar' staat, kan ook 'hij' en 'zijn' worden gelezen en vice versa.



informatie wordt mondeling aangevuld. Bij de overdracht zien we dat tijdens de bespreking van een patiënt vaak stapsgewijze topicontwikkeling plaatsvindt, waarbij de topiccomponenten ten opzichte van elkaar een soort van reeks vormen, die allemaal binnen een overkoepelende categorie passen. Als er vragen gesteld worden in dit verband, is het van belang dat die ook beantwoord worden. Vaak zien we dit in de vorm van vragen om bevestiging, door het stellen van ja-nee-vragen met een sterke antwoordvoorkeur voor een bevestiging, of door het stellen van een bevestigingsvraag door een deel van het net gegeven antwoord te herhalen. Uit deze activiteiten kunnen we afleiden dat de nieuwe verpleegkundigen voortdurend monitoren of de informatie die ze nodig hebben van degenen die uit de vorige dienst komen, voldoende en helder is. Bij de visite wordt door middel van vervolgvragen of van post-expansies op antwoorden doorgenvraagd. Met post-expansies worden antwoorden verbijzonderd en hersteld, met vervolgsequenties komen nieuwe aspecten aan de orde. Het 'doorvragen' biedt mogelijkheid om bepaalde zaken met betrekking tot het ziektebeeld uit te sluiten. Zo ontstaat een helder beeld over de situatie van de betreffende patiënt. Bij het overleg vindt de mondelinge informatieoverdracht plaats door middel van mededelingen vanuit de regieverpleegkundige. Op de mededelingen volgen veelal ontvangstbevestigingen, maar ze kunnen ook tot expansies van de basissequentie leiden. Een enkele keer wordt er zelfs een vervolgsequentie geïnitieerd door de gesprekspartner. De expansies hebben een vragende vorm, waarbij de gesprekspartners verduidelijking vragen met betrekking tot dat wat is meegedeeld, alvorens ze een ontvangstbevestiging geven. Deze herstelinitiëringen zijn nodig om de mededeling te kunnen accepteren.

Vervolgens blijkt dat wanneer het gaat om de positie van de regieverpleegkundige, de samenstelling van de participanten (participants in het Speaking-model) bij de speech events van belang is. De regieverpleegkundige heeft de regie over de afdeling. Haar rol bij veel speech events is om de deelnemers te voorzien van probleemgerelateerde informatie over de patiënten en/of de deelnemers te voorzien van adviezen en/of instructies. Haar dominante rol komt duidelijk naar voren tijdens het overleg. Het overleg bestaat uit mededelingen vanuit de regieverpleegkundige. De overige participanten (pedagogisch medewerker, onderwijzer, enz.) zijn slechts ontvangers van de informatie, die vragen kunnen stellen ter verduidelijking. De regieverpleegkundige is degene die de dialoog voert met de overige participanten, waarbij zij degene is die de patiëntgerelateerde informatie naar voren brengt. Tijdens de overdracht heeft de regieverpleegkundige een structurerende rol. Ze geeft informatie van organisatorische en praktische aard. Ze blijkt echter niet de absolute regie te hebben tijdens de overdracht, want verpleegkundigen blijken ook onderling afspraken te kunnen maken zonder toestemming te vragen aan de regieverpleegkundige.

De rol van de regieverpleegkundige tijdens de evaluatie is die van initiator. Zij formuleert open vragen die door de overige deelnemers kort beantwoord worden. Tijdens de evaluatie vindt echter ook zelfselectie plaats. Dit gebeurt enerzijds in vervolgsequenties die aansluiten op een antwoord, maar anderzijds via initiërende taaluitingen van de arts-assistenten. De participatiestructuur lijkt hiermee te veranderen, waarbij de rol voor de twee arts-assistenten belangrijker wordt; er ontstaat een dialoog tussen beide arts-assistenten. Deze dialoog bestaat uit diverse mededelingen, met standpuntbepalingen die wederzijds instemming ondervinden. De arts-assistenten selecteren zichzelf als spreker, ook zonder interventie van de regieverpleegkundige. Hier is te zien hoe de regieverpleegkundige haar in beginsel dominante rol omwisselt voor die van recipiënt.

Uit de observaties blijkt dat wanneer artsen betrokken zijn bij de speech events (tijdens visite, multidisciplinair overleg en psychosociaal overleg), de regieverpleegkundige haar dominante rol laat varen en zich ondergeschikt opstelt aan de deskundigheid van de artsen. Dit geldt ook voor de seniorverpleegkundige. Zo blijkt dat de rol van de regieverpleegkundige tijdens het multidisciplinair overleg beperkt blijft; zij treedt voornamelijk op als ontvanger van de adviezen die gegeven worden, in tegenstelling tot haar rol bij andere speech events (tijdens overdracht, evaluatie, overleg). Daarnaast vult zij waar nodig relevante patiëntinformatie aan. Het zijn vooral de overige disciplines die informatie geven, met name de twee kinderoncologen en de maatschappelijk medewerker. Tijdens dit event is er geen formele voorzitter, waardoor meerdere deelnemers beurtelings een initiërende bijdrage kunnen leveren. De regels hiervoor zijn niet vastgelegd, toch blijken het voornamelijk de artsen te zijn die de structuur

aanbrengen en daarmee de leiding nemen. De overige disciplines accepteren dit, bijvoorbeeld wanneer een arts door middel van een vorm van metacommunicatie de structuur van het gesprek probeert te behouden. De regieverpleegkundige en maatschappelijk medewerker stemmen hiermee in en accepteren daarmee dat de arts de leiding neemt in het behoud van de structuur van het gesprek. Daarnaast kennen de regieverpleegkundige en de maatschappelijk medewerker een bepaalde mate van autoriteit toe aan de artsen en arts-assistenten, door het voorzichtige taalgebruik dat bijvoorbeeld hanteren. Door deze voorzichtige formuleringen, stellen de overige disciplines zich ondergeschikt op aan de artsen en arts-assistenten, zeker als ze een verwijt formuleren in hun richting. Ook bepaalde (behandel)suggesties worden voorzichtig geformuleerd.

Tijdens de visite komt de verschuivende rol van de seniorverpleegkundige goed naar voren. De visite is in principe een gesprek tussen de arts-assistent en de seniorverpleegkundige. Hierbij is de arts-assistent in de eerste positie. Dit komt tot uitdrukking in het voeren en leiden van het gesprek met de verpleegkundigen. De arts-assistent initieert (vooral met vragen om informatie) en de verpleegkundige reageert met antwoorden. De verpleegkundige is dus steeds in een tweede positie, complementair reagerend op de initiatieven van de arts-assistent. Soms echter verschuift de dialoog naar een gesprek tussen de arts en de arts-assistent. De arts mengt zich op eigen initiatief of doordat de arts-assistent zich tot haar richt. Wanneer de arts-assistent bijvoorbeeld niet zeker is over bepaalde medische kwesties, wordt de arts ingeschakeld. De seniorverpleegkundige wordt dan overheerder en komt in de tweede positie. De arts doorbreekt hierdoor de sequentie van handelingen van het basispatroon van de visite. Hiermee vindt een verschuiving in de participatiestructuur plaats. De seniorverpleegkundige wordt in dat geval geacht niet te spreken en wordt alleen betrokken als er nog duidelijkheid moet zijn over een bepaalde patiënt. Desondanks blijkt de visite een asymmetrisch karakter te hebben. De asymmetrie in de verhouding tussen arts-assistent en seniorverpleegkundige kan soms namelijk omgedraaid worden, bijvoorbeeld wanneer de arts-assistent een klacht verweten wordt. Hier is tijdens de visite blijkbaar ruimte voor en deze ruimte wordt ook genomen. Er blijken dus wel voorkeuren, maar geen strikte normen te gelden wat betreft de kwestie wie in eerste en wie in tweede positie handelingen kan realiseren.

Het moge duidelijk zijn dat zowel tijdens de visite, het multidisciplinair overleg als het psychosociaal overleg naar voren komt hoe de regieverpleegkundige en de seniorverpleegkundige een bepaalde mate van autoriteit toekennen aan de artsen door het voorzichtige taalgebruik dat zij richting hen hanteren. Ook vragen worden voorzichtig gesteld. De artsen bevestigen op hun beurt hun dominante identiteit van adviesgever, door verklaringen en bevestigingen te geven en directieven te gebruiken daar waar ze de regie- en/of seniorverpleegkundigen aanmoedigen door te gaan met hun behandelplan of juist om aanpassingen te doen. Wanneer verpleegkundigen of maatschappelijk medewerkers een uitspraak van de arts willen weerleggen, blijken zij in sommige gevallen elkaar hierin te ondersteunen. Dit komt bijvoorbeeld naar voren tijdens het multidisciplinair overleg, wanneer de maatschappelijk medewerker en de regieverpleegkundige samen een weerwoord formuleren tegen een arts. Zij nemen hiermee de ruimte om adviezen van de arts te weerleggen en elkaar te ondersteunen in hun uitspraken en onderbouwingen. Deze factoren bieden inzicht in de machtsrelaties tussen de verschillende disciplines: in de verbale interactie staat de arts boven de overige disciplines. Ondanks deze machtsrelaties is er binnen het asymmetrische karakter van de visite ruimte voor verpleegkundigen om een klacht te formuleren jegens een arts.

Verder blijkt dat het voorkomen van bejegening een veel geobserveerde norm is in dit onderzoek. De bejegening is onder te brengen in het component 'key' van het Speaking-model. De in dit onderzoek geobserveerde bejegening betreft verschillende soorten van bejegening naar verschillende ontvangers. Allereerst is sprake van intercollegiale bejegening, dat zich vooral afspeelt op het niveau van de coöperativiteitsdimensie: collega's zijn gericht op hetzelfde doel in de interactie en zijn behulpzaam naar elkaar, vragen of ze kunnen helpen en verontschuldigen zich als ze een vervelend klusje moeten overdragen.

Ten tweede is bejegening van patiënten te onderscheiden. De bejegening van patiënten is vaak gericht op de verbondenheidsdimensie. Verpleegkundigen tonen zich over het algemeen solidair, vriendelijk en aardig ten opzichte van de patiënt. De patiënten worden benaderd met empathie en worden gecompimenteerd voor hun medewerking en goede gedrag. Hiermee geven de verpleegkundigen de patiënt het gevoel van het bestaan van een emotionele band tussen spreker en hoorder. Ook met hun houding creëren verpleegkundigen verbondenheid met de patiënt, door bijvoorbeeld naast de patiënt op bed te gaan zitten. Hiermee geven ze te kennen dat ze op gelijke voet staan met de patiënt en het kind serieus nemen.

De vriendelijke en begripvolle bejegening van de patiënt blijkt verder uit het betrekken van de kinderen bij de handelingen die op dat moment worden uitgevoerd. Dit gebeurt door het laten meespelen van attributen of eigenschappen van het kind. Dit dient er enerzijds voor om het kind bij de handelingen te betrekken en anderzijds ter afleiding van de eigenlijke handeling, zodat die adequaat uitgevoerd kan worden. Het creëren van afleiding kan tevens pijn en angst verminderen. Verder worden uit te voeren handelingen vooraf aangekondigd, zodat het kind weet waar hij aan toe is. Het is dan volledig duidelijk wat er gaat gebeuren en dat is prettig voor een kind, zeker in een setting als deze. In bepaalde gevallen maakt de verpleegkundige samen met de patiënt afspraken over het verloop van de verpleegkundige handelingen. Hierdoor geeft de seniorverpleegkundige de patiënt het gevoel dat hij de baas is over de situatie.

Ook het gebruik van eenvoudige taal in plaats van medische terminologie is typerend voor de bejegening van de patiënt. Verpleegkundigen passen hun taalgebruik aan zodat het aansluit op de belevingswereld van een kind. Dit is nodig, omdat het kind de patiënt is en contact met de patiënt legt de basis voor een zinvolle behandeling. Om contact te kunnen maken moeten zender en ontvanger op elkaar zijn afgestemd. De ontvanger (het kind) heeft door zijn leeftijd en ontwikkelingsniveau doorgaans een beperkte 'bandbreedte' en de seniorverpleegkundige past zijn/haar taalgebruik daarom aan op het niveau van de patiënt. Het aangepaste taalgebruik is echter niet alleen maar informatief, maar is tegelijkertijd bedoeld om de angst bij de patiënt te reduceren of het gevoel van veiligheid te vergroten. Juist vanwege de afhankelijkheidsrelatie die de patiënt met de verpleegkundige heeft, is het belangrijk dat de patiënt vriendelijk en begripvol bejegend wordt. De seniorverpleegkundige is in principe vriendelijk en gericht op het creëren van verbondenheid met de patiënt. Echter, wanneer een patiënt niet mee wil werken, komt de dominante positie van de seniorverpleegkundige tot uiting. Ze past haar toon dan aan op de situatie door niet in te gaan op de mogelijke negatieve aandacht die de patiënt vraagt. Opvallend is dat zij in deze gevallen haar communicatie níet inzet om de patiënt bij de verpleegkundige handelingen te betrekken, waar dat normaliter wél het geval is.

De derde vorm van bejegening betreft de bejegening van ouders. Deze krijgt vorm door de emotionele begeleiding van de seniorverpleegkundigen aan de ouders, waarbij begrip wordt getoond voor de situatie van de ouders. Hiermee wordt betrokkenheid gecreëerd tussen de beide partijen. Daarnaast informeren de hulpverleners de ouders over verpleegkundige zaken, stellen ze ouders gerust en laten ze merken dat ze voor hen klaar staan. Met deze handelingen brengen de seniorverpleegkundigen bejegening van de ouders tot stand op het niveau van de verbondenheidsdimensie.

Ten slotte blijkt de afwisseling van serieus naar minder serieus taalgebruik typerend voor tal van situaties. Bij diverse speech events blijkt de wisseling van toon een geldige norm te zijn; binnen de subcultuur is deze wisseling van scene in de interactie blijkbaar toegestaan. Ondanks de ernstige problematiek die tijdens de gesprekken aan de orde is, is er toch ruimte voor wat ontspannen uitingen. Bepaalde formuleringen worden grappig gevonden, omdat die normaal gesproken niet in een dergelijke context gebruikt worden. De afwisseling van serieus naar minder serieus taalgebruik is onder te brengen in het component 'scene' van het Speaking-model. Hymes (1977: 55) geeft aan dat dezelfde personen in een zelfde setting hun interactie opnieuw definiëren, zodat een verandering in de scene plaatsvindt. Kenmerkend is dat wanneer de toon is overgegaan op minder serieus, de regieverpleegkundige vaak degene is die de serieuze toon weer oppakt. Wellicht is dit te koppelen aan het feit dat de regieverpleegkundige ook degene is die bij veel speech events een structurerende rol heeft.



## Voorwoord

De afgelopen maanden hebben wij mogen ervaren wat er gebeurt binnen de afdeling Kinderoncologie/-cardiologie van het UMCG en met name hoe hier gecommuniceerd wordt. De afdeling kan zeker niet als standaard bestempeld worden en wij werden dan ook geconfronteerd met patiënten die hier voor ernstige aandoeningen worden behandeld. Voor ons een onbekende, confronterende, maar bovenal ook een boeiende wereld. Het heeft de basis gevormd van het onderzoek zoals dat in dit rapport beschreven is.

Deze scriptie had niet geschreven kunnen worden zonder de hulp en adviezen van een aantal personen. Daarom willen wij nu graag de gelegenheid nemen om deze mensen te bedanken. Een eerste dankwoord willen we richten tot dr. Jan Berenst, onze scriptiebegeleider vanuit de faculteit der Letteren. Dankzij zijn gedegen begeleiding en zijn motiverende adviezen is deze scriptie geworden zoals hij nu voor u ligt.

Een dankwoord gaat uit naar prof. dr. Harry van de Wiel voor het formuleren van de probleemstelling. Dit heeft ertoe geleid dat wij een afstudeermogelijkheid hadden in een boeiende organisatie waar we veel geleerd hebben.

Daarnaast willen wij dr. Erwin Geerts bedanken voor zijn bijdrage aan het onderzoeksprotocol en zijn begeleiding tijdens het tot stand komen van dit onderzoek. Dankzij hem hebben we een goede vertaalslag kunnen leggen van de communicatiewetenschap naar de medische praktijk. Ook bij de interventie tussen verschillende partijen in het UCMG is hij van grote hulp geweest.

Een groot dankwoord gaat uit naar Ineke Smid voor haar hulp en kritische oog op ons onderzoeksprotocol en alle medewerkers van de afdeling M2VA die bereid waren ons inzicht te geven in hun dagelijkse praktijken. In het begin was dit wennen voor beide partijen, maar al snel waren 'de dames van de communicatie' een begrip op de afdeling en hebben wij er met veel plezier een aantal weken doorgebracht!

Tot slot willen we elkaar bedanken voor een leerzame periode waarin onze motivatie heeft geleid tot een goede samenwerking met deze masterscriptie als eindresultaat.

Janneke Drok & Rian Marsman

Groningen, februari 2008



---

# Inhoudsopgave

<b>1. Inleiding</b>	<b>17</b>
1.1 Aanleiding tot het onderzoek	17
1.2 Doel van het onderzoek	18
1.3 Aanpak van het onderzoek	18
1.4 Opbouw van de scriptie	19
<b>2. Theoretisch kader</b>	<b>20</b>
2.1 Het belang van communicatie in de gezondheidszorg	20
2.2 Gesprekstypen volgens de medisch prescriptieve literatuur	23
2.2.1 Gespreksdoelen	23
2.2.2 Het anamnesegebesprek	24
2.2.3 Het gesprek tijdens het lichamelijk onderzoek	24
2.2.4 Het adviesgesprek	25
2.2.5 Het counselinggesprek	25
2.2.6 Het voorlichtingsgesprek	26
2.2.7 Het beoordelingsgesprek	27
2.2.8 Het slecht-nieuwsgesprek	27
2.3 Benaderingswijzen binnen discourse analyse	27
2.4 Etnografie van de communicatie	29
2.4.1 Oorsprong van de etnografie van de communicatie	29
2.4.2 Etnografische benadering in subculturen	29
2.4.3 Focus binnen de etnografie van de communicatie	30
2.4.4 Communities of practice	31
2.4.5 Kernvraag binnen de etnografie van de communicatie	32
2.5 Eerder etnografisch onderzoek in een medische setting	33
2.6 Niveaus om taalgebruik te onderzoeken	34
2.6.1 Speech situation	35
2.6.2 Speech event	35
2.6.3 Speech act	35
2.7 Componenten van communicatieve situaties	36
2.7.1 Uitwerking Speaking-model	37
<b>3. Methode</b>	<b>40</b>
3.1 Onderzoeksvragen	40
3.2 Type onderzoek	40
3.2.1 Onderzoek naar etnografie van de communicatie	41
3.2.2 Veldonderzoek door middel van participerende observatie	42
3.2.3 Betrouwbaarheid	43
3.2.4 Validiteit	43
3.2.5 Medisch ethische kwesties	44

---

<b>3.3</b>	<b>Onderzoeksgroep</b>	<b>44</b>
3.3.1	De Beatrix Kinderkliniek, afdeling Oncologie/Cardiologie	44
3.3.2	De Regieverpleegkundige	46
3.3.3	De Seniorverpleegkundige	46
<b>3.4</b>	<b>Observatieprocedure</b>	<b>47</b>
3.4.1	Vooronderzoek	47
3.4.2	Dataverzameling, -bewerking en -analyse	47
3.4.3	Dataregistratie	52
<b>4.</b>	<b>Analyse communicatieve situaties</b>	<b>54</b>
<b>4.1</b>	<b>Overzicht communicatieve situaties regie- en seniorverpleegkundige</b>	<b>54</b>
<b>4.2</b>	<b>Analyse speech events</b>	<b>56</b>
4.2.1	Verpleegkundige overdracht	56
4.2.2	Overleg	67
4.2.3	Visite	70
4.2.4	Evaluatie	78
4.2.5	Multidisciplinair overleg	82
4.2.6.	Psychosociaal overleg	90
4.2.7	Patiëntencontact	93
<b>4.3</b>	<b>Bijzondere aspecten in de speech events</b>	<b>96</b>
4.3.1	Bejegening	96
4.3.2	Afwisseling van serieus naar minder serieus taalgebruik	101
4.3.3	Samenvatting	103
<b>5.</b>	<b>Conclusie, discussie en aanbevelingen</b>	<b>105</b>
<b>5.1</b>	<b>Conclusie</b>	<b>105</b>
<b>5.2</b>	<b>Discussie</b>	<b>109</b>
<b>5.3</b>	<b>Aanbevelingen voor vervolgonderzoek</b>	<b>110</b>
	<b>Begrippenlijst</b>	<b>111</b>
	<b>Literatuur</b>	<b>113</b>



# 1. Inleiding

*“Communicatie is geen wondermiddel voor alle kwalen, maar wel een onmisbaar element bij het herkennen, bespreken en oplossen van problemen.”*

(Janssen in: Soonius, 2001: 45)

## 1.1 Aanleiding tot het onderzoek

Binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) wordt aandacht besteed aan competentiegericht leren. Een competentie kan gedefinieerd worden als een set van vaardigheden, kennis, persoonlijkheidskenmerken en gedragingen. De zes competenties die binnen het UMCG gehanteerd worden, zijn: samenwerking, communicatie, maatschappelijke verantwoordelijkheid, organisatie, professionaliteit en kennis ontwikkelen en delen.

De aandacht voor de competentie ‘communicatie’ is de laatste jaren gegroeid. De gezondheidszorg is namelijk een sector waarin communicatie een essentieel onderdeel is, omdat het de basis vormt van de samenwerking tussen arts en patiënt, arts en familie van de patiënt, medici in het algemeen en andere ondersteunende diensten in de gezondheidszorg, zoals receptionisten (Macdonald, 2004: 2).

Uit de resultaten van de Kernvragenlijst Patiënttevredenheid Academische Ziekenhuizen (KPAZ 2005, in: Smid & Van de Wiel, 2006) is een gebrek aan klanttevredenheid geconstateerd in de Beatrix Kinderkliniek. De ouders van de kinderen blijken niet tevreden over de manier waarop zij geïnformeerd worden, over de dossierinhoud en de nazorg. Ook ervaren de ouders dat de communicatie tussen de medewerkers onvoldoende is, waardoor deze onvakkundig overkomen. Uit onderzoek van Roter (1989) is gebleken dat deze factoren kunnen leiden tot een verminderde therapietrouw. Daarom is in het ‘Plan van aanpak 2006-2007, ter verbetering van de klanttevredenheid in de Beatrix Kinderkliniek’ (Smid en Van de Wiel, 2006) besloten tot de noodzaak van een kliniekbrede aanpak ter verbetering van de communicatie.



Figuur 1: competenties in het UMCG.

Om te kunnen beoordelen wat er binnen de communicatie verbeterd moet worden, wil de kliniek weten hoe de situatie op dit moment is. Om die beoordeling te geven, is gevraagd om een systematisch overzicht van de huidige communicatieve situaties binnen de afdeling. In dat kader wordt dit onderzoek uitgevoerd. Het onderzoek richt zich op een beschrijving van de communicatieve situaties waar hulpverleners tijdens hun werk mee te maken krijgen. Daarbij staan de regieverpleegkundigen en seniorverpleegkundigen centraal. Voor hen is gekozen, omdat zij te maken hebben met veel verschillende communicatieve situaties. Regieverpleegkundigen komen in aanraking met artsen, collega-verpleegkundigen, diëtisten, onderwijzers, pedagogisch medewerkers en secretaresses. Regieverpleegkundigen vormen daarmee de spil van de afdeling. De seniorverpleegkundigen worden meegenomen in dit onderzoek, omdat zij, in tegenstelling tot de regieverpleegkundigen, contact hebben met patiënten en ouders van patiënten. Onderzoek naar de veelzijdigheid in de interacties van deze sleutelfiguren zal waarschijnlijk een compleet beeld geven van de verschillende communicatieve situaties zoals die voorkomen binnen de afdeling.

---

Vanuit zowel praktische als strategische overwegingen start het onderzoek met één specialisme: Oncologie/Cardiologie. Binnen de afdeling Oncologie/Cardiologie hebben patiënten vaak langlopende en intensieve contacten met de kliniek en polikliniek. Veelal gaat het om patiënten die verkeren in levensbedreigende en risicovolle situaties. Bij deze groep patiënten, en ook de ouders, is een goed functionerend informatiesysteem, behandeldoorlooptijd en bejegening noodzakelijk. Deze is namelijk van invloed op het vertrouwen van zowel de patiënt als de ouders, die noodzakelijk is tijdens de behandeling.

Onderzocht zal worden in welke communicatieve situaties regieverpleegkundigen en seniorverpleegkundigen tijdens hun werk terechtkomen en hoe die situaties beschreven kunnen worden. De vraagstelling die centraal staat, luidt als volgt:

*Wat kenmerkt de verschillende communicatieve situaties van regieverpleegkundigen en seniorverpleegkundigen op de afdeling Oncologie/Cardiologie van de Beatrix Kinderkliniek van het UMCG?*

## **1.2 Doel van het onderzoek**

Dit onderzoek heeft als doel een beschrijving te geven van de kenmerken van communicatieve situaties rondom de regieverpleegkundige en de seniorverpleegkundige op de afdeling Oncologie/Cardiologie van de Beatrix Kinderkliniek van het UMCG. De resultaten van dit onderzoek kunnen inzicht bieden in mogelijke verbeterpunten op het gebied van de communicatie op de Beatrix Kinderkliniek. Dit kan de klanttevredenheid op de Kinderkliniek en op andere afdelingen in het UMCG ten goede komen. Ook kunnen de resultaten meegenomen worden in de communicatietrainingen die gegeven worden aan regieverpleegkundigen, artsen in opleiding, verpleegkundigen, secretaresses, enzovoorts. Ten Cate (2005) geeft aan dat communicatietraining een belangrijk onderdeel is binnen de specialistenopleiding:

Het oordeel van patiënten over de ontvangen zorg wordt sterk bepaald door de communicatie met de arts, en de kwaliteit van zorg kan alleen optimaal zijn als goed met patiënten en familie kan worden overlegd. Gesprekken tijdens het poliklinische spreekuur, het omgaan met de veeleisende patiënt of familie, het omgaan met eigen onwetendheid, het slecht-nieuwsgesprek, het vragen van toestemming voor obductie van weefsel- of orgaandonatie, het beoordelingsgesprek van anderen of van jezelf, het omgaan met een conflict met collegae en het geven van positieve en negatieve feedback zijn onderwerpen waarin een goede communicatievaardigheid een grote rol speelt.

(Ten Cate, 2005: 181)

## **1.3 Aanpak van het onderzoek**

Het onderzoek zoals dat uitgevoerd wordt, is beschrijvend van aard. Het gaat uit van de etnografie van de communicatie. In hun boek 'Taal in actie' beschrijven Houtkoop en Koole (2000: 95) de etnografie van communicatie als een benadering van verbale communicatie, die zijn basis heeft in de linguïstiek en de culturele antropologie. Verschillende culturen en subculturen hebben hun eigen taalgebruik. Ook het UMCG en haar subafdelingen kunnen gezien worden als subculturen met hun eigen taalgebruik. In dit onderzoek naar etnografie van de communicatie wordt gekeken op welke manier zowel vorm als inhoud van de communicatie gerelateerd zijn aan contextuele factoren van de communicatie. De meest voorkomende methode om etnografische data te verzamelen in een cultureel domein is via participerende observatie (Saville-Troike, 2003: 3). Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag, wordt het onderzoek daarom ingericht in de vorm van een participerende observatie.

Bij participerende observatie probeert de participerende observeerder communicatieve regelmatigheid te identificeren door interacties te observeren waarvan hij of zij deelnemer is (Shimanoff, 1980: 179). Het is een onderzoeksmethode waarbij de onderzoeker het onderzoeksveld, in dit geval de afdeling Oncologie/Cardiologie van de Beatrix Kinderkliniek, zo 'open' mogelijk probeert te benaderen. Dit betekent dat de onderzoekers nog geen duidelijk uitgewerkte theoretische begrippen of hypothesen hanteren, maar open staan voor alle, al dan niet opvallende verschijnselen (Francke, 1990: 76).

---

## 1.4 Opbouw van de scriptie

Deze scriptie is opgebouwd uit twee delen: deel A en deel B. Deel A bestaat uit een aantal onderdelen, te beginnen met hoofdstuk twee. Dit hoofdstuk geeft het theoretisch kader weer. Hierin worden theorieën aangehaald met betrekking tot de communicatie in de gezondheidszorg en eerder onderzoek op dit gebied. Ook wordt een aantal gespreksvormen in kaart gebracht zoals die in de medisch prescriptieve literatuur worden onderscheiden. Vervolgens wordt een benaderingswijze van communicatie besproken: discourse analyse. De verschillende manieren om taal te analyseren binnen discourse analyse worden toegelicht. Dit leidt tot een beschrijving van de etnografie van de communicatie. Binnen de etnografie van de communicatie is het Speaking-model (Hymes, 1977) een veelgebruikt hulpmiddel om talige interactie in kaart te brengen. Dit model wordt nader toegelicht en vormt een aanloop naar hoofdstuk drie, waarin de methode van het onderzoek wordt besproken. Hoofdstuk drie bevat een viertal deelvragen en gaat dieper in op het type onderzoek. Ook wordt een beschrijving gegeven van de onderzoeksgroep en de manier waarop de data verworven zijn. Ten slotte wordt het observatieschema geoperationaliseerd. De analyse van de communicatieve situaties is opgenomen in hoofdstuk vier. In hoofdstuk vijf worden conclusies getrokken met betrekking tot het onderzoek, er volgt een discussie en aanbevelingen voor eventueel vervolgonderzoek. Voor een overzicht van de gebruikte (medische) termen wordt verwezen naar de begrippenlijst. De gebruikte literatuur kan worden geraadpleegd in de literatuurlijst.

Deel B behelst alle bijlagen behorend bij deze scriptie. In bijlage I zijn de uitwerkingen van het Speaking-model opgenomen. In bijlage II worden bijzondere aspecten in de communicatieve situaties genoemd. Bijlage III behelst de transcripten van een aantal gesprekken. In bijlage IV zijn de observatienotities van Janneke weergegeven, bijlage V bevat de observatienotities van Rian. In bijlage VI, ten slotte, is het onderzoeksprotocol opgenomen zoals dat voor de Raad van Bestuur van de Beatrix Kinderkliniek is geschreven.

---

## 2. Theoretisch kader

*“Alle gedrag, met en zonder woorden, in aanwezigheid van een ander mens, van wie men zich bewust is, is communicatie.”*

(Oomkes, 2000: 17)

Het theoretisch kader is opgebouwd langs twee lijnen. De eerste lijn begint in paragraaf 2.1 en beschrijft wat uit eerder onderzoek bekend is over communicatie in de gezondheidszorg. In paragraaf 2.2 staat het prescriptieve onderzoek centraal, gebaseerd op sociaal psychologisch onderzoek. In deze paragraaf wordt aangegeven hoe hulpverleners communicatief zouden moeten handelen tijdens voorlichting en gespreksvoering.

De tweede lijn beslaat het methodische gedeelte van deze scriptie. Hieronder valt discourse analyse, een benaderingswijze om taalgebruik te analyseren. De verschillende benaderingswijzen binnen discourse analyse worden toegelicht in paragraaf 2.3. Dit mondt in paragraaf 2.4 uit in een beschrijving van de etnografie van de communicatie: het kader waarbinnen dit onderzoek geschreven is. In paragraaf 2.5 wordt kort iets verteld over eerder etnografisch onderzoek in een medische setting. Paragraaf 2.6 en 2.7 behandelen een werkwijze om gesproken taal te analyseren en vormen daarmee een aanloop naar de methode in hoofdstuk drie.

### 2.1 Het belang van communicatie in de gezondheidszorg

Binnen de Beatrix Kinderkliniek is een gebrek aan tevredenheid geconstateerd bij de patiënten en hun ouders (Smid en Van de Wiel, 2006). Uit onderzoek van Roter (1989) is gebleken dat de informatieverstrekking van hulpverleners significant gerelateerd is aan patiënttevredenheid. Naar aanleiding van onderzoek door Smith e.a. (1981) blijkt ook dat de hoeveelheid informatie die een arts geeft, én de tijd die hij/zij voor de patiënt vrijmaakt tijdens de behandeling, positief geassocieerd worden met patiënttevredenheid.

Communicatie neemt een belangrijke plaats in binnen de gezondheidszorg. Roter en Hall (1992) zeggen dat ‘... talk is the main ingredient in medical care and it is the fundamental instrument by which the doctor-patient relationship is crafted and by which therapeutic goals are achieved’. Ook Macdonald (2004) kent een belangrijke rol toe aan communicatie in de gezondheidszorg. Volgens haar is communicatie tussen patiënten en medisch personeel belangrijk vanaf de eerste ontmoeting, omdat het de basis vormt voor toekomstige afspraken. Het zet de toon voor de toekomstige relatie, niet alleen met de arts als individu, maar ook tussen medici in het geheel, andere medewerkers in de gezondheidszorg en de familie van de patiënt.

Macdonald stelt verder dat conversaties over gezondheidszorg allereerst patiëntgericht moeten zijn: de focus is de individuele patiënt. Een professional moet zich bewust zijn van het feit dat zonder de patiënt, alle trainingen, moeite en expertise geen betekenis hebben. Communicatie is vanaf het begin essentieel. Niet alleen om een goede verstandhouding te creëren, maar ook om de schadelijke effecten van onvoldoende communicatie te voorkomen. Onbevredigende gesprekken kunnen leiden tot negatieve resultaten, voor zowel de patiënt als de arts (Macdonald, 2004: 1-2). Zoals Macdonald aangeeft, vormt communicatie de basis voor de relatie tussen hulpverleners en de patiënt en diens familie. In de communicatiewetenschap heersen verschillende opvattingen over hoe een goede interpersoonlijke relatie in de medische setting gedefinieerd moet worden. Sommige auteurs verstaan onder deze relatie een sociale relatie, waarvan goede manieren een belangrijk onderdeel vormen. Benodigde ingrediënten hiervoor zijn: lachen of grapjes maken, complimenten geven aan de patiënt, interesse tonen, vriendelijk zijn, een niet-veroordelende houding aannemen, enzovoorts (Ong e.a., 1995: 904).

---

Auteurs met een meer klinische of psychotherapeutische achtergrond zien het belang van een goede dokter-patiëntrelatie bevestigd in de kwaliteit van de therapie. Veel van hun opvattingen zijn gebaseerd op de klantgerichte theorie van Carl Rogers. Hij onderscheidt een aantal basisvoorwaarden die cruciaal zijn voor het slagen van een therapie: empathie, respect, oprechtheid, onvoorwaardelijke acceptatie en warmte. Vooral het tonen van empathie wordt als zeer belangrijk beschouwd. Een empathische medische relatie bestaat uit inspelen op gevoelens, aanmoedigen, parafraseren en reflecteren, non-verbaal gedrag, gebruik maken van stiltes, luisteren naar wat de patiënt te zeggen heeft, maar ook luisteren naar wat hij niet kan zeggen (Ong e.a., 1995: 904).

Onderzoek van Blanchard e.a. (1983, 1986) geeft aan dat het gebruik van de voornamen van de patiënt, het creëren van privacy tijdens lichamelijk onderzoek, het routinematig gebruik maken van sociale vaardigheden (bijvoorbeeld gaan zitten wanneer de arts tegen een patiënt praat) en het kenbaar maken van vervolgonderzoek of -behandeling allemaal een positief effect hebben op de patiënttevredenheid. Communicatie speelt hierbij een grote rol. Volgens Donabedian (1972, 1980) beoordelen patiënten hun verzorging in het ziekenhuis op basis van hun evaluatie van interpersoonlijke processen zoals communicatie, bejegening, het geven van informatie en de vriendelijkheid van het personeel.

Philipsen (1988: 15) zegt dat bejegening in de gezondheidszorg zich binnen betrekkelijk nauwe grenzen afspeelt. Ontmoetingen in de zorg behoren tot wat Goffman (1967) 'facework' heeft genoemd. Daarbij heeft het gedrag de functie om de positieve beeldvorming van de verschillende deelnemers aan een ontmoeting te bevestigen. Berenst (1994: 128) spreekt in zijn boek 'Relationeel taalgebruik' over twee typen karakterisering van interactionele bejegeningstrategieën. In de eerste plaats zijn er de unilaterale karakterisering in termen van de houding van een individu ten opzichte van de ander in het interactieproces. Denk hierbij aan aanduidingen als vriendelijk, tegemoetkomend en hautain. Het betreft hier geen tweezijdige verhouding, maar een relationele intentie van één van de betrokkenen die wel of niet door de ander geaccepteerd kan worden. In de tweede plaats zijn er bilaterale karakterisering. Hierbij wordt de verhouding als een geheel onder de aandacht gebracht en wordt de onderlinge betrekking getypeerd. Dergelijke verhoudingen zijn symmetrisch. Denk hierbij aan gelijkwaardig, wederkerig en onderling verbonden. De twee bejegeningstrategieën zijn met elkaar verbonden, maar vloeien niet uit elkaar voort. De unilaterale typering hebben betrekking op de intentie, de bilaterale op de uitkomst van de interactie.

Er zijn drie dimensies die voor de constituering van een relatie bepalend zijn (Berenst, 1994: 135):

- verbondenheid;
- coöperativiteit;
- dominantie.

### **Verbondenheid**

Het concept verbondenheid heeft betrekking op de mate waarin de spreker zich aardig, prettig, open, vriendelijk, liefdevol etc. ten opzichte van de hoorder toont. De verbondenheid die mensen ten opzichte van een ander voelen, blijkt in sterke mate af te hangen van de mate van overeenkomst die ze ten opzichte van een ander waarnemen. Het concept verbondenheid wordt in de pragmatiek en sociolinguïstiek ook wel aangetroffen onder de naam 'solidariteit'. Hiermee wordt dan bedoeld op de mate van groepsverbondenheid die mensen voelen (of tot uitdrukking brengen) met de ander (Berenst 1994, 136-137). De mate van solidariteit tussen spreker en hoorder, zoals die in een bepaalde cultuur wordt ervaren, bleek – overigens in samenhang met de machtsverhouding - verklarend voor de variatie in het gebruik van de 'gemeenzame' of de 'afstandelijke' aanspreekvormen (Brown en Gilman, 1960 in: Berenst, 1994: 136-137).

---

Met betrekking tot het concept verbondenheid onderscheidt Berenst (1994: 147) de volgende cognitieve, affectieve en conatieve componenten:

- het besef van gezamenlijkheid met de ander;
- het gevoel van een emotionele band;
- een bereidheid zich aan te passen aan de ander.

Deze componenten kunnen gerealiseerd worden door het gebruik van meta-communicatieve uitdrukkingen. Handelingen die uitdrukken dat de spreker iets gezamenlijks heeft met de hoorder, zijn bijvoorbeeld instemmen, bijvallen, meegaan en bevestigen. Tegenpolen hiervan zijn bijvoorbeeld afhaken, bestrijden en niet instemmen met. Het presupponeren van gezamenlijkheid kan ook gerealiseerd worden door uitdrukkingen als adviseren, dreigen en beloven. Daarnaast kan emotionele betrokkenheid bij de hoorder uitgedrukt worden door iemand te bewonderen, aardig te vinden, et cetera. Het gaat daarbij om performatieve handelingsaanduidingen als complimenteren, prijzen en respect betuigen.

Ten slotte zijn er mogelijkheden voor een spreker om zich al dan niet aan te passen aan de gesprekspartner wat betreft paralinguïstische aspecten en wat betreft accent- en stijlkeuze, om daarmee verbondenheid dan wel distantie ten opzichte van die gesprekspartner aan te duiden (Berenst, 1994: 148-150, 172).

### **Coöperativiteit**

Met het concept coöperativiteit wordt bedoeld op de mate waarin deelnemers georiënteerd zijn op dezelfde doelstellingen in hun interactie. Een spreker die iets meedeelt bijvoorbeeld, geeft aan dat hij de ander iets wil laten weten. Met betrekking tot arts-patiëntcommunicatie is beweerd dat er geen sprake is van een oriëntatie op het coöperativiteitsbeginsel bij de betrokkenen (Heath, 1979 in: Berenst, 1994: 137). De mate van coöperativiteit ten opzichte van specifieke doelen in deze setting kan variëren of als wisselend worden ervaren.

Alle spreekhandelingen die in gesprekssituaties een bepaalde respons typeren, zijn relevant met betrekking tot de coöperativiteitsdimensie. Denk hierbij aan spreekhandelingen als antwoorden, instemmen, accepteren, verontschuldigen, rechtvaardigen, bedanken, betwisten, afwijzen, et cetera. Dergelijke spreekhandelingen maken deel uit van accepterende of afwijzende responsen en drukken op basis daarvan dus een meer of mindere coöperatieve houding uit.

Het gedrag dat niet coöperatief is, kan in de eerste plaats gekarakteriseerd worden als competitief. Dat houdt in dat beide deelnemers niet op een gezamenlijk doel gericht zijn, maar dat zij hun eigen, niet te verenigen doelen nastreven. In feite ligt er dan een conflict ten grondslag aan de interactie met betrekking tot een gewenst resultaat.

Een belangrijk punt met betrekking tot het voorgaande is dat veel non-coöperatief taalgedrag geen agressief karakter heeft in de alledaagse betekenis van het woord, zelfs niet in ruzies. Het model geeft alleen aan dat het relationele gedrag niet voluit als coöperatief kan worden beschouwd, dat er een beweging richting de agressiviteitspool waar te nemen valt en dat er bij een escalatie van de verhouding op deze dimensie ook agressief taalgedrag is (Berenst, 1994: 137-138).

### **Dominantie**

Dominantie is de basis voor en inschatting van de aard van de relatie in termen van symmetrie of asymmetrie. Wanneer een deelnemer als 'dominant' beschreven kan worden betekent dit automatisch dat de ander 'onderworpen' is. Er bestaan verschillende soorten dominantie, elk met een andere interactionele consequentie, zoals macht en gezag. Meta-communicatieve formuleringen met betrekking tot de dimensie dominantie bestaan uit spreekhandelingen die in ieder geval op de Appèl-dimensie betrekking hebben; een spreker wenst er invloed mee uit te oefenen op het toekomstig gedrag van de hoorder. Ze behoren tot de categorie die door Searle (1975) als directieven worden aangeduid. Denk hierbij aan spreekhandelingen als bevelen, opdragen, adviseren en toestemming verlenen, die als

---

preconditie hebben dat de spreker in een bepaald opzicht en in een bepaalde mate dominant is ten opzichte van de hoorder (Berenst, 1994: 178).

Voor de dimensie dominantie geldt dat er een samenhang bestaat met de andere relationele dimensies. Zo kan het voorkomen dat vanuit een bepaalde institutioneel dominante rol een bepaalde mate van verbondenheid gecreëerd wordt, al dan niet in combinatie met dominant taalgedrag (Berenst, 1994: 138-139).

Naast bovengenoemde aspecten is ook schriftelijke communicatie van belang in de gezondheidszorg. Spradlin en Porterfield (1980: 190) geven aan dat het belangrijk is om tussen stafmedewerkers onderling informatie te delen en uit te wisselen. Het delen van gegevens is daarnaast belangrijk voor het opbouwen van verslaglegging en vertrouwen tussen een medisch team en een patiënt. Elke onenigheid onder de leden van een medisch team die verder niet besproken wordt, zal waarschijnlijk resulteren in een ontevreden sfeer. Dit zal de patiëntenzorg beïnvloeden en kan zelfs resulteren in een negatieve therapietrouw: de mate waarin een patiënt zich houdt aan adviezen ter bevordering van zijn of haar herstel (Wouda e.a., 2000: 277).

## **2.2 Gesprekstypen volgens de medisch prescriptieve literatuur**

Deze paragraaf beslaat het sociaal wetenschappelijke onderzoek binnen communicatie in de gezondheidszorg. Deze tak van onderzoek wordt ook wel de medisch prescriptieve literatuur genoemd. Binnen deze literatuur wordt een aantal gesprekstypen onderscheiden zoals die in de medische setting voorkomen. De verschillende gesprekstypen hebben verschillende gespreksdoelen. Deze doelen worden nu uiteengezet.

### **2.2.1 Gespreksdoelen**

Gesprekken onderscheiden zich van elkaar doordat ze verschillende doelstellingen hebben en doordat de gespreksleider diverse interventies doet. De doelstelling en de interventie bepalen de vorm van het gesprek, aldus Soonius (2001: 45). Hij geeft enkele voorbeelden van doelstellingen en interventies:

#### *Doelstellingen:*

- het inwinnen van informatie;
- het geven van raad;
- iemand stimuleren zelf zijn probleem op te lossen;
- het bespreekbaar maken van ervaringen;
- het geven van informatie;
- iemand beoordelen.

#### *Interventies:*

- het al dan niet stellen van vragen;
- het al dan niet aansnijden van nieuwe onderwerpen;
- het al dan niet geven van informatie;
- het al dan niet geven van raad;
- het al dan niet geven van een waardeoordeel.

De keuze van de interventies door de gespreksleider zullen beïnvloed worden door de doelstelling van het gesprek. De praktijk wijst uit dat in een gesprek vaak meerdere doelstellingen of interventies naar voren komen.

---

In zijn boek 'Communicatie in de gezondheidszorg' beschrijft Soonius (2001: 45) een aantal gespreksvormen die in de opvang en begeleiding van patiënten aan de orde komen. Ook Wouda e.a. (2000) geven hier een systematisch overzicht van. In de volgende paragrafen worden deze gespreksvormen toegelicht met behulp van beide bronnen uit de medische literatuur.

### **2.2.2 Het anamnesegebesprek**

Onder het anamnesegebesprek wordt een probleemverhelderend gesprek verstaan. Het Griekse woord 'anamnēsis' betekent herinnering; voorgeschiedenis van de aandoening. Het anamnesegebesprek is nodig om een goede diagnose te kunnen stellen (Soonius, 2001: 58). Wouda e.a. (2000: 131) vullen aan dat het gaat om de sensitiviteit en specificiteit van het hele verhaal van de patiënt. De diagnose vindt plaats op basis van afzonderlijke klachten en symptomen in combinatie met contextgegevens.

Wouda e.a. (2000: 134) maken een onderscheid tussen een speciale en een algemene anamnese. De speciale anamnese ontwikkelt zich in een cyclisch verlopend denk- en interactieproces: eerst wordt al explorerend informatie verkregen over de hoofdklacht van de patiënt. De patiënt is in deze fase voornamelijk aan het woord. De arts gaat vervolgens systematisch aan de slag om eventuele andere aspecten van de klacht boven water te krijgen. De volgende aandachtspunten zijn hierbij van belang: de aard van de klacht, plaats en ernst van de klacht, nevenverschijnselen, tijdsverloop, invloeden en situaties, eigen ideeën en therapie die er tot nu toe is geweest om de klacht te verminderen.

De algemene anamnese volgt op de speciale anamnese en is bedoeld om eventuele afwijkingen en bijzonderheden over de gezondheid te vinden, die in de speciale anamnese niet naar voren zijn gekomen. Daarnaast levert de algemene anamnese een beeld op van de algemene gezondheid van de patiënt. Onderwerpen die aan bod komen zijn bijvoorbeeld: persoonlijke gegevens, ziekten in het verleden, familieanamnese en anamnese van de afzonderlijke orgaanstelsels.

### **2.2.3 Het gesprek tijdens het lichamelijk onderzoek**

Wouda e.a. (2000: 160) geven aan dat na het anamnesegebesprek bijna altijd een lichamelijk onderzoek volgt. Deze overgang kent een voorlopige afsluiting van het gesprek, dat na het onderzoek weer wordt voortgezet. Tijdens deze afsluiting moet de patiënt de gelegenheid krijgen om vragen te stellen. Voor de arts is het aan te raden om alvast enkele bevindingen aan de patiënt door te geven. Voor zover mogelijk kunnen rustgevend opmerkingen gemaakt worden. Tijdens het lichamelijk onderzoek zal de patiënt dan meer ontspannen zijn.

Tijdens het lichamelijk onderzoek komt de arts in een zeer persoonlijke zone van de patiënt. Het kan zijn dat de lichamelijke aanraking emoties oplevert bij de patiënt. Wouda e.a. (2000: 161) bieden enkele praktische aanwijzingen voor het contact tijdens het lichamelijk onderzoek.

Ten eerste kan procedureel houvast geboden worden. Dit gebeurt door vooraf een korte uitleg te geven over welke delen van het lichaam onderzocht worden en welke delen de patiënt dient te ontbloten. Daarnaast kan per onderdeel in het onderzoek aangekondigd worden wat er gaat gebeuren en wat de patiënt daarvan mogelijk ervaart. Er kunnen waarschuwingen worden gegeven over dingen die onprettig kunnen aanvoelen, en aanwijzingen over de manier waarop een patiënt deze zo ontspannen mogelijk kan ondergaan. Per onderdeel van het onderzoek kan aangegeven worden hoe de patiënt zich dient te gedragen. Ook kan houvast geboden worden door vooral positieve feedback te geven aan de patiënt over zijn gedrag: 'Prima, zo kan ik het goed zien'. Indien nodig kan corrigerende feedback worden gegeven. Tot slot wordt het onderzoek duidelijk afgesloten, onder andere door aan te geven dat de patiënt zich weer kan aankleden en aan te geven dat er daarna gepraat wordt over de bevindingen.

Ten tweede kan relationeel houvast geboden worden. Dit gebeurt door het onderzoek doeltreffend en efficiënt uit te voeren met zo min mogelijk belasting voor de patiënt. Daarnaast kan begrip getoond worden en rekening gehouden worden met eventuele angst, schaamte en onzekerheid van de patiënt.



---

Ook kan houvast geboden worden door tijdens het onderzoek contact te houden met de patiënt. Wouda e.a. (2000: 162) geven aan dat na het lichamelijk onderzoek het gesprek met de patiënt wordt voortgezet. Het verdere beleid wordt vervolgens met de patiënt besproken. Een dergelijk gesprek bevat uitleg en is te karakteriseren als een adviesgesprek.

#### **2.2.4 Het adviesgesprek**

Wanneer een diagnose is gesteld gaat het anamnese-gesprek over in een adviesgesprek. In het algemeen, zo geeft Soonius (2001: 67) aan, komen adviezen in de medische en verpleegkundige situatie neer op het gebruik van medicijnen (met gebruiksaanwijzing) en leefregels (dieet, niet belasten). Het is belangrijk om dergelijke adviezen helder te formuleren, maar ook om ze overtuigend en stimulerend aan de patiënt over te brengen. De kernpunten van een advies zijn: wat houdt het advies in, wat moet de patiënt doen of juist nalaten, waarom moet de patiënt het zo doen als geadviseerd wordt, wat helpt de patiënt om het advies zo goed mogelijk op te volgen en wat kan de patiënt verwacht als het advies wordt opgevolgd (Wouda e.a., 2000: 284)? De kwaliteit van adviseren is van invloed op de therapietrouw (Wouda e.a., 2000: 277).

Gerards (in: Soonius, 2001: 67) geeft een aantal adviesvaardigheden om de therapietrouw te vergroten. Zo kan een arts de informatie overzichtelijk overbrengen, bijvoorbeeld door dit op te schrijven of een folder aan te bieden. Hij kan de informatie doseren. Daarnaast kan hij de aandacht trekken (shockeren, door te wijzen op negatieve gevolgen, bijvoorbeeld: 'Als je wilt dat je been eraf gaat, moet je vooral zo doorgaan!'; verrassen, bijvoorbeeld: 'Je mag deze brief pas lezen als je thuis bent'). Tot slot kan een arts controleren of de informatie begrepen wordt en of de patiënt achter de behandeling staat. Wanneer een patiënt voor controle komt, kan worden nagegaan of de voorschriften daadwerkelijk worden nageleefd. Dit is namelijk lang niet altijd het geval. De navraag is ook om een andere reden belangrijk; de arts kan hiermee nagaan of de behandeling enig effect heeft.

#### **2.2.5 Het counseling-gesprek**

Het counseling-gesprek is net als het anamnese- en adviesgesprek een hulpverleningsgesprek. Het Latijnse woord 'consillor' betekent 1) beraadslagen, overleggen en 2) raad geven. In dit geval gaat het vooral om de eerste betekenis. Het verschil met de voorgaande gesprekken is dat de hulpverlener de hulpvrager in eerste instantie stimuleert zijn eigen vraag te beantwoorden en op te lossen. De patiënt neemt dus actief deel aan het formuleren van zijn probleem en de bijbehorende behandeling. Een ander belangrijk verschil met de voorgaande gespreksvormen, is dat bij die gesprekken vast ligt welke behandeling de arts uitvoert, namelijk datgene wat hem op dat moment het beste lijkt. Hij handelt directief en de patiënt wordt geacht te doen wat hem opgedragen wordt (Soonius, 2001: 73-74).

Carl Rogers (in: Soonius, 2001) heeft rond de jaren '50 drie grondvoorwaarden benoemd waaraan een therapeutisch gesprek en daarmee het counsellen moet voldoen:

1. *Empathie*: de hulpverlener moet zich inleven in de situatie van de hulpvrager.
2. *Echtheid*: wat de hulpverlener voelt of ervaart (emotie) hoeft niet voor de ander verborgen te blijven.
3. *Acceptatie*: de hulpverlener moet de ander nemen zoals hij is, ook al reageert en denkt deze heel anders.

---

Naast deze grondvoorwaarden zijn er, volgens Soonius, voor het counselinggesprek een aantal gesprekstechnische interventies van belang:

1. *Verhelderen*: houd het concreet
2. *Samenvatten*
3. *Stimuleren*: zowel verbaal als non-verbaal
4. *Reflecteren*: hierbij kan de counselor wijzen op tegenstrijdige uitspraken of reacties.
5. *Confronteren*: hierbij kan er sprake van zijn dat de hulpverlener zijn mening over of interpretatie van de situatie aan de hulpvrager voorlegt.

Soonius (2001: 77) onderscheidt vier fasen in het counselinggesprek: het verduidelijken van de vraagstelling, zelf een oplossing bedenken, vrijblijvend adviseren en tot slot doorverwijzen.

### 2.2.6 Het voorlichtingsgesprek

Bij het adviesgesprek is al gebleken dat het voorlichten van patiënten erg belangrijk is. Zij doen namelijk niet zomaar wat hen gevraagd wordt, zoals het innemen van medicijnen. Uitleggen is in zo'n geval effectiever dan iemand commanderen. Voorlichting wordt ook gegeven bij een onderzoek of ingreep (Soonius, 2001: 90). Een goede voorlichting is van belang, want wanneer voorlichting aan de patiënt goed is, zal de patiënt meer tevreden zijn over het contact met de arts. Dit vergroot het vertrouwen in de arts, waardoor de patiënt sneller informatie zal verstrekken die ervoor zorgen dat een onderzoek of behandeling slaagt (Wouda e.a., 2000: 277).

Binnen een ziekenhuis zijn er veel personen die zich met voorlichting bezig houden, met als gevolg dat het niet altijd duidelijk is of een patiënt alle informatie gekregen heeft. Zo kan een verpleegkundige denken: 'Dat zal de arts wel vertellen'. Dit kan leiden tot miscommunicatie wanneer de arts niet weet dat de patiënt nog geen diagnose is gesteld.

Oldenbroek (in: Soonius, 2001: 90) geeft verschillende zaken aan waar voorlichting over kan gaan. De wenselijkheid van onderzoek en behandeling kan een rol spelen. Daarnaast kan het ook betrekking hebben op educatie (gegevens over dieet, laxemiddelen, inname medicijnen) en instructies (houding, kleding). Tot slot kan voorlichting zich richten op begeleiding (beantwoording van vragen, het aangeven van lichamelijke belasting).

Ten aanzien van de patiënt onderscheidt Soonius (2001: 91) een aantal belangen met betrekking tot voorlichting. De patiënt kan zich voorbereiden (op de duur of belasting van het onderzoek en/of de ingreep) en/of hij kan zich een voorstelling maken van de behandeling. Daarnaast voelt de patiënt zich aangesproken, heeft hij inspraak en kan hij medewerking geven, omdat hij weet wat van hem gevraagd wordt. Al deze punten samen zorgen ervoor dat een patiënt zich mondiger voelt, coöperatiever is en minder angst zal ervaren.

Wanneer een hulpverlener voorlichting geeft, zou hij zich af moeten vragen wie hij tegenover zich heeft. Iedere patiënt is namelijk anders. Dat kan zijn op kennis- of ervaringsniveau of in de mate van motivatie. Wanneer hier rekening mee wordt gehouden, zijn volgens Ekkelboom (in: Soonius, 2001: 92) verschillende voorlichtingsstijlen te onderscheiden:

- *Instrueren*: veel uitleggen en wat motiveren (uitleggen)
- *Overtuigen*: veel uitleggen en veel motiveren (noodzaak)
- *Overleggen*: weinig uitleggen en wat motiveren (meedenken)
- *Overdragen*: weinig sturen en weinig motiveren (zelfstandig)

---

### 2.2.7 Het beoordelingsgesprek

Oordelen zijn snel gevormd. Oordelen hoeven niet altijd te kloppen, waardoor mensen zich gekwetst kunnen voelen. Carl Rogers heeft erop gewezen dat ieder mens in wezen gewaardeerd en gerespecteerd wil worden. Aardige meldingen zullen geen probleem vormen, maar het wordt lastig wanneer iets negatiefs verteld moet worden (Soonius, 2001: 96).

De richtlijnen voor een beoordelingsgesprek zijn volgens Soonius (2001: 96) als volgt:

1. Geef het subjectieve element aan in het waardeoordeel, bijvoorbeeld: 'Ik vind jou...'
2. Vertaal een algemene bewering naar concrete voorvallen: zeg in plaats van 'Je bent niet collegiaal' liever 'Je praat achter iemands rug'.
3. Geef positieve mededelingen en als er aanleiding toe is ook opbouwende kritiek.

Wanneer na uitstekende beoordelingen blijkt dat fouten of zwakheden niet verbeterd kunnen worden, dan is het goed mogelijk dat het beoordelingsgesprek overgaat in een slecht-nieuwsgesprek.

### 2.2.8 Het slecht-nieuwsgesprek

Volgens Wouda e.a. (1997: 313) is het slecht-nieuwsgesprek een voorlichtend gesprek met een bijzonder karakter. De patiënt krijgt in dit gesprek namelijk iets te horen wat hem of haar zal teleurstellen, angst zal geven, verdriet zal doen of andere negatieve emoties oproept. Een dergelijk gesprek wordt vaak beschouwd als een moeilijke vorm van communicatie met een patiënt. Niet alleen bij de patiënt lopen de emoties hoog op, ook de arts kan geëmotioneerd zijn door het nieuws dat hij moet brengen.

Wouda e.a. (1997: 313) geven aan dat goede trainingen in het voeren van dit soort moeilijke gesprekken vaak ontbreekt. Veel artsen moeten dus vanuit de praktijk hiermee om leren gaan. Een ander probleem waar artsen tegenaan lopen, is het feit dat sommige patiënten het slechte nieuws niet willen horen of dat ze psychisch niet in staat zijn dergelijke situaties te verwerken.

Bij het brengen van slecht nieuws is volgens Wouda e.a. (1997: 314) het overbrengen van inhoudelijke informatie slechts een deel van de hulp die een arts biedt. De patiënt helpen met het verwerken van de emotionele kant van de boodschap is namelijk zeker zo belangrijk. In een dergelijk geval kan de communicatie dus verschuiven van inhouds- naar betrekkingniveau. Boodschappen op betrekkingniveau geven aan wat de spreker met zijn inhoudelijke boodschap bedoelt te zeggen (Wouda e.a., 1997: 29).

Het slecht-nieuwsgesprek speelt zich volgens Wouda e.a. (1997: 314) af op twee niveaus: het inhoudelijke en het gevoelsmatige niveau. Na de emotionele klap (deze fase duurt vaak kort in het gesprek) kan de patiënt vaak niet de aandacht opbrengen voor een verdere uitleg. De emotionele verwerking van het nieuws staat daarom vaak centraal in een volgend gesprek. Om beide verwerkingsniveaus goed tot hun recht te laten komen, bevat een slecht-nieuwsgesprek de volgende fasen: voorbereiding, mededeling, ruimte voor reactie, redenen vertellen, oplossingen zoeken.

## 2.3 Benaderingswijzen binnen discourse analyse

Nu de medisch prescriptieve literatuur is behandeld, wordt overgegaan op de tweede lijn binnen het theoretisch kader: het methodische gedeelte. Discourse analyse vormt hier een onderdeel van. Het is een benaderingswijze om taal te analyseren en vormt daarmee een manier om communicatieve situaties in kaart te brengen. Deze en volgende paragrafen beschrijven de methodische literatuur van dit onderzoek.

In haar boek 'Approaches to Discourse' onderscheidt Schiffrin (1994) een aantal verschillende benaderingen binnen discourse analyse. De volgende benaderingen worden in deze paragraaf kort toegelicht: de speech act theorie, interactionele sociolinguïstiek, pragmatiek, conversatie analyse en tot slot de etnografie van de communicatie.

---

Schiffrin (1994: 6) begint haar beschrijving van de verschillende benaderingen binnen discourse analyse met de speech act theorie. Taalhandelingen (speech acts) zijn ontwikkeld door de filosofen Austin en Searle (vgl. Searle, 1975). Zij hebben de theorie van taalhandelingen ontwikkeld vanuit het inzicht dat taal niet alleen wordt gebruikt om de wereld te beschrijven, maar ook om een scala aan andere acties uit te voeren die aangeduid worden door de uiting zelf. Bijvoorbeeld de uiting 'Ik beloof dat ik er morgen zal zijn' voert de handeling van 'beloven' uit. De letterlijke betekenis van woorden en de contexten waarin ze voorkomen interageren met onze interpretatie van taalhandelingen en de realisaties ervan. Hoewel de theorie van taalhandelingen in eerste instantie niet ontwikkeld is als methode om discourse te analyseren, leiden bepaalde delen ervan tot discourse analyse, zoals de multifunctionaliteit van taal en de contextafhankelijkheid ervan (Schiffrin, 1994: 7).

De tweede benadering die Schiffrin onderscheidt, is de interactionele sociolinguïstiek. De interactionele benadering zoals beïnvloedt door John Gumperz richt zich op de manier waarop mensen uit verschillende culturen grammaticale kennis van een taal delen, maar het gezegde wordt verschillend in een context geplaatst, waardoor verschillende boodschappen geproduceerd worden. De sociolinguïstiek door Ervin Goffman richt zich op de manier waarop taal geplaatst wordt in bepaalde omstandigheden in het sociale leven en hoe dit betekenis en structuur geeft aan die omstandigheden (Schiffrin, 1994: 7).

De pragmatische benadering van discourse is vooral gebaseerd op de filosofische ideeën van Herbert Paul Grice. Hij maakte een onderscheid tussen verschillende soorten betekenissen en beargumenteerde dat er een aantal coöperatie maxims zijn die leiden tot de communicatieve intentie van de spreker. Pragmatiek is voornamelijk gericht op de analyse van betekenissen van uitingen van een bepaalde spreker (Schiffrin, 1994: 9).

Conversatieanalyse probeert te ontdekken welke methode leden van een maatschappij toepassen om een bepaalde maatschappelijke orde te creëren (Schiffrin, 1994: 10). Deze methode is in eerste instantie geen theorie over talig handelen, maar betreft een theorie over conversationeel handelen en sociale interactie (Houtkoop en Koole, 2000: 65).

De laatste benadering binnen discourse analyse die Schiffrin (1994: 137) onderscheidt, is de etnografie van de communicatie. Zij omschrijft etnografie van de communicatie als een benadering van discourse die de basis vindt in antropologie en linguïstiek. De sleutelfiguur rondom het begrip 'etnografie' is Dell Hymes, die in de jaren '60 en '70 vele artikelen schreef over de etnografie van de communicatie. De wortels van deze benadering gaan echter terug naar 1933, toen Edward Sapir de studie naar de sociaal-culturele vorm en inhoud als een 'product' verschoof naar de studie van sociaal-culturele vorm en inhoud als een 'proces' (Schiffrin, 1994: 138).

De etnografie van de communicatie is een benadering die zoekt naar nieuwe analysemogelijkheden en die nieuwe theorieën voorstelt. Dit wordt gerealiseerd door communicatiepatronen te ontdekken die onderdeel zijn van culturele kennis en gedrag. Dit zorgt ervoor dat diversiteit in communicatieve mogelijkheden en praktijken herkend worden, en dat dergelijke praktijken een geïntegreerd deel vormen van wat men weet en doet als lid van een bepaalde cultuur (Schiffrin, 1994: 137). De etnografie van de communicatie is de benaderingswijze die binnen dit onderzoek wordt toegepast. De volgende paragrafen gaan hier dieper op in.

---

## 2.4 Etnografie van de communicatie

### 2.4.1 Oorsprong van de etnografie van de communicatie

Linguïsten en antropologen zijn zich al lang bewust van de relatie tussen taal en cultuur. Desondanks is het onderzoekers nog nooit gelukt om een relatie te creëren tussen linguïstiek en antropologie, terwijl een raakpunt in beide velden 'communicatie' is. Omdat taal hét middel is waardoor mensen met elkaar kunnen communiceren, is het begrijpen van communicatie een belangrijk doel voor linguïsten. Het begrijpen van communicatie is óók belangrijk voor antropologen: de manier waarop we communiceren, vormt een onderdeel van ons culturele repertoire om betekenis te geven aan en te interageren met de wereld (Schiffrin, 1994: 138).

Tot de jaren '60 van de vorige eeuw is weinig aandacht besteed aan het feit dat taalgebruik in verschillende gemeenschappen patronen bevatten, die vergelijkbaar zijn met patronen in sociale organisaties en andere culturele domeinen. Dit was voor Dell Hymes een aanleiding om op zoek te gaan naar een benadering vanuit de linguïstiek en de antropologie, gericht op aspecten van communicatie. Door het combineren van deze en andere aspecten, zoals een sociologische benadering van interactie en taalgebruik, ontstond de etnografie van de communicatie. Deze benadering is uitgegroeid tot een opkomende discipline, die zich toespitst op structuren in communicatief gedrag en haar rol in het sociale leven (Saville-Troike, 2003: 1).

### 2.4.2 Etnografische benadering in subculturen

De etnografie van de communicatie onderzoekt beschrijvingen van de manieren waarop taalgebruik en andere communicatiekanalen gebruikt worden in verschillende gemeenschappen, variërend van inheemse stammen in Afrika, tot nomaden, tot geïndustrialiseerde mensen in Europa en Noord-Amerika (Saville-Troike, 2003: 2-3). Bax (1999: 34) stelt dat een taalcultuur niet altijd samenvalt met een bepaalde nationale taal zoals het Engels of het Nederlands. Volgens hem is het juister om te stellen dat binnen bijvoorbeeld het Nederlandse taalgebied een aantal subculturen bestaat. De leden ervan worden gekenmerkt doordat ze overeenkomen voor wat betreft het gebruik en de interpretatie van (verbale) communicatiemiddelen. Voor een deel zijn zulke communicatieve gemeenschappen regionaal bepaald (dialecten), maar voor een ander - niet minder belangrijk - deel ook sociaal, etnisch, qua leeftijd of opleidingsniveau, wereldbeschouwelijk, politiek en dergelijke. Houtkoop en Koole (2000: 99) zeggen dat de kennis over welke normen van toepassing zijn in een bepaalde situatie, voor een groot deel in de praktijk wordt aangeleerd.

Het bestaan van verschillende communicatieve gemeenschappen binnen de Nederlandse samenleving blijkt uit het feit dat er van groep tot groep verschillen optreden in communicatief gedrag. Die verschillen betreffen niet uitsluitend taalkundige zaken als het lexicon, de uitspraak of de syntactische complexiteit van uitingen, maar ook taalgebruikaspecten zoals normen ten aanzien van verbale interactie. Over wat beleefd is, gepast of *bon ton*, bestaan bijvoorbeeld in verschillende Nederlandse subculturen uiteenlopende meningen (Bax, 1999: 34-35). Deze verschillen in communicatieve gemeenschappen zijn cultuurbepaald. Verschillende communicatieve gemeenschappen kunnen daarmee onderworpen worden aan de etnografische methode. Houtkoop en Koole (2000: 99) zeggen dat de normen voor het uitvoeren van een bepaald type communicatieve gebeurtenis niet alleen verschillen per cultuur, maar soms ook per subcultuur.

De etnografische methode kan dus ook worden toegepast op organisaties. De bestudering van subculturen zoals die bestaan in ziekenhuizen, kan daarmee ook onder de etnografische benadering vallen. In dit onderzoek wordt deze benadering toegepast op de communicatieve gemeenschap van regieverpleegkundigen, waarbij wordt gekeken in welke communicatieve situaties zij terecht komen en wat deze communicatie kenmerkt.

---

Gerteis en Roberts (1993) stellen dat het in de gezondheidszorg essentieel is om methoden als etnografie te gebruiken, omdat patiënten en hun verzorgers verschillende visies kunnen hebben over wat belangrijk is in processen zoals communicatie. Etnografie kan een gedetailleerde beschrijving geven waarmee meervoudige interpersoonlijke processen begrepen kunnen worden. Etnografie is bovendien bruikbaar in onderzoek naar de kwaliteit van de zorg, omdat onderzoekers met deze methode kunnen horen wat mensen zeggen, kunnen zien wat mensen doen en de dagelijkse routine in een zorgsetting in kaart kunnen brengen (Deitrick e.a., 2006: 317).

### 2.4.3 Focus binnen de etnografie van de communicatie

De focus van de etnografie van de communicatie ligt op het gebied van de 'speech community', en de manier waarop communicatie hierbinnen is gestructureerd en georganiseerd als systemen van communicatieve gebeurtenissen, inclusief de manieren waarop deze interageren met alle andere systemen van cultuur. Een voornaam doel van deze benadering is het begeleiden van de verzameling en analyse van descriptieve data over de manier waarop sociale betekenis wordt gegenereerd: "Als we over elke vorm van communicatie de simpele vraag stellen: 'Wat wordt er gecommuniceerd?' Dan is het antwoord: 'Informatie uit het sociale systeem'" (Douglas in: Saville-Troike, 2003: 2). Volgens Wolcott (1999) is de focus binnen de etnografie van de communicatie het stellen van de vraag: 'Wat gebeurt hier?'

Alle definities van *community* zoals die gebruikt worden in de sociale wetenschap, omvatten de dimensie van gedeelde kennis, bezit of gedragingen. De term *community* is afgeleid van het Latijnse *communis*: 'gemeenschappelijk'. Het essentiële criterium op basis waarvan over een community gesproken kan worden, is dat een bepaalde dimensie van ervaring gedeeld moet worden binnen een groep. Om te kunnen spreken van een speech community, moet een gedeelde dimensie gerelateerd zijn aan de manieren waarop leden van een groep taal gebruiken, waarderen of interpreteren (Saville-Troike, 2003: 15). Hymes (1964: 385) beschrijft een speech community als 'a fundamental concept for the relation between language, speech, and social structure'. Een speech community kan dus omschreven worden als een gemeenschap die taal en de manier waarop taal gebruikt wordt met elkaar deelt. De benodigde kennis om te functioneren in een speech community door middel van communicatieve competentie bevat niet alleen kennis van taalgebruikregels voor communicatie (zowel linguïstisch als sociolinguïstisch) en interactie, maar ook culturele regels en kennis die de basis vormen voor de context en inhoud van communicatieve gebeurtenissen en interactieprocessen (Saville-Troike, 2003: 2). Binnen dit onderzoek wordt gekeken naar de speech community van hulpverleners in het ziekenhuis, in het bijzonder van regië- en seniorverpleegkundigen.

De speech community is volgens sociolinguïsten niet precies hetzelfde als een groep mensen die dezelfde taal spreekt. Sprekers van het Spaans in Texas en Argentinië bijvoorbeeld, behoren niet tot dezelfde speech community, alhoewel ze dezelfde talige code delen: de Spaanse taal. Onduidelijker is het wanneer sprekers van het Engels in Engeland en de Verenigde Staten met elkaar vergeleken worden. Zijn zij al dan niet leden van dezelfde speech community? Behoren doven en horenden tot dezelfde speech community? De antwoorden op deze en vergelijkbare vragen worden gebaseerd op factoren zoals geschiedenis, politiek en groepsidentificatie, en niet enkel aan de hand van linguïstische factoren. Het is daarom raadzaam om een onderscheid te maken tussen het *deelnemen aan* een speech community en het *lid zijn van* een speech community; het spreken van dezelfde taal volstaat (doch is niet noodzakelijk) voor een bepaalde mate van deelname aan een speech community, maar het 'lidmaatschap' ervan kan niet gebaseerd worden op kennis en vaardigheden alleen (Saville-Troike, 2003: 14-15).

Individuele mensen kunnen deel uitmaken van meer dan één, soms overlappende speech communities. Tot welke community iemand zichzelf op een bepaald moment rekent, en welke set van regels hij/zij daarmee gebruikt, is onderdeel van de strategie van communicatie. Om dit te kunnen begrijpen, is het nodig om te erkennen dat elk lid van een bepaalde gemeenschap een aantal verschillende sociale identiteiten heeft, en dat bij elk soort identiteit een aantal verbale en non-verbale gedragingen hoort, afhankelijk van de context. Het is daarom noodzakelijk om de verschillende sociale identiteiten in een gemeenschap te

---

identificeren. Vervolgens kan dan vastgesteld worden hoe deze op talige wijze gereflecteerd worden en hoe ze interpersoonlijke interactie in communicatieve situaties definiëren en beperken (Saville-Troike, 2003: 17). Consistente interactie en contact is noodzakelijk voor het voortbestaan van een speech community. Gumperz (1972: 220) zegt dat ongeacht de talige overeenkomsten en verschillen 'the speech varieties employed within a speech community form a system because they are related to a shared set of social norms'.

Morgan (2004) zegt over speech communities het volgende:

The study of the speech community is central to the understanding of human language and meaning-making because it is the product of prolonged interaction among those who operate within shared belief and value systems regarding their own culture, society and history as well as their communication with others. These interactions constitute the fundamental nature of human contact and the importance of language, discourse, and verbal styles in the representation and negotiation of the relationships that ensue.

(Morgan, 2004: 3)

Het concept van een speech community focust daarmee niet alleen op groepen die dezelfde taal spreken, maar gaat ervan uit dat taal het mogelijk maakt om bij te dragen aan en onderdeel uit te maken van deelname aan een cultuur of een gemeenschap.

Critici menen dat het gebruik van het concept 'speech community' impliciet het bestaan van sociale of politieke grenzen aangeeft. Zij stellen daarom een aantal alternatieven voor het concept 'speech community' voor. Eén van die alternatieven is de 'community of practice', die volgens Eckert en McConnell-Ginet (in: Saville-Troike, 2003: 17) gedefinieerd kan worden als 'a group whose joint engagement in some activity or enterprise is sufficiently intensive to give rise over time to a repertoire of shared practices'. De benadering waarbij de community of practice centraal staat, is in het bijzonder geschikt om processen te bestuderen van de ontwikkeling van normen voor interactie in dynamische groepen. De volgende paragraaf gaat uitgebreider in op het begrip 'community of practice'.

#### 2.4.4 Communities of practice

Groepen mensen die een bepaalde talige interactie met elkaar delen, worden *communities of practice* genoemd. Het doel van een community of practice is het creëren, uitbreiden en uitwisselen van kennis, om individuele bekwaamheden te ontwikkelen (Wenger e.a., 2002: 42). Een community of practice interageert met elkaar, leert samen, bouwt relaties op en ontwikkelt een bepaalde verbondenheid. Ook delen ze kennis en expertise met elkaar. Hiertoe moet regelmatig interactie tussen de leden plaatsvinden, over zaken die relevant zijn voor het domein waarop de community of practice opereert. De interactie moet daarbij een soort van continuïteit hebben (Wenger e.a., 2002: 34-35). Twee mensen in de wachtkamer die een praatje hebben, vormen geen 'community of practice', omdat de regelmatigheid van de interactie ontbreekt en de wachtenden (vermoedelijk) geen gedeelde kennis en benadering van een bepaald werkveld gemeen hebben.

Tijdens het proces van het vormen van een community of practice bouwen deelnemers waardevolle relaties met elkaar op, gebaseerd op respect en vertrouwen. Hierbij is het niet noodzakelijk dat de deelnemers elke dag met elkaar samenwerken; ze komen bij elkaar omdat de interactie een bepaalde waarde voor de deelnemers heeft. Naarmate de tijd vordert, ontwikkelt de groep een gedeelde geschiedenis en identiteit en delen ze informatie, inzichten en advies met elkaar. Dit wil echter niet zeggen dat de groep daarmee homogeen is. In tegendeel, ieder lid van de groep heeft een unieke identiteit ten opzichte van de community (Wenger e.a., 2002: 34-35).

Wenger e.a. (2002: 68) geven aan dat communities of practice, net als andere levende dingen, niet ontstaan in hun definitieve status, maar zich ontwikkelen in een cyclus van geboorte, groei en dood. Communities of practice ontwikkelen zich continu, maar binnen deze ontwikkeling zijn vijf stadia te onderscheiden: een beschikbaar vermogen, versmelting, volwassen worden, verantwoordelijkheid en transformatie. Communities of practice beginnen als een onvast netwerk die de mogelijkheid heeft om

---

meer verbonden te raken en daardoor een belangrijker deel van de organisatie wordt. Wanneer leden relaties opbouwen, versmelten ze langzamerhand in de organisatie. Wanneer de community eenmaal gevormd is, groeit het vaak in het aantal leden en de mate waarin kennis gedeeld wordt. Eenmaal volwassen maken communities perioden van hoge en lage activiteit mee, net als andere levende dingen. In dit stadium nemen communities actief de verantwoordelijkheid voor de kennis en praktijken die ze delen en nog steeds ontwikkelen. Wanneer communities zich ontwikkelen in deze stadia, veranderen ook de activiteiten die nodig zijn voor die ontwikkeling.

Sarangi en Roberts (1999: 1) stellen dat werkplekken bij elkaar gehouden worden door communities of practice. Die omvatten gesproken taal, geschreven taal, het gebruik van dezelfde sociale ruimte en artefacten. Daarnaast is de werkplek een plaats waar een bepaalde vorm van sociale interactie plaatsvindt, waarbij persoonlijke relaties opgebouwd worden. De leden ontwikkelen een gedeeld perspectief op en een gedeelde benadering van hun werkveld. Hiermee zijn ze een community of practice geworden (Wenger e.a., 2002: 5). Toegang tot deze community wordt verschaft door de leden ervan. Lidmaatschap van een community of practice impliceert dat men een bepaalde talige interactie deelt en dezelfde kennis en benadering van het werkveld gemeen heeft. Deze kennis wordt 'communicatieve competentie' genoemd: de kennis die een spreker moet hebben om te kunnen functioneren in een sociale groep. De volgende paragraaf gaat hier dieper op in.

#### **2.4.5 Kernvraag binnen de etnografie van de communicatie**

De vraag die binnen de etnografie van de communicatie wordt gesteld, is: Wat moet een spreker weten om passend te communiceren binnen een bepaalde speech community en hoe leert de spreker om dit te doen? Welke normen en conventies gelden binnen een taalgemeenschap die ervoor zorgen wie wat wanneer tegen iemand kan zeggen? Hoe moet dit gezegd worden en hoe verkrijgen mensen deze kennis? Deze kennis wordt 'communicatieve competentie' genoemd: de kennis die een spreker moet hebben om te kunnen functioneren in een sociale groep (Morgan, 2004: 8).

De communicatieve competentie binnen de etnografie van de communicatie verwijst meestal naar de communicatieve kennis en vaardigheden die de leden van een speech community delen, maar deze kennis en vaardigheden (net zoals alle andere aspecten van cultuur) verschillen tussen de individuele leden van de speech community (Saville-Troike, 2003: 21).

Hymes (1977) benadrukt dat wat taal is, niet gescheiden kan worden van hoe en waarom het gebruikt wordt. Ook zegt hij dat kennis over het gebruik van taal vaak een eerste vereiste is voor de herkenning en het begrip van de vorm ervan. De etnografie van de communicatie ziet taal in de eerste plaats als een sociaal gesitueerde culturele vorm, die ten grondslag ligt aan een deel van haar cultuur (Saville-Troike, 2003: 3). Om te kunnen communiceren op een manier die past binnen een bepaalde situatie is echter meer kennis nodig. Op basis van de communicatieve competentie kunnen sprekers van bijvoorbeeld het Nederlands op diverse manieren een verzoek doen. Wanneer een dergelijke spreker wil communiceren met iemand die een andere taal spreekt, moet de spreker ook op de hoogte zijn van de communicatieve regels die deze andere taal hanteert. Passend taalgebruik is dus taalgebruik dat door de leden van een betreffende taalgemeenschap als passend wordt beschouwd. Het taalgebruik moet daarmee passen binnen de communicatieve situatie waarin het wordt gebruikt (Houtkoop en Koole, 2000: 96-97). De volgende paragraaf biedt uitleg over drie niveaus waarop taalgebruik binnen communicatieve situaties onderzocht kan worden.



---

## 2.5 Eerder etnografisch onderzoek in een medische setting

Etnografische onderzoeksmethoden worden al jaren gebruikt om de medische wereld te onderzoeken. De term 'etnografie' beslaat zowel een aantal dataverzamelingstechnieken als verschillende analytische strategieën, maar bestaat vooral uit het participeren in het alledaagse leven in een bepaalde setting. Dit wordt bereikt door een deel van dat leven te worden door het observeren van interacties en gedrag, door te praten met de leden van de bestudeerde gemeenschap en door het bekijken van geproduceerde documenten en artefacten (Pope, 2005: 1180). Over etnografie is veel geschreven. Echter, de meeste artikelen behandelen de manier waarop het veld betreden moet worden, hoe de relaties met informanten opgebouwd moeten worden en hoe veldnotities gemaakt moeten worden (o.a. Pope, 2000; Ten Have, 1977; Atkinson en Pugsley, 2004). Over het eigenlijke observeren en de verslaglegging van de data wordt minder geschreven.

Een artikel dat wel uitgebreid verslag doet van een etnografisch onderzoek, is dat van Manias en Street (2000), uitgevoerd in Victoria, Australië. In hun artikel 'Rethinking ethnography: reconstructing nursing relationships' beschrijven zij een etnografisch onderzoek dat is uitgevoerd naar de interacties tussen verpleegkundigen onderling en tussen verpleegkundigen en artsen, met als doel de machtsrelaties tussen de verschillende partijen te achterhalen. In het artikel beschrijven zij de manier waarop zij het onderzoek hebben uitgevoerd; door een kritische etnografie te maken, konden de onderzoeksters inzicht verkrijgen in de verschillende relaties. Door te participeren in de werksituaties van de verpleegkundigen en de artsen, is het mogelijk gebleken de machtsrelaties tussen de verschillende groepen in kaart te brengen. Hierbij bleek dat veel onervaren verpleegkundigen zich bij het maken van beslissingen conformeerden aan de artsen, zonder terug te vallen op hun eigen kennis. Seniorverpleegkundigen namen vaak zelf beslissingen over patiënten, zonder eerst een arts op te zoeken.

Een ander resultaat uit het onderzoek had betrekking op de schriftelijke documentatie. Wanneer een arts bepaalde beslissingen maakte met betrekking tot een patiënt, dan moest dit vastgelegd worden in het dossier. Deze documentatie moest ondertekend worden door een arts, wat vaak door een co-assistent werd gedaan. Dit had als resultaat dat de bemoeienissen van een verpleegkundige bij het maken van een beslissing ongemerkt bleven. Doordat de co-assistent het dossier had ondertekend, was het of hij/zij de beslissing gemaakt had en werd de inbreng van de verpleegkundige niet erkend (Manias en Street, 2000). Dankzij het maken van een etnografie konden deze inzichten in de onderlinge machtsrelaties worden verkregen.

Het artikel 'Dance of the call bells: using ethnography to evaluate patient satisfaction with quality of care' (Deitrick e.a., 2006) beschrijft de manier waarop etnografisch onderzoek inzicht biedt in de kwaliteit van zorg vanuit de perceptie van de patiënt. Dit onderzoek is uitgevoerd in het ziekenhuis van Pennsylvania op de afdeling chirurgie. Het onderzoek richtte zich op de bel voor assistentie die elke patiënt bij zijn of haar bed heeft liggen, waarbij onderzocht werd hoe patiënttevredenheid samenhangt met de snelheid waarmee het personeel op de bel reageert.

Dit onderzoek was deel van een groter onderzoek naar aspecten van patiënttevredenheid in het algemeen. Tijdens het algemene onderzoek werd duidelijk dat het beantwoorden van de bel van grote invloed was op de communicatie tussen verpleegkundige en patiënt en dat het een essentieel onderdeel vormde van de perceptie van de patiënt ten aanzien van zijn/haar tevredenheid over het ziekenhuisverblijf. Tijdens de observaties viel het onderzoekers op hoe verpleegkundigen in de zusterpost de oproep van patiënten door middel van de bel negeerden. Ook kon men het onderling nooit eens worden wie de bel moest beantwoorden. Dit was voor de onderzoekers aanleiding om een deelonderzoek te starten naar het gebruik en de beantwoording van de bel. Drie componenten werden geëvalueerd: de mate waarin de bel beantwoord werd, de mate waarin het verzoek van de patiënt gecommuniceerd werd onder het personeel en de mate waarin gehoor werd gegeven aan het verzoek van de patiënt. Het onderzoek werd uitgevoerd gedurende een periode van drie maanden. Uit de resultaten bleek onder andere dat patiënten vaak variërend van 1 tot meer dan 20 minuten moesten wachten voordat een

---

verpleegkundige de bel beantwoordde. Vervolgens duurde het lang voordat er gehoor werd gegeven aan het verzoek dat door middel van de bel werd gedaan; sommige patiënten gaven zelfs aan dat hun verzoek nooit beantwoord werd. Uit interviews met het personeel bleek bovendien dat onduidelijk was wie de verantwoordelijkheid had voor het beantwoorden van een patiëntenbel. Door middel van het onderzoek konden deze en meer klinische problemen geïdentificeerd worden. Het personeel zag dankzij het etnografisch onderzoek in wat het probleem was. Ook konden zij aan de hand van de resultaten manieren vinden om de communicatie op het gebied van zorgverlening te verbeteren (Deitrick e.a., 2006).

Atkinson (1995) heeft een veldonderzoek uitgevoerd op de afdeling Hematologie in de V.S. en in Engeland, voor een periode van ongeveer twintig weken. Zijn doel was om door middel van gedetailleerd empirisch onderzoek meer duidelijkheid te verkrijgen in de sociologie en antropologie van de medische setting. Hij concentreerde zich onder andere op de manier waarop specialisten omgaan met het definiëren van een ziektebeeld. Op een bepaald moment in zijn boek stelt hij de arts-patiëntinteractie aan de orde. Volgens hem is er in consulten een driedelige discoursestructuur te herkennen: de arts formuleert een klachtomschrijving om op een subtiele manier de informatie uit de patiënt te krijgen, de patiënt reageert, de arts beoordeelt en evalueert de reactie, gevolgd door een verdere formulering van de klacht, enzovoorts. De aard van deze discourse structuur resulteert in een serie van vragen en antwoorden. Atkinson noemt dit een 'speech exchange system' dat asymmetrisch is: de uitingen zijn niet gelijk verdeeld over de twee partijen. Deze vorm van onevenredig taalgebruik is typerend voor de medische setting (Atkinson, 1995: 128).

Het artikel van Bliesener en Siegrist (1981) richt zich ook op de asymmetrie in de communicatie tussen arts en patiënt. Zij onderzoeken dit in een aantal Duitse streekziekenhuizen tijdens de rondes die de artsen maken over een aantal afdelingen. Zij kozen voor de ronde, omdat dit de enige dagelijks terugkerende situatie is waarbij arts en patiënt beiden aanwezig zijn en waarbij conversatie en informatie de belangrijkste factoren zijn. Na onderzoek bleek dat een gemiddelde ronde 80 uitingen bevat. Meer dan de helft hiervan is afkomstig van de arts, terwijl de patiënt verantwoordelijk is voor minder dan een derde. De rest van de uitingen wordt gedaan door overig personeel. Deze getallen geven aan dat er een onbalans is tussen de uitingen gedaan door arts en patiënt. De onderzoekers hebben ook gekeken naar het aantal initiatieven in de gesprekken, bijvoorbeeld wanneer een deelnemer inspringt in een conversatie, of een nieuw topic introduceert. Het aantal initiatieven van een deelnemer aan een gesprek geeft zijn/haar conversationele activiteit aan. Het bleek dat tweederde van de initiatieven afkomstig was van de arts; nauwelijks een vijfde kwam van de patiënt. Oftewel, ongeveer 80% van wat patiënten zeggen, kan gecategoriseerd worden als reactie op de initiatieven van de arts. Ten slotte bleek dat een gemiddelde patiënt niet meer dan één expliciete vraag stelt tijdens de ronde.

Ook onderhavig onderzoek is ingericht in de vorm van een etnografie, met als doel inzicht te krijgen in de kenmerken van de verschillende communicatieve situaties waar regie- en seniorverpleegkundigen mee te maken krijgen. In de volgende paragrafen worden drie analyses niveaus hiervoor besproken.

## **2.6 Niveaus om taalgebruik te onderzoeken**

Zoals eerder genoemd, is discourse analyse gericht op de analyse van taalgebruik. De etnografische benadering van communicatie levert een analysevorm voor taalgebruik die in dit onderzoek gehanteerd wordt. Hymes (1977) beschreef in de jaren '70 al dat competente taalgebruikers meer moeten weten dan enkel kennis van regels om grammaticaal goede zinnen te kunnen vormen. Taalgebruikers moeten ook weten hoe zij, binnen een bepaalde context, op een gepaste manier taal moeten toepassen. Het is namelijk geen toeval dat mensen meestal de juiste uiting doen op het juiste moment en naar de juiste persoon. Hymes spreekt in dit kader van 'communicatieve competentie', zoals geïllustreerd in paragraaf 2.4. Communicatieve competentie heeft betrekking op regels van het spreken die operatief zijn in bepaalde taalgebruikersgroepen (Cameron, 2001: 55). Om deze te kunnen onderzoeken, heeft Hymes drie niveaus voorgesteld die hiërarchisch geordend zijn: speech situation, speech event en speech act. De analyse van het taalgebruik in de speech situations, events en acts helpt om culturele normen te

---

realiseren die ten grondslag liggen aan de manier waarop men zich ten opzichte van elkaar gedraagt: cultuur wordt continu gecreëerd en gedefinieerd in concrete acties tussen personen die deelnemen aan een bepaalde interactieve situatie (Schiffrin, 1994: 139). In de volgende paragrafen worden de drie niveaus van taalgebruik nader toegelicht.

### **2.6.1 Speech situation**

Het hoogste niveau van taalgebruik is de speech situation. Dit is de sociale context waarin taalgebruik een plaats inneemt, aldus Cameron (2001: 55). Speech situations zijn gelegenheden waarin taal wordt gebruikt. Ze hoeven echter niet puur linguïstisch van aard te zijn. Binnen een gemeenschap, zo beschrijft Hymes (1977: 51), zijn direct situaties te ontdekken die geassocieerd kunnen worden met (de afwezigheid van) taal. Dergelijke contexten van situaties worden vaak beschreven als ceremonies, gevechten, maaltijden en dergelijke. Het zou niet handig zijn om dergelijke situaties om te zetten naar sociolinguïstische beschrijvingen in termen van taalgebruik. Dergelijke situaties fungeren als context waarin bepaalde regels gevormd worden voor een bepaalde setting of genre. In tegenstelling tot 'speech events', worden ze ook niet gecontroleerd door taalgebruikregels. Een operatie bijvoorbeeld, kan zowel verbale als non-verbale gebeurtenissen (events) bevatten. De verbale elementen kunnen vervolgens uit meer dan één type bestaan. In een sociolinguïstische beschrijving is het belangrijk om activiteiten te karakteriseren die op een bepaalde manier met elkaar verbonden zijn. Vanuit een algemene sociale beschrijving - met betrekking tot dit onderzoek - kunnen ze benoemd worden als een overdracht, een bezoeker en dergelijke. Vanuit een sociolinguïstisch standpunt zijn het speech situations (Hymes, 1977: 52), waaruit specifieke speech events gedestilleerd kunnen worden.

### **2.6.2 Speech event**

Het volgende niveau is dan ook de speech event. Deze wordt bepaald door het gebruik van taal. Een speech event heeft betrekking op activiteiten die niet plaats kunnen vinden zonder het gebruik van taal, zoals 'argumenteren', 'roddelen' of 'een verhaal vertellen' (Cameron, 2001: 56). Speech events spelen een belangrijke rol in de interpretatie van discourse. De term speech event beperkt zich tot activiteiten, of aspecten van activiteiten, die direct gecontroleerd worden door regels of normen voor taalgebruik (Hymes, 1977: 52). Een speech event kan bestaan uit een enkele 'speech act', maar bevat meestal meerdere speech acts. Net zoals één zelfstandig naamwoord een gehele zin kan zijn (Bloed!), kan één 'speech act' het geheel zijn van een 'speech event' en van een 'speech situation'. Vaak treft men echter een verschil in grootte aan: in een patiëntensite (speech situation) met een gesprek (speech event) wordt een vraag beantwoord (speech act). Het zijn de speech events en speech acts waar regels voor gelden. Een zelfde type speech act kan in verschillende soorten speech events voorkomen. Hetzelfde type speech event kan vervolgens in verschillende situationele contexten voorkomen. Ofwel, een vraag (speech act) kan zich voordoen in een privégesprek, tijdens een lezing of een formele introductie (speech event). Een privégesprek kan zich voordoen op een personeelsuitje of tijdens een lunchpauze (speech situation) (Hymes, 1977: 52).

### **2.6.3 Speech act**

Het laagste niveau in de analyse is de speech act. Bij een speech act moet gedacht worden aan activiteiten als 'groeten', 'excuseren' of 'een vraag stellen of beantwoorden' (Cameron, 2001: 56). De speech act representeert een niveau dat anders is dan een zinsniveau, en dat niet te identificeren is met een ander grammaticaal niveau. Of een uiting de status heeft van een bepaalde handeling, hangt af van een conventionele formule ('Hierbij beveel ik je de afdeling te verlaten'), intonatie ('Ja!' versus 'Ja?'), positie in een conversationele uitwisseling ('Hoi' om een groet of respons te initiëren) of de sociale relatie tussen partijen (een uiting die qua vorm een beleefde vraag is, maar behandeld wordt als een bevel). In het algemeen kan gesteld worden dat de relatie tussen de vorm van een uiting en speech acts complex is: een uiting die vragend van aard is kan de ene keer een verzoek zijn en de andere keer een bevel of een bewering. Een verzoek kan geuit worden in een uiting die de ene keer vragend is en de andere keer een

---

mededeling is of een bevel. Tot slot kan dezelfde uiting opgevat worden als een belofte of een bedreiging, afhankelijk van welke interpretatienorm er wordt toegepast (Hymes, 1977: 52-53).

Om het taalgebruik in de speech situations, events en acts te beschrijven, wordt volgens Schiffrin (1994: 185) een etnografische benadering gebruikt. Zo kan inzicht in structuren en functies binnen een communicatieve gemeenschap verkregen worden, die deel uitmaakt van de communicatieve competentie van de participanten.

## 2.7 Componenten van communicatieve situaties

Hoewel de drie niveaus analytisch gezien relevant zijn, is de speech event het meest belangrijk. Dit is namelijk het niveau waarin bepaalde regels worden toegepast (Cameron, 2001: 56). Duranti (1988: 218-219) geeft aan dat in de laatste jaren de speech event een bruikbaar middel is geworden voor de analyse van taal binnen gemeenschappen. Voor vele onderzoekers heeft de analyse van de speech event het voordeel dat informatie over een sociaal systeem behouden wordt. Bovendien kan de onderzoeker tot in detail achterhalen hoe individuele handelingen geuit worden. Hymes zegt het volgende over de speech event:

The starting point is the ethnographic analysis of the communicative conduct of a community. One must determine what can count as a communicative event, and as a component of one, and admit no behaviour as communicative that is not framed by some setting and implicit question. The communicative event thus is central. (Hymes, 1977: 9)

Schwartzman (1989: 65) vult dit aan met het idee dat ook gekeken moet worden naar welke communicatieve events zich in welke context voordoen. Een manier om hier, volgens haar, mee te beginnen is door vast te stellen welke deelnemers er zijn. Hun interacties vormen samen een community die vervolgens onderzocht wordt. Schiffrin (1994: 186) geeft aan dat taalgebruik slechts een element van een complex patroon van acties en overtuigingen is die betekenis geeft aan iemands leven. Zij geeft daarom ook aan dat daarnaast gekeken moet worden naar elementen als doelen, deelnemers en andere acties die opgemaakt zijn binnen een speech event.

Hymes (1977: 54) definieert een speech event in termen van een vaste set componenten van de communicatie. Voor zover etnografisch materiaal onderzocht is, kan geconstateerd worden dat er soms wel zestien of zeventien componenten onderscheiden kunnen worden. Psycholinguïstisch onderzoek heeft uitgewezen dat het menselijk geheugen over het algemeen zeven componenten tegelijk kan onthouden, met een marge van twee naar boven en onder (Miller in: Hymes, 1977: 62). Om de componenten goed te kunnen onthouden, heeft Hymes ze zo gegroepeerd, dat de eerste letters van de componenten het woord 'speaking' vormen. Hymes (1997: 53-62) onderscheidt de volgende componenten: message form, message content (deze vormen samen de *act sequence*), setting, scene, speaker or sender, addressor, hearer or receiver, addressee (deze laatste vier vormen gezamenlijk de *participants*), purposes - outcomes, purposes – goals (deze componenten vormen samen de *ends*), key, channels, forms of speech (deze twee vormen samen het component *instrumentalities*), norms of interaction en genres. De volgende reeks van zeven componenten is dan als volgt:

<b>S</b>	<i>Setting &amp; Scene</i>
<b>P</b>	<i>Participants</i>
<b>E</b>	<i>Ends</i>
<b>A</b>	<i>Act sequence</i>
<b>K</b>	<i>Key</i>
<b>I</b>	<i>Instrumentalities</i>
<b>N</b>	<i>Norms for interaction &amp; interpretation</i>
<b>G</b>	<i>Genre</i>

---

Het object van onderzoek is hierbij voornamelijk gericht op de manier waarop betekenis wordt gegenereerd binnen een gemeenschap, en de manier waarop gesproken taal dit bewerkstelligt (Marshak, 1998: 38). Een nadere uitwerking van de componenten van het Speaking-model volgt in de volgende paragraaf.

### 2.7.1 Uitwerking Speaking-model

Elke sociale situatie waarin een etnograaf onderzoek verricht, kan volgens Spradley (1980: 39) worden geïdentificeerd aan de hand van drie primaire elementen: de *plaats* van actie, de *actoren* en de *activiteiten*. Bij het maken van observaties kan men deze driedeling als leidraad gebruiken (Otto, 1995: 508). Het Speaking-model van Hymes (1977) onderscheidt ook deze drie componenten, maar voegt daar in de analyse van speech events nog een vijftal andere aan toe. Om de diverse speech events in de Beatrix Kinderkliniek zo compleet mogelijk in kaart te brengen, wordt daarom het Speaking-model van Hymes toegepast. Dit model vormt het startpunt van dit onderzoek.

Volgens Houtkoop en Koole (2000: 106) is het, nadat de acht componenten zijn ingedeeld, mogelijk om vast te stellen welke factoren van invloed zijn op het talig en communicatief handelen bij een bepaalde communicatieve gebeurtenis. Niet alle componenten zijn even belangrijk, ze hoeven zelfs niet allemaal aanwezig te zijn. Na het vaststellen van de componenten wordt onderzocht hoe ze zich ten opzichte van elkaar verhouden. De acht componenten zoals die zijn samengevat, worden in onderstaand overzicht toegelicht:

*Setting:* Hymes (1977: 55) geeft aan dat de setting verwijst naar de tijd en plaats van een speech event, ofwel de fysieke omstandigheden waarin een gesprek plaatsvindt. Otto (1995: 504) spreekt hier van de feitelijke context. De concrete plaatsen waar de observaties plaatsvinden, bijvoorbeeld op verschillende verpleegafdelingen, vormen de setting van het onderzoek. Niet alle settings zijn even toegankelijk. De setting uit dit onderzoek, de Beatrix Kinderkliniek, heeft normaal gesproken een besloten karakter. In het kader van dit onderzoek, wordt de onderzoekers toestemming verleend om de observaties uit te voeren.

*Scene:* De *scene* omvat volgens Hymes (1977: 55) de psychologische of culturele situatie waarin het gesprek plaats vindt. Zo kunnen dezelfde personen in een zelfde setting hun interactie opnieuw definiëren, zodat een verandering in de scene plaatsvindt, bijvoorbeeld wanneer van formeel naar informeel taalgebruik wordt overgeschakeld, of van serieus naar grappig. Houtkoop en Koole (2000: 101) voegen hieraan toe dat het de interpretatie van de situatie is, zoals de overdracht of het slecht-nieuwsgesprek. Per situatie zijn bepaalde handelingen van toepassing. Het begrip 'context' wordt ook wel gebruikt voor deze interpretatie. In deze opvatting is context dus niet iets dat objectief verifieerbaar is voor gespreksdeelnemers; het is meer een aanduiding voor hun interpretatie van de niet-talige informatie die voor hun communicatie relevant is. Dit betekent aan de ene kant dat interpretaties van gespreksdeelnemers kunnen verschillen, maar aan de andere kant betekent het ook dat communicatie pas kan slagen wanneer gespreksdeelnemers in staat zijn hun interpretaties op elkaar af te stemmen.

*Participants:* In het kader van de *participants* onderscheidt Hymes (1977: 56) een aantal rollen: spreker of zender, hoorder of ontvanger, publiek of aangesprokene. Houtkoop en Koole (2000) geven aan de hand van Goffman een verfijnd onderscheid in de soorten rollen die deelnemers aan interactie kunnen hebben:

Erving Goffman (1981) onderscheidt in de beschrijving van zijn zogenaamde *participation framework* deelnemende en niet-deelnemende hoorders. Terwijl de deelnemende hoorder degene is die aan het gesprek deelneemt, is de niet-deelnemende hoorder iemand die alleen maar luistert. Sprekers passen hun tekst ook aan deze deelnemers aan. Goffman onderscheidt

---

ook nog geratificeerde en ongeratificeerde afliuisteraars. Geratificeerde afliuisteraars zijn mensen waarvan de gespreksvoerders weten dat ze meeluisteren (bijvoorbeeld een gesprek met ouders in het bijzijn van kinderen). Diegenen die het gesprek afliuisteren zonder dat de gespreksvoerders dat weten, zijn de ongeratificeerde afliuisteraars. Ook aan de sprekerskant onderscheidt Goffman een aantal verschillende rollen. Het gaat daarbij om de vraag wie de bron van de tekst is.

Vaak spreken mensen voor en namens zichzelf. Goffman spreekt dan van de 'principal'. Soms spreken ze namens iemand anders, maar kiezen ze zelf de woorden waarin ze dat doen, zoals meestal bij voorlichters het geval is. In dat geval noemt Goffman ze 'author'. Een 'animator' is een spreker die letterlijk woorden herhaalt die hem of haar door een ander zijn aangereikt.

(Houtkoop en Koole, 2000: 102)

*Ends:* Het component *ends* heeft betrekking op het doel van de communicatie, aldus Hymes (1977: 57). Om globale doelen te bereiken, zijn bepaalde fysieke handelingen nodig. Om die fysieke handelingen te kunnen verrichten, is soms interactie nodig. Het doel van een event hoeft niet per se gelijk te zijn aan het doel dat de betrokkenen hebben tijdens dat betreffende event.

*Act sequence:* Bij het component *act sequence* (ofwel handelingsopvolging) gaat het volgens Hymes (1977: 54-55) om zowel de vorm als de inhoud van de communicatie. Deze componenten hangen nauw met elkaar samen. De *manier waarop* iets gezegd wordt is namelijk een onderdeel van *wat* er gezegd wordt.

Bij 'vorm' gaat het volgens Houtkoop en Koole (2000: 104) om de manier waarop de interactie zich ontwikkelt. Deelnemers doen om beurten bepaalde uitingen waarmee ze communicatieve handelingen uitvoeren. Deze handelingen hebben een afzonderlijke communicatieve functie, bijvoorbeeld een verzoek, een mededeling of een toelichting. Dergelijke communicatieve handelingen kunnen zowel verbaal als non-verbaal zijn. Een communicatieve gebeurtenis bestaat vaak uit een aantal fases met hun eigen opvolging van handelingen. Zoals het geval is in veel institutionele interacties, zijn de opeenvolgende fases in bijvoorbeeld het anamnesege gesprek voor een deel een combinatie van communicatieve en fysieke handelingen.

*Key:* Volgens Hymes (1977: 57) heeft de *key* betrekking op de toon of stijl van de communicatie. De toon kan bijvoorbeeld serieus of grappig zijn. Volgens Bax (1995: 193-194) is *key* een attribuut van contexten. Het begrip duidt op de conventionele samenhang tussen contexten en communicatiestijlen. Via een specifieke *key* bepaalt of bevordert een bepaalde context een bepaalde taalgebruikersstijl: bij een sollicitatiegesprek moet een sollicitant bijvoorbeeld serieus, geïnteresseerd en gemotiveerd klinken.

Bax (1995: 194) maakt hierbij de opmerking dat *key* niet samenvalt met stijl. Keys zijn contextgerelateerde aannames die betrekking hebben op stijl en stijlkeuze. Taalgebruikers weten wanneer ze welk stijlregister moeten toepassen. Dat wil echter niet zeggen dat stijlen uitsluitend met contexten samenhangen. Stijl is voor een deel namelijk een attribuut van individuen. Iemand die bijvoorbeeld de neiging vertoont om ironisch te spreken of schrijven, zal dat in meerdere contexten doen.

*Instrumentalities:* Hymes (1977: 58) verstaat onder *instrumentalities* de keuze van het communicatiekanaal. Communicatie kan schriftelijk of mondeling plaatsvinden, of in een combinatie van beide. Bax (1995: 194) geeft aan dat ook non-verbale communicatiemiddelen een rol kunnen spelen. In arts-patiënt gesprekken echter, voert het gesproken woord de boventoon, en is er direct contact tussen de communicatiepartners.

---

*Normen:*

Alle regels met betrekking tot spreken hebben volgens Hymes (1977: 60) een normatief karakter. Het gaat hierbij om het gedrag dat daarmee gepaard gaat. Iemand moet bijvoorbeeld niet een ander interrumpen. Houtkoop en Koole (2000: 105) vullen dit aan met het gegeven dat communicatieve gebeurtenissen kunnen verschillen in de *normen* die voor interactie gelden. Het gaat hierbij vooral om wie er wanneer en tegen wie mag spreken, wat er gezegd mag worden en op welke manier dit gezegd moet worden. Een communicatieve gebeurtenis kent voor een deel specifieke normen voor interpretatie van uitingen. Hoe een bepaalde uiting geïnterpreteerd moet worden, is onder andere afhankelijk van de communicatieve gebeurtenis waarvan het onderdeel is. Als een verpleegkundige vraagt: 'Rookt u?' zal dit tijdens een anamnesegeprek anders geïnterpreteerd worden dan tijdens een feestje.

*Genre:*

Tot slot is er het component *genre*. Met genre bedoelt Hymes (1977: 61) categorieën als een verhaal, een presentatie, een advertentie en dergelijke. Een genre kent bepaalde karaktereigenschappen die geanalyseerd kunnen worden. Houtkoop en Koole (2000: 106) voegen hieraan toe dat bij een bepaalde communicatieve gebeurtenis specifieke mondelinge of schriftelijke genres aan de orde kunnen zijn. Neem bijvoorbeeld een vergadering die gebruik maakt van een agenda en eventuele vergaderstukken.

Tabel 1: Uitleg Speaking-model.

---

## 3. Methode

*“When one’s concern is the experience of people, the way that they think, feel and act, the most truthful, reliable, complete and simple way of getting that information is to share their experience.”*

(Douglas in: Waddington, 1995: 107)

In dit hoofdstuk wordt de methode van dit onderzoek besproken. In de volgende paragraaf volgt een bespreking van de onderzoeksvraag en bijbehorende deelvragen. In paragraaf 3.2 staat het type onderzoek centraal. In paragraaf 3.3 wordt de onderzoeksgroep besproken. In paragraaf 3.4 wordt de dataverwerking uiteengezet en in paragraaf 3.5 wordt de analyseprocedure nader toegelicht.

### 3.1 Onderzoeksvragen

De centrale onderzoeksvraag zoals die in hoofdstuk 1 is opgesteld, luidt: ‘Wat kenmerkt de verschillende communicatieve situaties van regieverpleegkundigen en seniorverpleegkundigen op de afdeling Oncologie/Cardiologie van de Beatrix Kinderkliniek van het UMCG?’. Deze vraag wordt in twee deelvragen opgesplitst. Deze deelvragen zijn als volgt geformuleerd:

- Welke communicatieve situaties zijn te onderscheiden rondom de regie- en seniorverpleegkundigen op de afdeling Oncologie/Cardiologie van de Beatrix Kinderkliniek van het UMCG?
- Welke patronen kenmerken de communicatie waar regie- en seniorverpleegkundigen mee te maken krijgen?

Om deze vragen te kunnen beantwoorden, moet een onderzoeksmethode opgezet worden. Gekozen is voor het uitvoeren van een kwalitatief onderzoek, ingericht in de vorm van een participerende observatie. Dit onderzoek is inductief van aard, waardoor de bestaande theorieën die in het vorige hoofdstuk besproken zijn, samen met een bestudering van de onderzoeksdata, gebruikt worden om in hoofdstuk 5 (Conclusie, discussie en aanbevelingen) tot nieuwe ideeën te komen met betrekking tot de onderzoeksvraag. Onderstaande paragrafen gaan dieper in op de onderzoeksmethode die in dit onderzoek gehanteerd wordt.

### 3.2 Type onderzoek

Het onderzoek zoals dat wordt uitgevoerd, is een beschrijvend veldonderzoek. Daarnaast heeft het een duidelijk exploratief karakter, omdat nog weinig bekend is over het onderwerp van onderzoek. In het onderzoek wordt een etnografische benadering van de communicatie toegepast. Wolcott (1999), Germain (2001) en Fetterman (1989) stellen dat etnografie in een klinische setting gebruikt kan worden om microculturen op bijvoorbeeld verpleegafdelingen te bestuderen, of macroculturen op een hele afdeling. Deze vorm van onderzoek kan helpen om bepaalde problemen in klinische settings te definiëren. Het biedt inzicht in het grote geheel van een probleem en verschaft inzichten in het menselijke perspectief (Deitrick e.a., 2006).

Bij het verzamelen van data over de kwaliteit van de gezondheidszorg zijn kwalitatieve methoden - vooral etnografische - bruikbare methoden, omdat zij een diepere visie bieden op het perspectief van patiënt en verzorger. De etnografie kan inzicht en begrip verschaffen in situaties die bij het gebruik van enkel kwantitatieve methoden niet verkregen zouden worden (Deitrick e.a., 2006: 316). Kwantitatief onderzoek is namelijk vooral gebaseerd op oorzaakgevolg relaties, terwijl kwalitatief onderzoek gericht is op het zoeken naar verklaringen, gebaseerd op patronen die volgen uit de onderzoeksdata (Wenger, 1985: 288).



---

Brewer (2000: 59) zegt dat etnografie niet een bepaalde manier is om data te verwerven, maar een onderzoeksstijl is om sociale betekenissen en activiteiten van mensen in een bepaalde setting te begrijpen. Dit gaat vaak gepaard met observatie. Om sociale betekenissen te achterhalen, gedrag te observeren en nauw samen te werken met informanten, zijn meerdere manieren van dataverzameling nodig: observatie, transcripten van interviews en de verzameling van aanvullende data zoals foto's, dossiers en andere ondersteunende data of documenten. Etnografen bestuderen de verschillende soorten data om te kunnen zien hoe deze met elkaar vergeleken kunnen worden (Deitrick e.a., 2006: 320). Etnografisch onderzoek kenmerkt zich dan ook door deze combinatie van dataverzameling, die ook wel triangulatie wordt genoemd (Brewer, 2000: 59). Fetterman (1989) voegt hier aan toe dat triangulatie kan helpen om de bevindingen in een etnografisch project te valideren. Daarnaast is het belangrijk om de data terug te koppelen aan de onderzoeksgroep met de vraag: 'Hebben we het goed gezien?'.

In dit onderzoek wordt door middel van triangulatie inzicht verkregen in de communicatieve situaties waar regie- en seniorverpleegkundigen mee te maken krijgen. De resultaten van het onderzoek kunnen verwerkt worden in een vervolgonderzoek of een bijscholingsprogramma op het gebied van communicatie in de gezondheidszorg.

### **3.2.1 Onderzoek naar etnografie van de communicatie**

Duranti (1985: 199) stelt dat etnografie van de communicatie verschillende aspecten beslaat van het sociale leven van een bepaalde groep. Het doen van onderzoek naar etnografie van communicatie betekent ten minste twee dingen:

- 1) Men dient etnografische technieken te gebruiken zoals participerende observatie, interviews met de participerende deelnemers over normen en verwachtingen ten aanzien van het gebruik van taalgebruik, extensieve vastlegging van verbale activiteiten van mensen over een aantal verschillende situaties, transcripten van het vastgelegde materiaal, met behulp van leden van de onderzochte groep om de specifieke uitingen te kunnen begrijpen zoals die gedaan zijn door de leden van de groep.
- 2) Men heeft etnografische interesse in de beschrijving van de vorm en inhoud van verbale interactie. Interesse in de inhoud van verbale interactie veronderstelt onder andere een interesse in de manier waarop deelnemers aan een communicatieve situatie hun acties zien, alsook een interesse voor een cultuurspecifieke definitie van (delen van) de bestudeerde activiteiten.

Begrip van alledaags taalgebruik impliceert begrip van de soorten activiteiten waarin taalgebruik, en vorm en inhoud van taalgebruik, gebruikt wordt door sprekers in de context van dagelijkse interactie. Een systematische etnografische analyse van bepaalde communicatieve activiteiten of gebeurtenissen, geeft ons een verklaring voor de kenmerken van communicatieve competenties die relevant zijn in de studie naar discourse patronen omtrent het gedrag in het sociale aspect van ons leven (Duranti, 1985: 201). Taalgebruik vormt hier een onderdeel van.

Bij etnografisch onderzoek gaat men ervan uit dat de onderzochte (sub)cultuur een zekere structuur of organisatie bezit en de analyse erop gericht is deze systematiek te achterhalen (Otto, 1995: 514). Een etnograaf is zodoende op zoek naar patronen die zich voordoen in sociaal gedrag. Hierbij wil hij niet alleen beschrijven hoe een bepaalde groep wordt samengehouden door hun overeenkomsten, maar ook hoe ze zijn verenigd ondanks de verschillen die ze kennen (Duranti, 1997: 88). Om deze patronen te ontdekken, worden zoveel mogelijk data uit het onderzoeksveld verkregen. Dit gebeurt door middel van systematische observatie, waarbij de onderzoeker het onderzoeksveld open betreedt en vooraf geen hypothesen heeft geformuleerd. Op deze manier kunnen de data niet gestuurd worden door verwachtingen van de onderzoeker.

---

Nadat de data verzameld zijn, kunnen ze geïnterpreteerd worden. Aan de hand hiervan kunnen patronen worden vastgesteld die ook kunnen leiden tot het opstellen van hypothesen over culturele betekenissen en waarden. Glaser en Strauss (in: Strauss, 1987: 21) noemen deze methode 'Grounded Theory'. Deze benadering vormt theorieën die voortkomen uit een kwalitatieve dataverzameling. Na interpretatie van de verzamelde gegevens wordt een theorie ontwikkeld over de etnografische data. Die theorie bestaat uit geformuleerde patronen en samenhangen tussen kenmerken van speech events.

### 3.2.2 Veldonderzoek door middel van participerende observatie

Onderzoek naar etnografie vereist veldonderzoek (Saville-Troike, 2003: 3). De kwalitatieve uitwerking van veldonderzoek maakt het voor onderzoekers mogelijk om de menselijke samenleving te observeren in zijn natuurlijke habitat (Babbie, 2004: 281). Ook Hymes beargumenteert dat etnografen communicatiepatronen kunnen analyseren door middel van participerende observatie (Schiffrin, 1994: 140). Binnen deze methode oefent de onderzoeker namelijk geen controle uit op de omgeving waarin de communicatie plaatsvindt. Hij analyseert alleen alle interacties waarin hij direct betrokken is (Shimanoff, 1980: 154).

Participerende observatie is een onderzoeksmethode waarbij men het onderzoeksveld (in dit geval de Beatrix Kinderkliniek) zo 'open' mogelijk probeert te benaderen. Dit betekent dat de onderzoekers nog geen duidelijk uitgewerkte theoretische begrippen of hypothesen hanteren, maar open staan voor alle, al dan niet opvallende verschijnselen (Francke, 1990: 76). Bij participerende observatie probeert de participerende observeerder communicatieve regelmatigigheden te identificeren door interacties te observeren waarvan hij of zij deelnemer is. Observaties worden vervolgens zorgvuldig genoteerd (Shimanoff 1980: 179). Kluckhohn (in: Shimanoff, 1980) geeft de volgende definitie van participerende observatie en het doel daarvan:

[Participant observation and its purposes is] conscious and systematic sharing, insofar as circumstances permit, in the live-activities, and, on occasion, in the interests and effects of a group of persons. Its purpose is to obtain data about behaviour through direct contact and in terms of specific situations in which the distortion that results from the investigators being an outside agent is reduced to a minimum.

(Kluckhohn in: Shimanoff, 1980: 179)

Duranti (1997: 102) geeft aan dat variatie in de manier van observeren noodzakelijk is voor een uitgebreide beschrijving van een gebeurtenis of sociale situatie. Dit houdt in dat een etnograaf moet wisselen in momenten met een hoge en een lage betrokkenheid in de activiteiten waaraan hij deelneemt. Brewer (2000: 59) vult dit aan door te zeggen dat de etnograaf zich moet identificeren met de groep mensen die hij observeert, waarbij een zekere professionele afstand behouden moet worden, zodat een adequate datacollectie plaats kan vinden.

In zijn boek 'Participant Observation' stelt Spradley (1980: 56, 64) dat een participerende observeerder de bestudeerde situatie moet benaderen met een zogenaamde groothoeklens: hij moet zoveel mogelijk informatie verzamelen, ook als die op het eerste gezicht niet relevant lijkt. Deze informatie kan op allerlei manieren verkregen worden: via het vastleggen van mondelinge communicatie, schriftelijke communicatie, losse observaties van de observeerder, enzovoorts. Dit materiaal samen vormt het uitgangspunt van waaruit een etnografie geschreven kan worden van - in dit geval - de communicatieve situaties waar regie- en seniorverpleegkundigen mee te maken krijgen.

Bij het uitvoeren van een beschrijvende observatie moet gekeken worden naar de sociale situatie. Daarbij moeten zoveel mogelijk aspecten van de situatie worden vastgelegd. Spradley (1980: 73) benadrukt dat de situatie hierbij benaderd moet worden met in het achterhoofd enkel en alleen de vraag: 'Wat gebeurt hier?'. Dit voorkomt dat de onderzoeker gaat zoeken naar een antwoord op een bepaalde, concrete vraag en daarmee de data stuurt.

---

### 3.2.3 Betrouwbaarheid

Een onderzoek voldoet aan het begrip betrouwbaarheid, wanneer het onderzoek meerdere keren uitgevoerd kan worden met steeds dezelfde resultaten (Babbie, 2004: 141). Om binnen dit onderzoek betrouwbaarheid te bereiken, is een observatieschema ontwikkeld dat bestaat uit de diverse componenten van het Speaking-model uit het vorige hoofdstuk (meer over dit observatieschema in paragraaf 3.4.2.5). De observationele begrippen in dit model zijn door middel van gelijke operationalisatie tot stand gekomen, dat wil zeggen dat de onderzoekers per component dezelfde definities hanteren. De te observeren begrippen worden hierdoor op dezelfde wijze getypeerd. Dit komt de betrouwbaarheid ten goede.

Shimanoff (1980: 180) stelt dat een participerende observeerder diverse verantwoordelijkheden heeft ten opzichte van de lezers van het onderzoek. De observeerder moet namelijk duidelijk zijn eigen rol binnen de observatie beschrijven, evenals zijn status en bepaalde vooroordelen die mogelijk de nauwkeurigheid van de beoordelingen kunnen beïnvloeden. Daarnaast benadrukt Shimanoff dat de gehele procedure helder omschreven moet worden, zodat ieder ander tot dezelfde bevindingen kan komen.

Etnografisch onderzoek bevat onvermijdelijk een persoonlijk aspect. De kenmerken en vaardigheden van de onderzoekers bepalen tot op zekere hoogte de resultaten. Deze vorm van subjectiviteit is onvermijdelijk, omdat juist het zich onderdompelen in de onderzochte subcultuur een essentieel onderdeel is van de etnografische methode; de onderzoekers zijn zelf het belangrijkste onderzoeksinstrument vanwege hun menselijke gevoeligheid voor verschillen in culturen en subculturen (Otto, 1995: 505). De onderzoekers zullen echter proberen de subjectiviteit van het onderzoek zoveel mogelijk te beperken, door de resultaten zo algemeen geldig als mogelijk te laten zijn. De betrouwbaarheid wordt tevens gewaarborgd door in de onderzoeksrapportage zoveel mogelijk concrete data in de etnografie te betrekken en daarmee de conclusies te onderbouwen. Bovendien kan de betrouwbaarheid versterkt worden als het onderzoek wordt uitgevoerd door twee personen, wat in dit geval zo is. Middels een 'peer-debriefing' (Lincoln en Guba, 1985) worden de resultaten dan uitvoerig onderling besproken, wat de kwaliteit van het onderzoek bevordert.

Een kanttekening bij de betrouwbaarheid is een begrip dat door Saville-Troike (2003: 92) 'the observer's paradox' wordt genoemd: de aanwezigheid van de onderzoekers heeft altijd een bepaald effect op de andere deelnemers. Het effect hiervan is niet te meten; een observeerder kan immers niet observeren wat er gebeurd zou zijn als hij/zij niet aanwezig zou zijn geweest bij de situatie.

### 3.2.4 Validiteit

De validiteit van een meting is de mate waarin de meting aan zijn doel beantwoordt (Babbie, 2004: 143). Validiteit is een primair criterium van een goede etnografie. Validiteit in etnografie betekent de precisie waarmee het instrument en de observeerder de geobserveerde realiteit vastlegt en meet, en de manier waarop deze realiteit weergegeven wordt in het onderzoeksrapport (Germain, 2001: 300).

Het observatieschema voor speech events dat in paragraaf 3.4.2.5 uitgewerkt wordt, beschrijft de manier waarop de verschillende componenten van communicatieve situaties te herkennen zijn. Dit schema wordt toegepast door middel van een zeer directe observatiemethode, waardoor gemeten wordt wat volgens het onderzoek gemeten zou moeten worden, namelijk een complete beschrijving van de verschillende speech events. Het onderzoek kent daardoor een hoge mate van validiteit.

De componenten worden in het observatieschema met een aantal vragen omschreven en gedefinieerd. Hierdoor is voor beide onderzoekers duidelijk wat verstaan wordt met de componenten van het Speaking-model. De observatie vindt plaats op basis van de gegeven definities. Het observatieschema meet hiermee de componenten van het Speaking-model en is daarmee zowel begrips- als inhoudsvalide (Babbie, 2004: 144).

---

### **3.2.5 Medisch ethische kwesties**

Dit onderzoek betreft een beschrijving van de communicatieve situaties van regie- en seniorverpleegkundigen. Deelnemende regieverpleegkundigen, seniorverpleegkundigen en patiënten worden vooraf schriftelijk over het onderzoek geïnformeerd. Voor het observeren worden zowel regieverpleegkundigen, seniorverpleegkundigen, patiënten als ouders van patiënten om toestemming gevraagd. De bij het onderzoek verkregen gegevens worden als strikt vertrouwelijk behandeld en zullen geanonimiseerd worden verwerkt. Eventuele geluidsopnames worden op de afdeling verwerkt en na afloop van het onderzoek vernietigd. Bij het onderzoek worden geen invasieve methoden gebruikt. Het onderzoek levert voor de deelnemers geen extra risico op. Het onderzoek valt niet onder de Wet medisch onderzoek bij mensen.

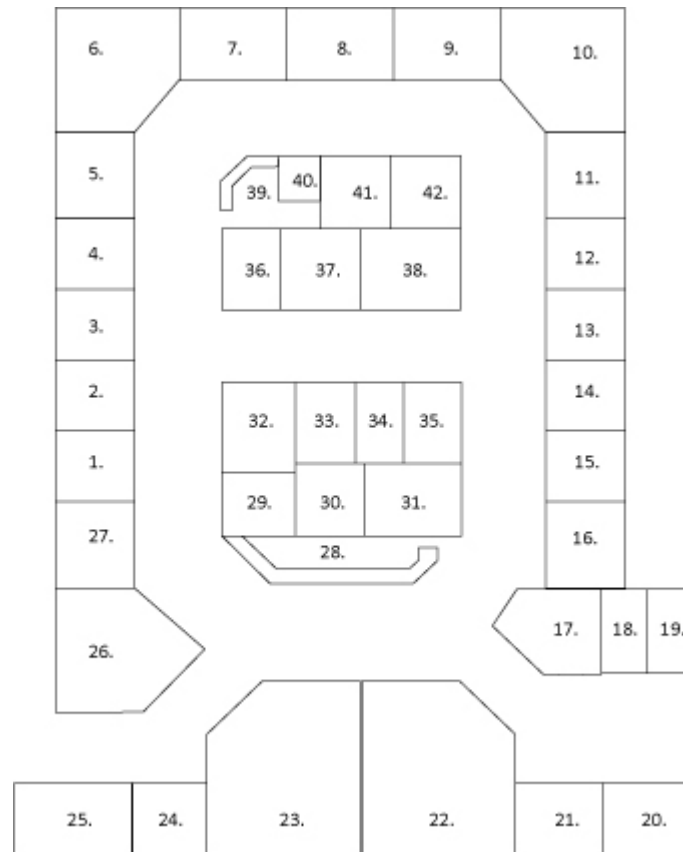
### **3.3 Onderzoeksgroep**

Eén van de afdelingen binnen de Beatrix Kinderkliniek is de afdeling Oncologie/Cardiologie. Deze afdeling staat centraal binnen dit onderzoek. Op dit moment loopt er een project in de Kliniek ter verbetering van de communicatie. Een onderzoek naar de huidige communicatieve situaties waar regie- en seniorverpleegkundigen op deze afdeling mee te maken krijgen, levert mogelijk resultaten op die kunnen leiden tot suggesties voor verbetering van de communicatie op de Beatrix Kinderkliniek. In de volgende subparagrafen wordt de organisatie van de Beatrix Kinderkliniek nader toegelicht, evenals de taken van de regieverpleegkundige en de seniorverpleegkundige.

#### **3.3.1 De Beatrix Kinderkliniek, afdeling Oncologie/Cardiologie**

De afdeling kinderoncologie en -cardiologie is gehuisvest op de tweede verdieping van gebouw M in het UMCG en wordt M2VA genoemd. Op deze afdeling kunnen 24 kinderen worden opgenomen. Deze kinderen variëren in de leeftijd van 0 tot 18 jaar. De kinderen worden behandeld voor diverse aandoeningen. Veel kinderen vallen onder de categorieën 'het ernstig zieke kind' of 'het chronisch zieke kind'. De meeste kinderen worden er behandeld voor een oncologische of een cardiale aandoening. De behandeling bestaat dan uit bijvoorbeeld chemokuren of het ondergaan van een hartoperatie. De intensiteit van de zorg varieert van laag tot hoog complex, afhankelijk van de aandoening van het kind. De opnameduur kan variëren van een paar dagen tot meerdere weken of zelfs maanden. De meeste kinderen komen regelmatig op de afdeling terug voor een vervolgbehandeling. De ouders van de kinderen vervullen een belangrijke rol op deze afdeling. Voor hen zijn veel mogelijkheden om deel te nemen in de zorg. De afdeling biedt de mogelijkheid tot 'rooming in', waarbij ouders op de kamer van hun kind kunnen overnachten. Daarnaast kunnen ouders logeren in het gastenverblijf of in het Ronald McDonaldhuis. De afdeling is ingespeeld op de aanwezigheid van ouders. Zo is er een speciale keuken voor de ouders, een ouderkamer en een badkamer waar de ouders gedurende hun verblijf op de afdeling gebruik van kunnen maken.

Op de afdeling lopen verschillende medewerkers en disciplines rond, te weten: een hoofdverpleegkundige, een regieverpleegkundige voor onderwijs en bedrijfsvoering (vijf in totaal), seniorverpleegkundigen, verpleegkundigen met en zonder kinderaantekening, stagiaires van HBO-V en SPH, afdelingssecretaresses, voedingsassistentes, een afdelingsassistent, arts-assistenten voor de kindergeneeskunde, kinderartsen/ supervisors, co-assistenten, geneeskundestudenten, pedagogisch medewerkers, maatschappelijk werkers, Connie de poppenspeelster, Clini Clowns, fysiotherapeut, mondhygiënist, diëtiste, huishoudelijk medewerkers, laboranten, psychiater/psycholoog, pastoraal medewerker en apothekersassistenten. De afdeling kent veel verschillende ruimtes. Om te beginnen zijn er de patiëntenkamers, 15 in totaal, variërend van geïsoleerde boxen tot gezamenlijke kamers met ruimte voor vier patiënten. Daarnaast zijn er ruimtes zoals een koffiekamer, een overdrachtkamer, een regiekamer, twee behandelruimtes, een verpleegpost, een artsenkamer, de satellietapotheek, een medicijnkamer, enzovoorts. Voor het overzicht is op de volgende pagina een plattegrond van de afdeling weergegeven.



Figuur 2: Plattegrond Afdeling M2.

- |     |                     |     |                            |
|-----|---------------------|-----|----------------------------|
| 1.  | Box 1               | 22. | Koffiekamer                |
| 2.  | Box 2               | 23. | Speelkamer                 |
| 3.  | Box 3               | 24. | Kamer Hoofdverpleegkundige |
| 4.  | Box 4               | 25. | Satelliet Apotheek         |
| 5.  | Kamer 5             | 26. | Behandelkamer 2            |
| 6.  | Kamer 6             | 27. | Regiekamer                 |
| 7.  | Kamer 7             | 28. | Receptie                   |
| 8.  | Kamer 8             | 29. | Keuken ouders              |
| 9.  | Kamer 9             | 30. | Poppenkamer                |
| 10. | Kamer 10            | 31. | Overdrachtskamers          |
| 11. | Kamer 11            | 32. | Keuken                     |
| 12. | Box 12              | 33. | Medicijnkamer              |
| 13. | Box 13              | 34. | Vorraadhok                 |
| 14. | Box 14              | 35. | Berging                    |
| 15. | Box 15              | 36. | Toilet ouders              |
| 16. | Artsenkamer         | 37. | Linnenkamer                |
| 17. | Behandelkamer 1     | 38. | Afvalruimte                |
| 18. | Toilet personeel    | 39. | Verpleegpost               |
| 19. | Garderobe personeel | 40. | Chemisch toilet            |
| 20. | Ouderkamer          | 41. | Badkamer 1                 |
| 21. | Spreekkamer         | 42. | Badkamer 2                 |

---

De afdeling Oncologie/Cardiologie kent veel overlegmomenten tussen verschillende disciplines. In het document 'Afdelingsinformatie voor nieuwe medewerkers en stagiaires' (Beatrix Kinderkliniek, 2005) zijn de volgende overlegsituaties op de afdeling vastgelegd:

- Verpleegkundige overdrachten: 07.30, 15.15 en 23.30 uur;
- Werkbespreking: een aantal keer per jaar;
- Grote afdelingsvergadering of thema-avond: 2 keer per jaar;
- Artsenvisite: dagelijks om 09.00 uur in het bijzijn van verpleegkundige.  
Op woensdag 09.00 tot 10.30 uur lopende visite bij patiënten langs.  
Op donderdag is er een aparte visite voor cardiologie en algemene kinderen en een aparte visite voor de oncologiekinderen;
- Multi Disciplinair Overleg (MDO): één keer in de maand op dinsdag van 13.30 tot 14.30 uur worden oncologiekinderen besproken, wat betreft psychosociale begeleiding;
- Psychiatrie visite op donderdag om 13.30 uur;
- Patiëntbesprekingen met de verpleging en PM'ers.

### **3.3.2 De Regieverpleegkundige**

In dit onderzoek staan de communicatieve situaties van regieverpleegkundigen centraal. De regieverpleegkundige staat onder leiding van de hoofdverpleegkundige. De regieverpleegkundige is het aanspreekpunt van de afdeling. Hij/zij is verantwoordelijk voor de verpleegkundige zorg van een groep patiënten en geeft op basis van deskundigheid leiding aan een aantal medewerkers van een ander functieniveau. Het doel van de functie van een regieverpleegkundige is het bewaken van de kwaliteit van de zorg. De regieverpleegkundige werkt zelf niet in de patiëntenzorg, maar stuurt de patiëntenverzorgers aan. De regieverpleegkundige coördineert en bewaakt de continuïteit van het totale, integrale zorgproces waarbij meerdere disciplines betrokken zijn. Zo heeft een regieverpleegkundige intern bijvoorbeeld te maken met de hoofdverpleegkundige, de zorgmanager, medisch en verpleegkundig specialisten en met andere disciplines als fysiotherapeuten en maatschappelijk werkers. Extern heeft een regieverpleegkundige te maken met patiënten en hun familieleden en met organisaties die bij de patiëntenzorg worden betrokken, zoals de thuiszorg.

### **3.3.3 De Seniorverpleegkundige**

Wanneer de regieverpleegkundige geen dienst heeft, in de avond, nacht en in het weekend, wordt zijn of haar dienst overgenomen door een seniorverpleegkundige. In dit onderzoek zijn daarom ook de communicatieve situaties van seniorverpleegkundigen meegenomen als object van observatie.

Evenals de regieverpleegkundige, werkt de seniorverpleegkundige onder leiding van de hoofdverpleegkundige. Het verlenen van zorg aan de patiënt, het uitvoeren van verpleegtechnische handelingen en het informeren en adviseren van de patiënt behoren tot de voornaamste taken van de seniorverpleegkundige. Daarnaast zorgt de seniorverpleegkundige onder andere voor de planning en uitvoering van zorgtaken, zoals het inwinnen van informatie en het observeren en signaleren van zorgvragen van de patiënt. Tevens levert de seniorverpleegkundige een bijdrage aan de kwaliteit van de verpleegkundige zorg, bevordert hij/zij de eigen deskundigheid en instrueert en begeleidt hij/zij stagiaires en nieuwe medewerkers ten aanzien van de verpleegkundige zorgverlening (Intranet UMCG, 2007). In de praktijk blijkt dat de seniorverpleegkundige voornamelijk werkzaam is in de patiëntenzorg, waarin genoemde taken gecombineerd worden.

---

## 3.4 Observatieprocedure

Het onderzoek bestaat uit verschillende stappen. Er wordt gestart met een vooronderzoek. Het vooronderzoek bestaat uit een literatuurstudie (zie hoofdstuk 2) en een pretest in het veld. Na het vooronderzoek kan de daadwerkelijke analyse een aanvang nemen. Tijdens deze analyse wordt door middel van een participerende observatie vastgesteld hoe de communicatieve situaties waar regie- en seniorverpleegkundigen mee te maken hebben, getypeerd kunnen worden. Dit wordt gedaan aan de hand van het Speaking-model van Hymes (geïntroduceerd in het vorige hoofdstuk, meer hierover in paragraaf 3.4.2.5). Vervolgens worden tijdens de observaties vragen gesteld aan de betrokkenen, die voortkomen uit de situaties. Deze vragen kunnen inzicht bieden in de data en de manier waarop die geïnterpreteerd moeten worden. In de volgende paragrafen worden de genoemde stappen met betrekking tot de observatieprocedure nader toegelicht.

### 3.4.1 Vooronderzoek

De betrouwbaarheid, de validiteit en de mate waarin gegevens met elkaar vergelijkbaar zijn, zijn afhankelijk van de observeerder. Om de invloed van de observeerder op het gedrag van de geobserveerden te voorkomen, moet de rol van de observeerder getest worden in het veld voordat het werkelijke onderzoek van start gaat. Op die manier kan vastgesteld worden of en hoe de aanwezigheid van de observeerder van invloed is (Friedrichs en Lütke, 1975: 22). Om inzicht te krijgen in de onderzoeksgroep hebben de onderzoekers daarom, voordat de daadwerkelijke dataverzameling plaatsvond, een dag meegelopen op de afdeling. Tijdens dit vooronderzoek is het observatieschema getest en waar nodig aangepast. Daarnaast hebben de onderzoekers zich vooraf verdiept in het specialisme Oncologie/Cardiologie door middel van het boek 'De Specialistengids' (Wouda e.a., 1992) en de Teleac-cursus 'De Specialist'.

Om zowel het vooronderzoek als de daadwerkelijke analyse onder de regie- en seniorverpleegkundigen en de patiënten aan te kondigen, zijn zij door middel van een brief op de hoogte gesteld van het onderzoek. De brieven, toegespitst per onderzoeksgroep, hebben duidelijk gemaakt wie de onderzoekers zijn, in welk kader zij op de afdeling zijn, wat het doel van het onderzoek is en wat van de onderzoeksgroep verwacht wordt. In de brieven is benadrukt dat de onderzoekers de communicatieve situaties in kaart willen brengen en dat zij niet letten op de kwaliteit van de communicatie op de afdeling. Een ander belangrijk punt waar de onderzoeksgroep door middel van de brieven van op de hoogte is gesteld, is het feit dat alle betrokken personen en hun gegevens anoniem blijven. De brieven zoals die verstuurd zijn, zijn terug te vinden in het onderzoeksprotocol in bijlage VI (deel B).

### 3.4.2 Dataverzameling, -bewerking en -analyse

Spradley (1980: 26) beschrijft dat een etnograaf altijd handelt vanuit een cyclisch patroon, bestaand uit zes stappen. De cyclus begint met de selectie van een onderzoeksproject, in dit geval: het in kaart brengen van de communicatieve situaties op de Beatrix Kinderkliniek. Het eerste dat een etnograaf vervolgens moet bepalen, is de omvang van het onderzoek.

Voordat het veld betreden kan worden, moet gesteld worden dat het onderhouden van goede relaties in het veld van cruciaal belang is voor het welslagen van participerend onderzoek (Otto, 1995: 504). Enerzijds is dit belangrijk vanwege praktische redenen, zoals toegang tot sociale situaties, anderzijds wordt de kwaliteit van de verkregen data mede bepaald door de mate waarin men als onderzoeker in vertrouwen wordt genomen. Otto (1995: 505) stelt dat de onderzoeker er daarom op moet letten hoe hij of zij overkomt en dat ernaar gestreefd moet worden om het contact zo soepel mogelijk te laten verlopen. Hierbij is ook de introductie op de onderzochte afdelingen van groot belang. Wanneer dit goed verloopt, is de kans dat de onderzoekers weerstand zullen ondervinden vanuit de onderzoeksgroep kleiner dan wanneer de introductie ongeorganiseerd tot stand komt.

---

De tweede stap bij etnografisch onderzoek is het stellen van etnografische vragen. Dit wordt niet alleen toegepast op interviews; zelfs tijdens de meest eenvoudige observaties en veldnotities kunnen vragen gesteld worden. Wanneer gewerkt wordt met het cyclische onderzoekspatroon, zullen telkens nieuwe vragen ontdekt worden die de datacollectie kunnen leiden. Wanneer de data geanalyseerd worden, zullen ook weer vragen ontstaan die ervoor zorgen dat de cyclus herhaald wordt. Etnografische vragen zijn voornamelijk beschrijvend van aard: 'Welke mensen zijn hier?', 'Wat doen ze?', 'Wat is de setting van deze sociale situatie?'. De ontdekking en het gebruik van etnografische vragen begeleiden een onderzoeker in dat wat hij ziet en hoort (Spradley, 1980: 32-33). In dit onderzoek laten de onderzoekers zich leiden door de vragen die opgesteld zijn binnen het Speaking-model (paragraaf 3.4.2.5). Het Speaking-model wordt ingezet om speech events in kaart te kunnen brengen.

De derde stap is het verzamelen van etnografische data. De dataverzameling komt tot stand via triangulatie. Dit houdt in dat voor het verkrijgen van de data verschillende onderzoeksmethoden worden toegepast (Babbie 2004: 113). Deze methoden zijn participerende observatie, halfgestructureerde diepte-interviews en het gebruik van persoonlijke documenten, zoals logboeken. Om inzicht te krijgen in de verschillende communicatieve situaties van regie- en seniorverpleegkundigen, worden de drie typen dataverzameling op elkaar betrokken. De drie typen vullen elkaar niet alleen aan, maar versterken elkaar ook. Door middel van participerende observaties worden de activiteiten van regie- en seniorverpleegkundigen in kaart gebracht. Daarnaast worden de karakteristieken van de sociale situatie beschreven en de ervaringen van de onderzoeker om deel uit te maken van het tafereel. Tijdens het veldwerk zal de manier van observeren veranderen. In het begin worden brede, beschrijvende observaties gedaan om een overzicht te krijgen van de sociale situatie. Na het analyseren van deze eerste data worden meer gerichte observaties gedaan. Tot slot, na meerdere analyses en herhaalde observaties in het veld, kunnen selectieve observaties uitgevoerd worden (Spradley, 1980: 33).

De vierde stap is het maken van een etnografisch rapport. Dit houdt in: het maken van veldnotities, tekeningen, plattegronden en het opnemen van observaties. Dit rapport vormt een brug tussen de observatie en de analyse (Spradley, 1980: 33). Wanneer de onderzoekers tijdens het observeren geen nieuwe situaties meer tegenkomen, kan ervan uit worden gegaan dat alle communicatieve situaties zich hebben voorgedaan tijdens het observeren. Er is dan sprake van theoretische satisfactie. Zolang nieuwe situaties zich voor blijven doen, betekent dat dat de dataverzameling nog niet compleet is. De observaties zullen dan voortgezet moeten worden, totdat er geen nieuwe situaties meer aan de orde komen.

Het in kaart brengen van de communicatieve situaties geschiedt zoals eerder genoemd aan de hand van invulling van het Speaking-model. Daarnaast wordt een logboek bijgehouden, waarin kenmerken van de communicatieve situaties genoteerd zijn. Naast het gebruik van het Speaking-model bleek het soms nodig om geluidsopnames te maken. Geluidsopnames bieden namelijk een nauwkeuriger weergave van een interactie dan schriftelijke notities. Op deze manier kunnen exacte weergaven van de gesprekssituaties gegeven worden. Ook maken transcripten het mogelijk om gesprekken te tonen vanuit het oogpunt van de geobserveerden (Duranti, 1997: 95). De gesprekken die opgenomen zijn, hebben betrekking op gesprekken tussen verschillende collegae. De opnamen zijn uitgeschreven, zodat de letterlijke uitspraken tijdens de gesprekken te achterhalen zijn en als concrete voorbeelden in de analyse kunnen dienen. Gesprekken met patiënten en ouders van patiënten zijn om privacyredenen niet opgenomen. De transcripten zijn terug te vinden in bijlage III van deel B.

Wat geluidsopnames betreft, maakt Duranti de kanttekening dat het, om ethische, economische en praktische redenen, vaak niet mogelijk is om alles op te nemen. In dit onderzoek is dan ook besloten dat, vanwege de privacygevoeligheid van geluidsopnames, de interacties tussen regie- en seniorverpleegkundigen en patiënten en/of ouders van patiënten niet worden opgenomen. Alleen de interacties die de regie- en seniorverpleegkundige met collegae heeft, zijn opgenomen. Wanneer tijdens de observaties besloten werd om geluidsopnames te maken, werd dat vooraf aangekondigd en is om uitdrukkelijke toestemming gevraagd.



---

Volgens Duranti zullen zich ook situaties voordoen waarbij juist een geschreven beschrijving meer informatie oplevert dan een opname. Ook geeft hij aan dat wanneer situaties al schrijvend worden beschreven, men met het volgende rekening moet houden:

[...] We must start with the following assumption: any process of documentation is, by definition, partial, that is, it assumes a point of view and it is selective – this implies that we will never have a ‘perfect’ recording device that would reproduce the exact context of the recorded event.

[...]

Once we accept such a partiality, however, we also realise that it is part and parcel of our goal, namely, analysis. In other words the selective procedure of any kind of description gives it its analytical properties. An analysis is, after all, a selective process of representation of a given phenomenon with the aim of highlighting some of its properties. An analysis that tried to reproduce a perfect copy of its object would not be an analysis, it would give it back to us the way it was. Analysis implies transformation, for some purpose.

(Duranti, 1997: 114)

Naast het maken van geluidsopnames en schriftelijke notities bleek ook het maken van plattegronden en tekeningen in bepaalde situaties relevant. Achteraf kon dan namelijk nog eens bekeken worden hoe de opstelling van personen in een bepaalde setting was. Wie zat er bijvoorbeeld aan het hoofd van de tafel bij een overdracht? Duranti (1997: 115) geeft ook aan dat afbeeldingen helpen om meer details van een bepaalde setting in kaart te brengen die anders wellicht over het hoofd waren gezien. Daarnaast kunnen tekeningen als geheugensteuntje werken om achteraf te kunnen bepalen wie aanwezig was en wie zich waar bevond.

De vijfde stap die volgt, is het analyseren van de etnografische data. Deze stap kan pas plaatsvinden wanneer een grote hoeveelheid data verzameld is. De analyse beslaat een proces waarin herhaaldelijk vragen worden gesteld. De etnograaf betreedt niet met specifieke vragen het veld, maar hij analyseert de data, verkregen uit participerende observatie om vragen te ontdekken. Na elke observatieperiode moeten veldnotities geanalyseerd worden om te kunnen bepalen waar, in de volgende observatieperiode, op gelet moet worden. Dan volgt het schrijven van een etnografie. Het schrijven van een etnografie dwingt de etnograaf tot een intensieve vorm van analyse. Het schrijven vormt een onderdeel van de triangulatie in de analyse. Ook nu kunnen observaties nog aangevuld worden en kunnen nieuwe vragen naar boven komen.

### **3.4.2.1 Probleemstellingen**

Voorafgaand aan de participerende observaties is een aantal globale probleemstellingen geformuleerd, die de onderzoekers tijdens hun observaties als uitgangspunt hebben genomen. Deze probleemstellingen zijn als volgt geformuleerd:

- Welke typen speech events doen zich voor in contacten tussen regie-/seniorverpleegkundigen en collegae, regie-/seniorverpleegkundigen en artsen, regie-/seniorverpleegkundigen en patiënten en regie-/seniorverpleegkundigen en ouders?
- Hoe zijn deze verschillende typen speech events gestructureerd?

In de volgende paragrafen wordt dieper ingegaan op de tijdsduur van het onderzoek, de plaats van de observaties, de identiteit van de onderzoekers, het observatieschema en de dataregistratie.

### **3.4.2.2 Tijdsduur van het onderzoek**

Om een antwoord te kunnen geven op de centrale onderzoeksvraag en de deelvragen, is gedurende een totaal van vier weken meegelopen met verschillende diensten van regie- en seniorverpleegkundigen. Tijdens de vier weken is een aantal willekeurige diensten geobserveerd. De theoretische satisfactie werd bereikt op het moment dat er zich geen nieuwe situaties meer voordeden. In totaal zijn negen diensten

geobserveerd: zeven dagdiensten en drie avonddiensten. Hierbij wordt de kanttekening geplaatst dat regieverpleegkundigen alleen overdag werkzaam zijn, van maandag tot en met vrijdag. Wanneer zij afwezig zijn (in de avond, nacht of in het weekend), neemt een seniorverpleegkundige hun dienst over. Deze diensten zijn ook meegenomen in de observaties. Daarnaast is een Multidisciplinair Overleg geobserveerd.

Het volgende schema geeft een overzicht van de observatiemomenten:

*D = dagdienst, A = avonddienst*

Weeknummer	Datum	Beatrix Kinderkliniek	
		D	A
19	Maandag 7 mei 2007	X	
	Woensdag 9 mei 2007	X	
	Donderdag 10 mei 2007	X	
	Zondag 13 mei 2007		X
20	Maandag 14 mei 2007		X
	MDO (di 15 mei) 2007	X	
21	Woensdag 23 mei 2007		X
	Donderdag 24 mei 2007	X	
	Vrijdag 25 mei 2007	X	
22	Zondag 3 juni 2007	X	

Tabel 2: Overzicht observatiedata.

### 3.4.2.3 Plaats van observatie

De observaties vinden plaats op M2: de Oncologie/Cardiologie verpleegafdeling van de Beatrix Kinderkliniek. Op deze afdelingen zijn de regieverpleegkundigen en seniorverpleegkundigen gevolgd tijdens hun interacties met collegae, patiënten, ouders van patiënten, artsen, enzovoorts. Omdat het in de meeste gevallen bedreigend overkwam als beide onderzoekers met dezelfde verpleegkundige meeliepen, zijn de onderzoekers meestal opgesplitst en hebben zij elk één regie- en/of seniorverpleegkundige geobserveerd in zijn/haar interacties. Halverwege de dienst hebben de onderzoekers gewisseld. Op deze manier hebben de onderzoekers vergelijkbare ervaringen per regie-/seniorverpleegkundige en kunnen zij hun bevindingen met elkaar uitwisselen.

### 3.4.2.4 Identiteit van de onderzoekers

Tijdens veldonderzoek kan een onderzoeker verschillende rollen aannemen, inclusief participeren in het object van observatie (Babbie, 2004: 285). Gold (1958) en Junker (1960) (in: Otto, 1995: 507) beschrijven vier mogelijke identiteiten die een onderzoeker tijdens observatie aan kan nemen:

1. De *volledige observator*, die geen actieve rol aanneemt in de onderzochte groep en die ook zijn status als onderzoeker niet bekend maakt.
2. De *observator als participant*, die niet actief deelneemt aan de groepsactiviteiten, maar zijn status als onderzoeker is wel bekend. De onderzoeker gaat alleen oppervlakkige contacten aan met de mensen die geobserveerd worden, bijvoorbeeld door hen op bepaalde momenten vragen te stellen.
3. De *participant als observator*, die wel deelneemt aan het sociale leven van de groep en waarvan de status als onderzoeker bekend is.
4. De *volledige participant*, die actief deelneemt aan de groep, maar verhuld optreedt en daarmee zijn rol als onderzoeker verborgen houdt.

In dit onderzoek is ervoor gekozen om de rol aan te nemen van observator als participant, de derde mogelijkheid die hierboven omschreven wordt. Het voordeel hiervan is dat de rol als onderzoeker bekend is bij de onderzoeksgroep, wat voordeel kan hebben bij de toegang tot de data. Daarnaast neemt de observator deel aan het sociale leven, waardoor hij/zij de interactie nauwkeurig kan waarnemen. Ook

---

kent de rol volgens Otto (1995: 507) veel manoeuvreerruimte, omdat de onderzoeker meestal niet vast zit aan zijn participantenrol en zijn aanwezigheid bij meerdere sociale situaties verantwoord kan worden. Een nadeel is dat de aanwezigheid van een onderzoeker een bepaalde weerstand kan oproepen bij de onderzoeksgroep. Wanneer de onderzoeker voor langere tijd meeloopt, kan dit afnemen, omdat de onderzoeker dan vaak als een normaal verschijnsel gezien wordt.

Een laatste opmerking met betrekking tot de identiteit van de onderzoekers tijdens de observaties betreft hun status. De onderzoekers moeten namelijk zo min mogelijk invloed uitoefenen op de situaties die geobserveerd worden. Om dit te bereiken is de identiteit verhuuld door zoveel mogelijk mee te lopen in een witte jas. Op die manier zijn zowel patiënt als verpleegkundige niet geconfronteerd met een echte buitenstaander. Hierdoor zullen zij zich minder 'bedreigd' voelen bij het doen van bepaalde uitingen. Nadeel van de verhuilde status kan zijn dat de onderzoekers gezien worden als arts. Wanneer de onderzoekers medisch gerelateerde vragen krijgen, zullen zij antwoorden dat zij stagiaires zijn en geen antwoord kunnen geven op de vragen.

### **3.4.2.5 Observatieschema speech events**

Om de speech events in kaart te brengen, is aan de hand van het Speaking-model (zie paragraaf 2.7.1) onderstaand observatieschema opgesteld. Aan de hand van dit schema worden de volgende aspecten van medische communicatie geobserveerd. Voor elke communicatieve situatie wordt dit observatieschema ingevuld.

*Setting:*                      Waar vindt de communicatie plaats? (locatie)  
                                     Hoe is de opstelling tijdens het gesprek?  
                                     Hoe is de fysieke positionering van de gespreksdeelnemers, ook ten opzichte van elkaar?

*Scene:*                         Wie structureert het gesprek/ schriftelijke document?  
                                     Hoe wordt het gesprek georganiseerd?  
                                     Op welk tijdstip vindt het gesprek plaats?  
                                     Wanneer wordt het schriftelijke document opgemaakt en gebruikt?

*Participants:*                Wie neemt deel aan de communicatieve situatie?  
                                     Wie spreekt tegen wie? Wanneer? Waarover? Hoe? (In welke stijl?)  
                                     Wat zijn de rollen van de deelnemers? Dit kunnen zijn:

#### *Hoordersrollen:*

- Deelnemende hoorder (iemand die aan het gesprek deelneemt)
- Niet deelnemende hoorder (iemand die alleen maar luistert)
- Geratificeerde afluisteraars (mensen waarvan de gespreksvoerders weten dat ze meeluisteren)
- Ongeratificeerde afluisteraars (mensen die het gesprek afluisteren zonder dat de gespreksvoerders dat weten)

#### *Sprekersrollen:*

- Principal (iemand waarbij zijn/ haar positie gevormd wordt door dat wat er gezegd wordt, iemand waarvan zijn/ haar overtuigingen doorgegeven worden en iemand die dus voor en namens zichzelf spreekt)
- Author (iemand die de visies van iemand anders weergeeft, maar zelf de woorden kiest waarin hij/ zij dat doet)
- Animator (een spreker die teksten voordraagt of voorleest (herhaalt) die hij niet zelf bedacht, noch geformuleerd heeft)

*Ends:*                         Wat is het doel van de communicatieve situatie?  
                                     Welk hoofddoel wordt nagestreefd?  
                                     Waar zijn de resultaten voor bedoeld?

---

<i>Act sequence:</i>	<p>Wat zijn de opeenvolgende communicatieve handelingen?          Wie initieert binnen het gesprek?          Wie verricht welke handeling(en)?          Als er sprake is van begeleidende fysieke handelingen, wat zijn dan de opeenvolgende fases van die communicatieve handelingen?</p>
<i>Key:</i>	<p>Wat is de toon van de communicatie? (serieus, grappig, ironisch)          (is daarbij sprake van een onderscheid per deelnemer?)</p>
<i>Instrumentalities:</i>	<p>Welk communicatiekanaal wordt gebruikt? (mondeling (face-to-face of per telefoon), schriftelijk, digitale media, visuele media, of een combinatie)</p>
<i>Normen:</i>	<p>Op welke (ongeschreven) regels lijken (bepaalde) deelnemers zich te oriënteren in hun communicatieve gedrag?</p>
<i>Genre:</i>	<p>Op welke genres van mondelinge of schriftelijke communicatie oriënteren de deelnemers zich op een bepaald moment? (anamnesege gesprek, slecht-nieuwsgesprek, werkoverleg, agenda, notulen, dossiers etc.)</p>

Tabel 3: Observatieschema.

### 3.4.2.6 Halfgestructureerde diepte-interviews

Een belangrijk onderdeel van participierend onderzoek is het voeren van gesprekken met mensen in de onderzochte situatie (Otto, 1995: 509). Waar mogelijk en zinvol hebben de onderzoekers gesprekken aangeknoopt en vragen gesteld om de subcultuur te leren kennen en om verdere informatie te verkrijgen. De mensen met wie de etnograaf de gesprekken voert, worden door Otto (1995: 510) *informanten* genoemd. De informanten zijn vaak niet alleen op basis van hun kennis uitgekozen, aangezien ook andere factoren een rol spelen, zoals de tijd die de informanten beschikbaar hebben, hun interesse in het onderzoek, hun betrouwbaarheid en hun sociale positie.

Het meest gebruikelijke etnografische interview is samengesteld uit vragen die geen vastgestelde antwoordmogelijkheden hebben. De informant kan dus niet kiezen uit een aantal antwoordalternatieven, maar geeft informatie over zaken die voor de onderzoekers nog onduidelijk zijn gebleven (Saville-Troike, 2003: 100). In dit onderzoek zijn diverse vragen aan de orde gekomen tijdens de observaties. Dit waren open vragen ter verduidelijking van bepaalde situaties en handelingen. Net als bij de algemene onderzoeksopzet van de etnografische methode, wordt dus ook het interview gekenmerkt door een open en flexibele houding van de onderzoeker. Dit is noodzakelijk omdat de interviewer betekenissen wil achterhalen die hij of zij nog niet kent en dus vaak ook niet weet hoe hij/zij een vraag precies moet stellen (Otto, 1995: 511). De vragen die de onderzoeker stelt, volgen logischerwijs uit het gesprek. Het interview houdt zich daarmee zo min mogelijk vast aan een bepaalde structuur (Saville-Troike, 2003: 100).

### 3.4.3 Dataregistratie

De participerende observatie geschiedt voor een deel aan de hand van het Speaking-model. Hiermee wordt een aantal data verkregen. Deze dataverzameling moet op een systematische manier worden opgetekend, zodat het herhaaldelijk geraadpleegd kan worden, wil het geschikt zijn voor analyse. De eigenlijke veldnotities zijn hierbij belangrijker dan de mentale beelden die de onderzoeker geleidelijk aan vormt, omdat het geheugen als opslagplaats van data vaak onbetrouwbaar is, niet alleen omdat veel details vergeten worden, maar ook omdat herinneringen gekleurd worden door voorafgaande kennis en latere ervaringen (Werner en Schoepfle, 1987a: 67).

---

Bij het maken van de veldnotities noemt Spradley (1980: 65) een aantal algemene principes die relevant zijn. Ten eerste is het bij het maken van notities van belang dat de onderzoekers zo precies mogelijk aangeven hoe de dingen gezegd zijn. Het taalgebruik van de geobserveerden is op zichzelf een belangrijk etnografisch gegeven en moet als zodanig in de aantekeningen herkenbaar zijn. Bij latere analyse moet duidelijk zijn welke termen van de onderzoekers afkomstig zijn en welke termen zijn ontleend aan de bestudeerde (sub)cultuur. Ten tweede is het, om de manier van spreken in kaart te brengen, nuttig om uitspraken en zelfs hele gesprekken letterlijk te noteren. Dit is het zogenaamde *verbatim principe* dat het mogelijk maakt om later ontwikkelde inzichten aan reeds verzameld materiaal te toetsen. Tot slot is het belangrijk dat beschrijvingen zo concreet mogelijk zijn en ook details bevatten waarvan het op het moment van observeren nog niet duidelijk is of ze wel of niet relevant zijn voor het geobserveerde object van onderzoek (Otto, 1995: 512).

Tijdens de waarneming en analyse maakt de etnografisch onderzoeker gebruik van verschillende soorten aantekeningen. Korte notities, gemaakt tijdens het moment van observeren of interviewen, dienen zo snel mogelijk te worden uitgewerkt tot de eigenlijke veldnotities. Deze vormen een doorlopend, chronologisch verslag van observaties en gesprekken, waarbij nauwkeurig wordt aangegeven waar, wanneer en onder welke omstandigheden de informatie is verkregen. Naast de eigenlijke veldnotities houden veel etnografen een dagboek bij waarin ze meer persoonlijke ervaringen en indrukken opschrijven. Een dergelijk dagboek is ook een belangrijk onderzoeksinstrument omdat het daarmee mogelijk wordt om de onderzoekssituatie en de ontwikkeling van de veldwerker te relateren aan de verzamelde data (Otto, 1995: 513).

Ten Have (1977: 53-60) onderscheidt vier soorten veldwerknootities. Bij het beschrijven van de observaties in onderhavig onderzoek is dit onderscheid in acht genomen:

1. *Observatienotities*: aantekeningen over gebeurtenissen die de onderzoekers hebben meegemaakt die opgevat worden als droge registratie met een minimum aan interpretatie. Geprobeerd is om de waargenomen observaties zo nauwkeurig en concreet mogelijk weer te geven. Indien mogelijk is gebruik gemaakt van geluidsopnames.
2. *Theoretische notities*: aantekeningen waarin de onderzoekers verslag doen van interpreterende, typerende en vergelijkende gedachten over het materiaal. De theorie is gebruikt als richtlijn bij de analyse en bij het vinden van verklaringen.
3. *Methodologische notities*: aantekeningen die een neerslag zijn van de geplande en de gevolgde werkwijze. Ten Have (1977: 57) geeft aan dat het altijd goed is om tijd, plaats en omstandigheden per observatie of gesprek aan te geven en regelmatig na te gaan of hier geen eenzijdigheden insluipen. Door de observaties te spreiden, wordt een veelzijdig beeld verkregen.
4. *Reflexieve notities*: aantekeningen waarin de onderzoekers proberen bewust te worden van 'de eigen bijdrage' van de onderzoeksresultaten. Hierbij worden aantekeningen van gevoelens, gedachten en reacties van anderen bij bepaalde handelingen genoteerd.

Otto (1995: 513) voegt hieraan toe dat de meeste etnografen aantekeningen maken rond bepaalde thema's die beter systematisch opgeslagen kunnen worden. Hij noemt dit *thematische aantekeningen*. Dit zijn data zoals gegevens over de samenstelling van de geobserveerde groep en andere zaken waarvan de systematiek op het moment van verzamelen al vast ligt. Transcripten beschouwt Otto als een aparte categorie. De transcripten zijn de letterlijke uitwerkingen van verhalen of gesprekken die op geluidsband of video zijn opgenomen. De transcripten die voortkomen uit dit onderzoek zijn opgenomen in bijlage III van deel B.

## 4. Analyse communicatieve situaties

*“Ethnography is neither ‘subjective’ nor ‘objective’. It’s interpretive, mediating two worlds through a third.”*

(Agar, 1986: 19)

In dit hoofdstuk volgt een beschrijving, ofwel etnografie, van de observaties van de communicatieve situaties zoals die zijn gedaan op de afdeling Oncologie/Cardiologie van de Beatrix Kinderkliniek in het UMCG. Het Speaking-model heeft een handvat gevormd voor dit onderzoek. Een groot aantal communicatieve situaties is uitgewerkt in het Speaking-model. Voor de uitwerkingen van de communicatieve situaties volgens dit model wordt verwezen naar bijlage I (deel B). In dit hoofdstuk worden de kenmerken van de diverse speech events besproken, inclusief een aantal bijzondere aspecten die naar voren zijn gekomen uit de observaties. De speech events en bijzondere aspecten worden in afzonderlijke paragrafen besproken en toegelicht met enkele praktijkvoorbeelden. Deze voorbeelden zijn voorzien van een code. Deze verwijzen naar de bijbehorende opnamen of aantekeningen, waarvan de transcripten terug te vinden zijn in bijlage III van deel B. Voor de verklaring van gebruikte (medische) termen in dit hoofdstuk wordt verwezen naar de begrippenlijst. Voor het globale overzicht wordt in de volgende paragraaf een gemiddelde dagindeling gegeven van zowel de regie- als de seniorverpleegkundige.

### 4.1 Overzicht communicatieve situaties regie- en seniorverpleegkundige

Een gemiddelde dag op de afdeling is volgens een bepaald verloop opgebouwd. Op basis van de observaties kan de volgende gemiddelde dagindeling voor een regie- en seniorverpleegkundige gemaakt worden:

	Regieverpleegkundige		Seniorverpleegkundige
07.30	Start dagdienst, start dienst regieverpleegkundige, overdracht van nachtdienst naar dagdienst ( <i>opname 11</i> )	07.30	Start dagdienst, overdracht van nachtdienst naar dagdienst ( <i>opname 11</i> )
08.00	Overleg met PM'ers en onderwijzer ( <i>opnamen 1 en 4</i> )	07.45	Ochtendronde
08.30-09.00	Algemene zaken regelen	08.00	Medicatie geven
09.00	Visite met artsen ( <i>opnamen 2, 3, 5 en 12</i> )	09.00	Visite met artsen ( <i>opnamen 2, 3, 5 en 12</i> )
10.15	Op vrijdag: weekevaluatie ( <i>opname 13</i> )		
10.30	Koffiepauze	10.30	Koffiepauze
11.00	Eventueel verpleegplan/patiëntenbespreking, afspraak met de zorgplanner, afspraak met de liaisonverpleegkundige	11.00	Patiëntenverzorging
12.00	1 <sup>e</sup> pauze	12.00	1 <sup>e</sup> pauze
12.30	2 <sup>e</sup> pauze	12.30	2 <sup>e</sup> pauze
12.00-14.00	E-mail afhandelen, zaken regelen, eventueel bijspringen in de zorg indien nodig, rondje met vragen	12.00-13.00	Medicatie uitdelen, kinderen gaan eten

	voor de arts verzamelen en inleveren bij de artskamer		
<b>13.30</b>	Eén keer in de maand op dinsdag: Multidisciplinair Overleg ( <i>opname 9</i> )	<b>13.00-14.00</b>	Ruistuur voor de kinderen, bijwerken van dossiers
<b>13.30</b>	Op donderdag: Psychosociaal overleg, mits daar animo voor is ( <i>opname 6</i> )	<b>14.00</b>	Medicatie uitdelen en controles doen, vragen formuleren voor rondje bijzonderheden voor de arts
<b>13.30</b>	Op donderdag, 1x per 2 weken: Overleg met Clini Clowns		
<b>15.00</b>	Dossiers verzamelen en klaarleggen in de overdrachtskamer voor de late dienst	<b>15.00</b>	Rapportage bijwerken voor de avonddienst
<b>15.15</b>	Overdracht van dag- naar avonddienst ( <i>opnamen 7 en 10</i> )	<b>15.15</b>	Overdracht van dag- naar avonddienst ( <i>opnamen 7 en 10</i> )
<b>16.00</b>	Eind dagdienst, eind dienst regieverpleegkundige	<b>15.00-16.00</b>	Overdracht: afronden dagdienst, inlezen avonddienst
		<b>15.00</b>	Dossiers doorlezen
		<b>16.00</b>	Medicatie uitdelen
		<b>17.00</b>	Kinderen gaan eten
		<b>17.30</b>	1 <sup>e</sup> pauze
		<b>18.00</b>	2 <sup>e</sup> pauze
		<b>17.00-18.00</b>	Medicatie uitdelen
		<b>19.00</b>	Grote lichten gaan uit, slaaptijd voor jonge kinderen
		<b>20.00</b>	Medicatie uitdelen en controles uitvoeren
		<b>21.00</b>	Rapportage bijwerken, koffie drinken in de verpleegpost
		<b>22.00</b>	Medicatie uitdelen, uiterste slaaptijd voor grote kinderen
		<b>23.00</b>	Dossiers klaarleggen voor nachtdienst
		<b>23.15</b>	Overdracht van avond- naar nachtdienst ( <i>opname 8</i> )
		<b>23.30</b>	Einde avonddienst, begin nachtdienst
		<b>23.00-23.30</b>	Afronden avonddienst, inlezen dossiers nachtdienst
		<b>07.00-07.30</b>	Afronden nachtdienst
		<b>07.30</b>	Einde nachtdienst, begin dagdienst

Tabel 4: Overzicht dagelijkse routines.

---

## 4.2 Analyse speech events

Zoals Hymes al aangeeft (zie paragraaf 2.7), richt het onderzoek naar communicatieve situaties zich op de analyse van de speech event. Op het niveau van de speech event worden bepaalde taalgebruiksregels toegepast. De speech event is een bruikbaar middel voor de analyse van taal binnen gemeenschappen (Duranti, 1988: 218-219). Volgens Schwartzman (1989: 65) moet daarbij gekeken worden naar welke communicatieve events zich in welke context voordoen. Dit is mogelijk door vast te stellen welke deelnemers er zijn. Schiffrin (1994: 186) geeft aan dat gekeken moet worden naar elementen als doelen, deelnemers en andere acties die opgemaakt zijn binnen een speech event.

Op basis van de participerende observatie is het mogelijk gebleken om de geobserveerde diensten van de regie- en seniorverpleegkundige te typeren in een aantal speech events. De speech events die met elkaar overeenkomen qua doelen, deelnemers en overige acties zoals normen en handelingsopvolging, zijn te typeren als één en dezelfde speech event. Op basis van de kenmerken kunnen patronen en samenhangen worden ontdekt binnen en tussen de verschillende speech events.

Om de diverse speech events in de Beatrix Kinderkliniek in kaart te brengen, wordt het Speaking-model van Hymes toegepast (zie paragraaf 3.4.2.5). Dit model biedt ondersteuning bij het zo compleet mogelijk beschrijven van de verschillende speech events. Bij het typeren van de speech events hebben - aan de hand van het Speaking-model - de volgende vragen een leidraad gevormd:

- Welke speech events treft een regie- en/of seniorverpleegkundige gedurende de dag aan?
- Hoe zien die speech events eruit? Wie zijn de deelnemers?
- Welke act sequences gelden binnen de speech events?
- Wat zijn de regels en normen die gelden?

Om de antwoorden op deze vragen te onderbouwen, worden concrete voorbeelden gebruikt die uit de observationele data, die als prototypen kunnen worden beschouwd, naar voren zijn gekomen. De speech events worden in de volgende paragrafen toegelicht en uitgewerkt.

### 4.2.1 Verpleegkundige overdracht

De verpleegkundige overdracht, kortweg 'overdracht', is één van de geobserveerde speech events. De overdracht is een terugkerend event in het ziekenhuis. Ook op de afdeling Kinderoncologie/-cardiologie vindt drie keer per dag een overdracht plaats: om 07.30 uur is de overdracht vanuit de nachtdienst, om 15.00 uur vanuit de dagdienst en om 23.15 is de overdracht vanuit de avonddienst. De locatie voor deze overdracht is altijd dezelfde: voor de oncologieoverdracht gaat men naar de overdrachtskamer, voor de cardiologieoverdracht gaat men naar de koffiekamer. Deze informatie is algemeen bekend op de afdeling. Een nadere uitwerking van dit speech event volgens het Speaking-model is terug te vinden in bijlage I, situatie 1.

De aanwezigen tijdens de verpleegkundige overdracht zijn een regieverpleegkundige (alleen aanwezig tijdens de dag- en avondoverdracht) en een aantal (senior)verpleegkundigen, waarvan ongeveer zes uit de afgelopen dienst komen en ongeveer zes de komende dienst ingaan (behalve bij de nachtdienst, waar maar drie verpleegkundigen aanwezig zijn). Tijdens de avond- en nachtdienst is er geen regieverpleegkundige aanwezig en neemt een seniorverpleegkundige zijn/haar (leidinggevende) taken over. De structuur van de overdracht blijft hierbij gelijk, slechts de samenstelling van deelnemers verandert.

Schriftelijke communicatie in de vorm van documentatie neemt een belangrijke rol in tijdens de overdracht. Mede door de inhoud van de patiëntendossiers houden verpleegkundigen elkaar op de hoogte van de behandeling en eventuele bijzonderheden van een patiënt. De schriftelijke documenten worden tijdens en/of aan het eind van een dienst bijgewerkt door de verpleegkundigen. In het



---

patiëntendossier worden actuele gegevens bijgehouden over medicatie, temperatuur, gewicht, uitscheiding, mentale conditie en eventuele andere relevante informatie. Wat hieraan opviel tijdens de observaties, was dat niet iedereen dezelfde informatie over de patiënten opschrijft in de dossiers. Een voorbeeld hiervan komt van een verpleegkundige die tegen een collega zegt (07.05.09 07.45): *“Wil je nog even toevoegen aan het dossier dat het kind elke dag gewogen moet worden? Ik doe dat nu wel steeds, maar dat staat eigenlijk nergens”*.

Voorts dient met betrekking tot de schriftelijke documentatie opgemerkt te worden dat de informatie uit de dossiers niet altijd volledig is of goed begrepen wordt, zo bleek uit de observaties. Door fouten of onvolledigheden in de rapportage bleek belangrijke informatie soms verloren te gaan. Het volgende voorbeeld illustreert dit (07.05.09 07.30): een verpleegkundige uit de nachtdienst zegt over een patiëntendossier: *‘Ik heb maar een groot kruis bij 18.00 gezet, want er moesten nog heel veel urine-uitslagen ingevuld worden’*. Deze uitslagen zijn dus nog niet bekend gemaakt in het dossier, terwijl dat wel had moeten. Dit heeft als gevolg dat de verpleegkundige niet goed op de hoogte is en daarom ook de ouder(s) van de patiënt niet goed kan informeren: *‘Er was niks overgedragen, zowel mondeling als schriftelijk. Toen kwam moeder zich er om 01.00 mee bemoeien. Het zou met de arts overlegd worden, maar ja, ik wist van niks’*.

De bijgewerkte patiëntendossiers worden aan het begin van de overdracht ingelezen door de verpleegkundigen uit de komende dienst. Hun dienst start met het inlezen van de dossiers van hun patiënten (de regieverpleegkundige heeft voor elke dienst bepaald wie welke patiënten toegewezen krijgt). Na ongeveer een half uur inlezen, komen de verpleegkundigen van de huidige dienst de overdrachtruimte binnen. Hun dienst zit erop en zij komen hun dienst aan de nieuwe ploeg overdragen. Dit gebeurt door middel van mondelinge informatieoverdracht op basis van de schriftelijke informatie uit de dossiers. De mondelinge overdracht dient vooral om de schriftelijke informatie te ondersteunen, onduidelijkheden weg te nemen en te controleren of de opgeschreven informatie begrepen is. Voor de verpleegkundigen uit de komende dienst biedt de overdracht gelegenheid om eventuele vragen te stellen. Dit is vooral van toepassing wanneer het dossier onduidelijkheden openlaat over zaken als medicatie, zoals blijkt uit het volgende fragment (opname 8):

- 1 Vp9: ja ik, maar het was mij niet helemaal duidelijk dat dat stukje, die  
2 zwellung dat laatste stukje was me niet helemaal duidelijk uit de  
3 anamnese, of uit de  
4 Vp8: nou het schijnt dat de medicijnen die hij voor de ziekte van  
5 pfeiffer heeft gehad [...]  
6 Vp: Imuran  
7 Vp5: ja de imuran krijgt hij voor de [...] denk ik hoor  
8 Vp: voor de?  
9 Vp5: Kroon  
10 Vp8: In ieder geval, dat is wat ik uit de anamnese heb begrepen  
11 Vp9: ok

Overdracht, opname 8, 14 mei 2007

Op de volgende pagina's wordt onder andere aan de hand van een aantal praktijkvoorbeelden het handelingsverloop tijdens de overdracht nader besproken. Allereerst worden de activiteiten van de verschillende participanten aan de overdracht toegelicht.

---

### Activiteiten Regieverpleegkundige:

Aan de verpleegkundige overdracht neemt een aantal personen deel, in verschillende rollen. De regieverpleegkundige is één van de deelnemers. De regieverpleegkundige heeft de leiding over de afdeling. Hij/zij behoudt het globale overzicht, maakt de indeling van de kamers, bepaalt welke patiënt waar ligt en welke verpleegkundige voor welke patiënt zorgt. De regieverpleegkundige heeft daarnaast contact met de artsen, de planner, de diëtiste, de liaisonverpleegkundige, de Cliniclowns en andere betrokkenen in de patiëntenzorg.

NB: De regieverpleegkundige is alleen aanwezig tijdens de dagdiensten en de bijbehorende overdrachten van nacht- naar dagdienst en dag- naar avonddienst. De regieverpleegkundige is dus niet aanwezig tijdens de overdracht van avond- naar nachtdienst, omdat hij/zij niet werkzaam is tijdens de avond- en nachtdiensten. De dienst van de regieverpleegkundige is afgelopen om 15.00, als de dagdienst erop zit. Tijdens de avond- en nachtdiensten is er dus geen leidinggevende aanwezig. Op die momenten heeft één van de seniorverpleegkundigen de leiding, echter deze houdt zich niet bezig met het plannen en regisseren van de zorg, maar neemt slechts de leidinggevende taak op zich en is dan het eerste aanspreekpunt voor de overige medewerkers.

De regieverpleegkundige is onder andere verantwoordelijk voor de indeling van de bedden en het informeren van de verpleegkundigen over nieuwe patiënten op de afdeling. Het informeren van de collega's over de patiënten vormt dan ook een doel voor de regieverpleegkundige tijdens de overdracht. Deze informatie heeft betrekking op praktische zaken rondom het ziektebeeld van de patiënt. In onderstaand fragment, afkomstig uit opname 7 van 14 mei 2007, is een aantal regels vetgedrukt die het doel van de regieverpleegkundige laten zien tijdens de ochtendoverdracht:

1 RVP: euhm, **hier ligt nu nog (naam patiënt)**  
2 VP1: Wie?  
3 RVP: **(naam patiënt) maar die gaat naar huis en dan komt (voornaam**  
4 **patiënt) hier op te liggen**

[...]

9 VP2: waar komt dan (naam patiënt)?  
10 RVP: **(naam patiënt) komt dan op box 3**  
11 VP2: oh  
12 RVP: **en die komt nog van, die is er nog niet, die komt nog van L1,**  
13 VP2: goed

[...]

25 Rvp: En als t goed is gaat (naam patiënt) zo weg en euh (naam patiënt) of  
26 euh (naam patiënt) voor jou?  
27 VP2: ja  
28 RVP: **(naam collega) die gaat nog euh vincristine push krijgen, dat is**  
29 **dat meisje dat hier eerder heeft gelegen met die melangiomen, weet**  
30 **niet of je haar kent, maar**  
31 VP2: ja ik ken haar wel  
32 RVP: ok  
33 VP1: en op 5.2 wie ligt daar?  
34 RVP: euh euhm niemand. Oh dan kan (naam patiënt) ook wel naar 5.2, nee

---

35 dat is niet waar, heb ik het nou verkeerd doorgekregen.  
36 VP1: nou hier stond volgens mij ook nog (achternaam) ofzo  
37 RVP: ja dat is (voornaam patiënt)  
38 VP2: (naam patiënt)? (naam patiënt) ligt op 5.2?  
39 RVP: **nee (naam patiënt) ligt nu in box twee en dat vond ik een beetje**  
40 **zielig tussen al die baby'tjes. Dan mag (naam patiënt) mag ook wel**  
41 **naar kamer 2 euh eventueel**  
42 VP2: kamer 2?  
43 RVP: of euh 5.2  
44 VP2: zal ik dat maar doen? Dan hebben we een box vrij  
45 RVP: ja doe maar  
46 VP2: ja?

Overdracht, opname 7, 14 mei 2007

Het takenpakket van de regieverpleegkundige bestaat hoofdzakelijk uit het regisseren van de zorg. De regieverpleegkundige houdt zich in principe dan ook niet bezig met de verpleging van de patiënten. Het zijn de (senior)verpleegkundigen die deze zorg op zich nemen. De bijdrage van de regieverpleegkundige aan de overdracht beperkt zich daarom hoofdzakelijk tot het geven van informatie van organisatorische en praktische aard, zoals in het hiervoor geïllustreerde voorbeeld, waarbij de Rvp aangeeft welke patiënt waar ligt en wat er aan zorg moet gebeuren. Vervolgens zijn het de verpleegkundigen uit de afgelopen en de komende dienst die relevante informatie over de patiënt met elkaar uitwisselen, waarbij de verpleegkundige uit de afgelopen dienst verslag doet over die dienst aan de verpleegkundige die in de komende dienst voor dezelfde patiënt zorg draagt. Hun activiteiten tijdens de overdracht worden nu nader toegelicht.

#### **Activiteiten dienstdoende (senior)verpleegkundigen:**

De (senior)verpleegkundigen dragen hun dienst over aan de (senior)verpleegkundigen van de dienst die komen gaat. De verpleegkundigen van de huidige dienst informeren hun collega's over de patiënten waar zij in hun dienst de verantwoordelijkheid voor hadden. Het doel van de overdracht voor de verpleegkundigen, is om probleemgerelateerde patiënteninformatie over te dragen aan hun collega's. De verpleegkundigen uit de huidige dienst informeren hun collega's uit de komende dienst over de patiënten. Zij zijn degene die initiëren binnen de interactie. De verpleegkundige uit de huidige dienst start een serie sequenties met het noemen van de naam van een patiënt. De verpleegkundige die in de komende dienst zorg draagt voor dezelfde patiënt, geeft dat aan. De interacties tijdens de overdracht bestaan vervolgens voornamelijk uit het doen van mededelingen. Kwesties die de dienstdoende verpleegkundige aan de orde stelt, betreffen voornamelijk de conditie van de patiënt (hoe voelt ie zich, is ie misselijk, heeft ie gegeten, enzovoorts). Ook geeft de verpleegkundige medische gegevens zoals temperatuur en uitscheidingspatroon en de stand van zaken met betrekking tot de kuur van de patiënt (is deze net begonnen, of bijna klaar?). Op de volgende pagina's zullen deze activiteiten geïllustreerd worden met fragmenten uit een aantal overdrachten (de volledige transcripten van de diverse speech events kunnen worden geraadpleegd in deel 2, bijlage III).

NB: het verschil tussen een verpleegkundige en een seniorverpleegkundige heeft te maken met een bepaalde ervaringsgraad; een verpleegkundige kan in aanmerking komen voor de titel seniorverpleegkundige nadat hij/zij een bepaalde mate van ervaring heeft opgedaan. Wanneer de verpleegkundige een seniorverpleegkundige is geworden, betekent dit onder andere dat hij/zij meer verantwoordelijkheden krijgt, en bijvoorbeeld de regieverpleegkundige mag vervangen wanneer deze afwezig is (tijdens o.a. de avond- en nachtdienst en in het weekend). De activiteiten tijdens de overdracht zijn voor de verpleegkundige en de seniorverpleegkundige gelijk.

---

### Activiteiten (senior)verpleegkundigen die de dienst overnemen:

Tijdens de overdracht krijgen de verpleegkundigen van de nieuwe dienst, nadat zij de dossiers van hun patiënten hebben ingelezen, de mogelijkheid om vragen te stellen aan de regieverpleegkundige (zie voorgaand fragment: regel 9, regel 33, regel 44), maar ook aan de collega waarvan zij de dienst gaan overnemen. De verpleegkundige uit de komende dienst ontvangt de mededelingen van de collega uit de afgelopen dienst en accepteert deze mededelingen als nieuwswaarde. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van het volgende fragment (opname 11, 24 mei 2007): de ochtendoverdracht is inmiddels gestart, een aantal verpleegkundigen lezen hun dossiers nog in. VP4 komt uit de nachtdienst, begroet haar collega's en geeft aan welke patiënt zij heeft. Deze pre-expansie ten opzichte van de centrale handeling die ze gaat verrichten, namelijk informatie geven, zorgt ervoor dat die reeks van mededelingen (regel 94-99) een referent heeft; het gaat over patiënt X. Zowel VP2 als een stagiair nemen de zorg voor deze patiënt over en geven dit aan met een 'ja' in regel 92 en 93. In regel 94-98 doet VP4 een mededeling, gevolgd door een bevestiging dat de voorafgaande uitingen zijn begrepen en dat er in overeenstemming met de informatie (er moet nog iets aan de patiënt worden gegeven) zal worden gehandeld ('akkoord', regel 100). Uit de manier van reageren van VP2 kun je afleiden dat zij in de informatie die VP4 gaf, ook een *verzoek* heeft gehoord. In regel 101-102 gebeurt iets vergelijkbaars: VP4 doet een mededeling, die het karakter heeft van een *verantwoording*, wat vooral blijkt uit de manier waarop VP2 reageert: zij geeft aan dat ze de voorafgaande uiting accepteert ('Ok', regel 102). Kortom, mededelende uitingen worden hier niet als louter informatie behandeld, en functioneren dus ook niet alleen als zodanig.

89 Vp4: Goeiemorgen  
90 Vp2: Goeiemorgen  
91 Vp4: Ik heb [naam patiënt]  
92 Vp2: Ja  
93 Stagiair: Ja  
94 Vp4: [...] LP, gaat voor OK. Eerste verdieping, acht uur. Stond geen eh  
95 tijdstip bij dormicum en paracetamol dus ik had nog even gewacht  
96 want ja ik denk, voor 't zelfde gaat het niet door, en hier stond  
97 niets pas vanaf zes uur en pre-OK en twee uur van tevoren helder  
98 vloeibaar dus ik had zoiets van ja, gaat ie dan als eerste of niet?  
99 Dus ik heb het nog niet gegeven.  
100 Vp2: Akkoord  
101 Vp4: Ik ben er ook nog net nog niet aan toe gekomen  
102 Vp2: Ok  
103 Vp4: 't Was gewoon echt spits dus eh  
104 Vp2: Drank en twee milligram?  
105 Vp4: Ze hebben net gebeld  
106 Vp2: Of zeven milligram?  
107 Vp4: Ja, dus ik denk dat je dat ook gewoon als eh zetpil, als eh zo'n  
108 eeh, ja, rectaal moet geven  
109 Vp2: Ligt dat al wel klaar?  
110 Vp4: Nee, dat doe ik nog  
111 Vp2: Ok. En hij moet om tien voor, om acht uur?  
112 Vp4: Acht uur  
113 Vp2: Ok  
114 Vp4: [lacht] Ja, sorry hoor! =  
115 Vp2: Maakt niet uit  
116 VP4: = Dat ik je direct aan het werk zet. Maar goed! Excuses [lacht]

Overdracht, opname 11, 24 mei 2007

---

Niet alle informatieve (en directieve of expressieve) uitingen worden altijd direct in een complementaire vervolghandeling (een tweede paardeel) geaccepteerd, soms ontbreekt dat tweede paardeel - met name als de informatieve functie centraal staat - maar is er wél sprake van een vervolgsequentie waarin de gesprekspartner vragen stelt, die lijken aan te sluiten op bepaalde mededelingen van de eerste spreker. Dit is het geval in bovenstaand voorbeeld in de regels 104, 106, 109 en 111. Hier stelt VP2 vragen aan VP4 die opheldering moeten geven wat betreft het inbrengen van bepaalde medicatie waarvan VP4 had gezegd dat dit nog niet gebeurd was. VP4, de verpleegkundige uit de vorige dienst, beantwoordt deze vragen, die allemaal relevant zijn met het oog op de nog uit te voeren handelingen. Dat het steeds om vragen met betrekking tot het handelen van VP2 gaat, en dat de antwoorden van VP4 dus impliciet een directief karakter hebben, wordt heel goed zichtbaar als VP4 in regel 116 daar expliciet aan refereert, als ze zich excuseert: `ja sorry hoor ( ) dat ik je direct aan het werk zet' (regel 114/116). Ook voor VP2 functioneert het zo, zoals blijkt uit haar minimalisering van het excuus (voor het directieve gedrag van VP4), waarmee ze het excuus overigens wel aanvaardt en als relevant aanmerkt.

Vervolgsequenties kunnen dus, zoals we al zagen in het vorige fragment, geïnitieerd worden door de verpleegkundigen die de huidige dienst overnemen. Soms wordt in zo'n vervolgsequentie met een volgende fase van het handelingsverloop begonnen. Dit komt tot uiting in het volgende fragment (opname 7, 14 mei 2007). In regel 110 initieert VP5 een nieuw topic door te refereren aan de naam van een patiënt. Die is daarmee tot gespreksonderwerp gemaakt. VP3, de verpleegkundige uit de komende dienst die voor deze patiënt zorg draagt, geeft aan dat ze het dossier van de patiënt heeft gelezen ('ja, gelezen'), waarmee ze duidelijk maakt dat ze de uiting van VP5 heeft geïnterpreteerd als een vraag. Met haar antwoord geeft ze aan dat ze het dossier gelezen heeft, en daarmee weet heeft van de patiënt in kwestie. In regel 112 geeft VP5 aan wat er op het gebied van medicatie met de patiënt moet gebeuren. In regel 115 start VP3 een vervolgsequentie door een nieuw, aanverwant topicspect te introduceren. Hierin vraagt hij/zij hoe het met de natrium chloride zit. Er wordt dus een vervolg gegeven aan de beginmededeling die door VP5 is gedaan. In regel 125 initieert VP3 wederom een nieuw topicspect door te vragen hoe het met de hyperhydratie van de patiënt gesteld is.

In een fragment als dit – en zo zijn er vele - vindt dus tijdens de bespreking van een patiënt stapsgewijze topicontwikkeling plaats, waarbij de topiccomponenten ten opzichte van elkaar een soort van reeks vormen, die allemaal binnen een overkoepelende categorie passen, i.c. de (orale) medicatie. Als er vragen gesteld worden in dit verband, is het van belang dat die ook beantwoord worden. Dat zien we bijvoorbeeld in regel 127 van onderstaand fragment, waarin VP3 de vraag om bevestiging van haar vermoeden die ze in regel 125 had gesteld - ook al was dat in de vorm van een ja-nee-vraag met een sterke antwoordvoorkeur voor een bevestiging (dus eigenlijk een 'bevestigingsvraag') - nadrukkelijk herhaald. Na het antwoord van VP5 initieert ze overigens nog een post-expansie, opnieuw in de vorm van een bevestigingsvraag. Alleen doet zij dit nu door een deel van het net gegeven antwoord te herhalen. Uit deze activiteiten van VP3 kunnen we afleiden dat de nieuwe verpleegkundigen voortdurend monitoren of de informatie die ze nodig hebben van degenen die uit de vorige dienst komen, voldoende en helder is:

110 VP5: (naam patiënt)  
111 VP3: ja, gelezen  
112 VP5: die moet dus starten met orale  
113 VP3: fosfaat  
114 VP5: fosfaat  
115 VP3: en, en natrium chloride? Zag ik dat goed?  
116 VP5: nah, euhm, [...] moet dan, ja dat zit bij elkaar in  
117 VP3: ja is een combinatie preparaat  
118 VP5: ja [...] natrium  
119 VP3: en komt er nog wat achteraan, omdat je ruimte had open gelaten?  
120 VP5: ja ik wist niet  
121 VP3: oh, ok

---

122 VP5: kalium volgens mij  
123 VP3: was ie zo euh uit balans?  
124 VP5: ja!  
125 VP3: en zijn hyperhydratie, is die nu ook veranderd?  
126 Vp5: nou, hij krijgt dus  
127 VP3: begrijp ik dat goed?  
128 VP5: ja, omdat, zijn kuur is er nu door, 370,  
129 VP3: he, is die er al door?  
130 VP5: ja, ik mocht hem ophogen

Overdracht, opname 7, 14 mei 2007

Zoals eerder genoemd, bestaat de overdracht enerzijds uit mededelingen van de verpleegkundigen van wie de dienst ten einde is, om haar patiënten over te dragen. De introductie van de patiënten, die als pre-expansies functioneren ten opzichte van de vervolginformatie, kunnen er anderzijds ook voor zorgen dat het verschaffen van informatie juist achterwege blijft. Dit blijkt bijvoorbeeld in het volgende fragment dat afkomstig is uit de avondoverdracht op 14 mei 2007. VP8 initieert in regel 342 en vraagt wie de zorg voor een bepaalde patiënt heeft. De verpleegkundige die de zorg overneemt, antwoordt, maar geeft daarbij tevens aan dat zij geen vragen heeft. VP8 doet daarna slechts één mededeling, waar de verpleegkundige mee akkoord gaat. In deze situatie acht de verpleegkundige van de huidige dienst het dus ook niet nodig om nog meer informatie met betrekking tot de patiënt te verschaffen. Kennelijk is de overdracht gebaseerd op de verwachting dat het nieuwe team niet voldoende op de hoogte is, zelfs niet na lezing van het dossier. Normaliter wordt de overdracht dus zowel schriftelijk als mondeling gedaan. Alleen wanneer dat laatste wordt afgeblokt, beperkt de overdracht zich tot een overdracht van documenten. Toch zie je ook hier dat de VP die de overdracht doet, nog een informatieve uiting toevoegt, die opnieuw als een instructie opgepakt wordt door de nieuwe VP (regel 348):

342 Vp8: Wie verzorgt er (naam patiënt)?  
343 Vp: heb ik gelezen, en ik heb geen vragen  
344 Vp8: bolus van elf uur loopt nog [...]  
345 Vp: oh leuk  
346 Vp8: dus die loopt vanavond tot 12 uur en dan kan je opnieuw beginnen om  
347 zes uur  
348 Vp: ja! doe ik

Overdracht, opname 8, 14 mei 2007

Wanneer er geen vragen en/of bijzonderheden zijn bij de komende VP, wordt doorgedaan met de volgende patiënt. Zoals tijdens de gehele overdracht het geval is, initieert ook in deze gevallen de verpleegkundige uit de huidige dienst. In onderstaand fragment, uit opname 11 van 24 mei 2007, geeft de verpleegkundige met de uiting 'dan heb ik' aan dat ze informatie over een andere patiënt wil geven. Ook in regel 121 start de verpleegkundige, nadat zij de mededeling in regel 119 heeft bevestigd, een nieuwe sequentie door de naam van de volgende patiënt te noemen:

117 Vp2: Ja. Ik eh, zal hem even wat geven  
118 Vp4: Dan heb ik [naam patiënt]  
119 Vp3: Ja die heeft [naam verpleegkundige], die zit denk ik aan de andere  
120 kant  
121 Vp4: Ok. [naam patiënt]?

Overdracht, opname 11, 24 mei 2007

---

Wanneer er wel vragen en/of bijzonderheden zijn, worden deze besproken. De verpleegkundige uit de afgelopen dienst draagt over en is voortdurend degene die de onderwerpen aandraagt. Zij is zodoende ook degene die nagaat of haar collega nog vragen heeft. Het onderstaande fragment is daar een voorbeeld van. Het betreft een topicsollicitatie door VP9 (uit de afgelopen dienst) naar VP7 (uit de nieuwe dienst), doordat VP9 vraagt: 'Had je daar nog vragen over?'.

439 VP9: **had je daar nog vragen over?**

440 VP7: Nee, [...]

Overdracht, opname 7, 14 mei 2007

Naast het geven van informatie, worden tijdens de overdracht ook directieven uitgesproken in de vorm van 'toewijzingen'. Juist in de overdracht zijn er veel informatieve uitingen die een directief karakter hebben, zoals blijkt uit de manier waarop erop gereageerd wordt. Het volgende voorbeeld uit opname 11 van 24 mei 2007 illustreert dit. In dit fragment wijst de regieverpleegkundige vanuit haar rol de piepers aan de deelnemers toe (regel 303). In regel 304 bevestigt VP5 de toewijzing. Vervolgens vindt in regel 305 een insertie-expansie plaats waarop VP5 bevestigend reageert. De instructies blijken echter al uitgevoerd te zijn, vergelijk hiervoor regel 313, waarin blijkt dat de verpleegkundigen onderling geruild hebben van patiënten. Blijkbaar is er ruimte voor dergelijk initiatief vanuit de verpleegkundigen, aangezien de regieverpleegkundige goedkeurend reageert in regel 317:

303 Rvp: [naam vp]? Jij hebt pieper 21,

304 Vp5: Ja

305 Rvp: En je bent maatje van [naam vp]

306 Vp5: Ok

307 Rvp: En die heeft pieper 22

308 Vp3: Ok

309 Rvp: En [naam vp] die is weg, die is met een kind naar de OK?

310 Vp3: Ja. Eerste verdieping zei ze net he?

311 Rvp: [naam vp] die heeft 23 en die is maatje met [naam vp] van de andere

312 kant en die heeft 24. En dan blijven [naam vp] en [naam vp] over

313 Vp3: **Ok. Dan hebben we wat gewicht met de patiënten, [naam patiënt]**

314 **doet nu [naam stagiaire]**

315 Rvp: Wie?

316 Vp3: **[naam stagiaire], samen met [naam vp]. En ik**

317 Rvp: **Ok, nou, goed**

318 Vp3: Hoefde geen kind voor in de retour zei ze, want d'r ging nog iemand

319 naar de OK dus

320 Rvp: **Ja want [naam vp] krijgt ook nog een opname, nou ok**

321 Vp3: **Ja**

322 Rvp: **Goed**

323 Vp3: Hoefde niet zei ze, nou ok

Tijdens de overdracht komt het voor dat verpleegkundigen suggesties doen over hoe te handelen bij een bepaalde situatie in de volgende dienst. Hierbij geldt de norm dat deze suggesties voorzichtig geformuleerd moeten worden. In het volgende voorbeeld, van een avondoverdracht op 14 mei 2007, wordt dit duidelijk gemaakt door een 'on record' formulering; de gevraagde handeling wordt gespecificeerd. Dat gebeurt heel voorzichtig. In regel 127 doet de verpleegkundige uit de huidige dienst een voorstel aan de verpleegkundige die haar dienst overneemt. Zij formuleert dit uiterst voorzichtig met de woorden 'ik dacht misschien kun je'. In regel 138 en 139 geeft VP3 een verantwoording voor haar voorstel dat ze eerder heeft gedaan:

---

127 Vp3: **en ze moet dan vanaf 4 uur nuchter zijn maar ik dacht misschien kun**  
128 **je dan om half 4 nog euh die bolissen geven**  
129 Vp: **ok**  
130 Vp: ok, ze heeft sondevoeding krijgt ze  
131 Vp3: normaal euh ja, drinkt ze en krijgt ze een beetje per sonde  
132 ingespoten  
133 Vp: ja  
134 Vp3: dat wordt dan gewoon ingespoten  
135 Vp: ja  
136 Vp3: dus er staat ook geen pomp nog op haar kamer  
137 Vp: nee  
138 Vp3: **dus euh ik dacht als je om half 4 nog wat geeft, dan heeft ze in**  
139 **ieder geval nog wat in de maag**

Overdracht, opname 7, 14 mei 2007

De toon tijdens het speech event 'overdracht' is over het algemeen serieus van aard, zoals te zien is in onderstaand voorbeeld van 14 mei (opname 8). De twee verpleegkundigen bespreken de medicatie van een patiënt en dit gebeurt op serieuze toon: er worden geen grapjes gemaakt of grappige woordspelingen gebruikt. De verpleegkundigen bespreken op serieuze toon relevante informatie over de patiënt in kwestie.

1 [...]  
2  
3 Vp: Doen we dat via de pomp of is het te hevelen met haar?  
4 Vp1: ja hevelen, ja ik heb deze, want ze, spuugt wel elke keer. Ik heb  
5 toch het idee dat die 70 wel wat veel is, want ik kon haar hier ook,  
6 ik kan haar niet terug leggen  
7 Vp: nee  
8 Vp1: ennuh, dus toen heb ik dit gewoon met de spuit een beetje elke keer,  
9 ik had dr al verschoond  
10 Vp: ja  
11 Vp1: een beetje bij gespoten  
12 Vp: ja, ze heeft geen pomp euh  
13 Vp1: dr hangt wel, er staat wel een pomp, dus vannacht zou ik het weer  
14 gewoon via de pomp doen

Overdracht, opname 8, 14 mei 2007

Toch is er ook ruimte voor minder serieus taalgebruik. Serieus en minder serieus taalgebruik wisselen elkaar vaak af tijdens de overdracht. Het volgende voorbeeld zal hiervan een illustratie geven. De wisselingen tussen serieus en minder serieus taalgebruik kunnen als typerend gezien worden voor de toon tijdens de overdracht. In paragraaf 4.3 wordt verder ingegaan op deze wisseling van toon.

In onderstaand fragment is te zien hoe de toon tijdens de overdracht wisselt van serieus naar minder serieus taalgebruik. Ondanks de serieuze strekking van de besproken informatie, is er blijkbaar toch ruimte voor wat ontspannen uitingen. In regel 2 start VP3 met de minder serieuze toon door een bepaald topic aan te snijden, wat door de andere verpleegkundigen herkend wordt (regel 7 'met die zalfjes, die roze zalfjes'; regel 8 'Ohja'). In regel 9 krijgt het gesprek zelfs een ironische strekking en dit wordt bevestigd door VP3 in regel 10. Dan echter pakt VP8 in regel 11 als vanzelf de draad van het serieuze gesprek weer op (opname 10, 23 mei 2007):



---

1 [...]
2 VP3: Dat is die jongen [lacht]
3 Vp6: Wat?
4 Vp3: Oh, ik zat al te denken, X? [naam patiënt], X, die staat in de
5 anamnese, die ouders hebben een eigen bedrijf en die houden die
6 thuisparty's en ik weet direct weer wie het zijn [lacht]
7 Vp8: Met die zalfjes, die roze zalfjes
8 Vp3: Ohja [lacht]
9 Vp7: Ja, héle bijzondere zalfjes
10 Vp3: Ja, haha
11 Vp8: [naam patiënt] die zou graag op eh... naar 10.2 willen

Overdracht, opname 10, 23 mei 2007

Een norm die geldt ten aanzien van de professionele interactie, is dat er niet over patiënten wordt gesproken in het bijzijn van de ouders. De patiëntinformatie moet vertrouwelijk behandeld worden. Dit is goed zichtbaar in het volgende fragment, waarin die norm expliciet wordt uitgesproken door één van de verpleegkundigen (regel 55-56) en bevestigd wordt door haar collega (regel 57):

52 Vp2: ik doe de deur even dicht hoor
53 Vp3: ja
54 [...]
55 Vp6: Nee anders horen die mensen zo wat wij hier vertellen van elkaar, dat
56 hoort niet zo toch?
57 Vp5: Nee, dat hoort niet zo

Overdracht, opname 7, 14 mei 2007

Tijdens de observaties op de afdeling is gebleken dat bovenstaande norm soms ook wordt overschreden. Een specifiek voorbeeld hiervan heeft betrekking op een situatie waarbij een arts op de gang een verpleegkundige aanspreekt. De arts is op zoek naar de regieverpleegkundige, deze is echter niet beschikbaar op dat moment, wat voor de verpleegkundige reden is om aan te geven dat zij ook bevoegd is te horen wat de arts te zeggen heeft. De arts, staand op de gang en dus hoorbaar voor anderen, geeft patiëntinformatie prijs over een patiënt met een (recidief) ALL. De verpleegkundigen bij de zusterpost kunnen dit gesprek ook horen en zijn verontwaardigd. Zij spreken uit dat dergelijke informatie niet zo op de gang besproken hoort te worden. De arts overschrijdt hiermee dus kennelijk een norm die vrij algemeen op de afdeling geldt, zoals blijkt uit het feit dat die ook geëxpliciteerd wordt.

Tijdens overdrachten wordt meerdere keren gepraat c.q. geroddeld over artsen of ouders van kinderen. Hiervoor is op deze momenten de ruimte en dit is daarmee een geaccepteerde norm. Echter, deze norm is niet specifiek voor dit type speech event. Dergelijke acties zijn niet gericht op het doel van dit speech event, maar werden wel meerdere keren geobserveerd. Daarom worden ze nu toch kort besproken.

Wat opvalt in dergelijke situaties, is het verschil in de manier waarop over de partijen gesproken wordt. Zo zijn uitspraken over ouders van kinderen kwalificerend van aard en worden de uitspraken expliciet geformuleerd. Een voorbeeld hiervan is het volgende fragment uit een observatie van de overdracht op 23 mei 2007:

- 
- 1 Vp: Ken je hem? (naam patiënt)
- 2 Svp: Ja
- 3 Vp: **Ken je zijn ouders? Het zijn wel een beetje aparte ouders..**
- 4 Svp: **Jaa... úiterst aparte ouders!**

Overdracht, opname 10, 23 mei 2007

In onderstaand voorbeeld wordt gesproken over de artsen (opname 7, 14 mei 2007). In dit voorbeeld wordt duidelijk dat uitspraken over artsen geen kwalificaties kennen. De uitspraken zijn afstandelijk/distantiërend. Er wordt gesproken over 'die' artsen (regel 412), oftewel een andere club mensen:

- 412 VP8: **Nou dat doen die artsen zelf maar euh**
- 413 RVP: jawel, maar goed, dan denk ik het kost ons dan wel weer extra tijd
- 414 en euh energie
- 415 VP8: Ja!
- 416 RVP: beetje flauw, maar goed.

Overdracht, opname 7, 14 mei 2007

### **Samenvattend**

De aanwezigen tijdens de verpleegkundige overdracht zijn een regieverpleegkundige (alleen aanwezig tijdens de dag- en avondoverdracht) en een aantal (senior)verpleegkundigen. De regieverpleegkundige heeft de leiding over de afdeling. Hij/zij behoudt het globale overzicht, maakt de indeling van de kamers, bepaalt welke patiënt waar ligt en welke verpleegkundige voor welke patiënt zorgt. De regieverpleegkundige heeft daarnaast contact met de artsen, de planner en andere betrokkenen in de patiëntenzorg. Het doel van de overdracht voor de regieverpleegkundige is het informeren van de collega's over de patiënten. Naast het informeren van de deelnemers tijdens de overdracht, spreekt de regieverpleegkundige ook directieven uit. Daarnaast blijkt uit de data dat de regieverpleegkundige tijdens de overdracht niet de absolute regie in handen heeft.

Voor de verpleegkundigen is het doel probleemgerelateerde patiënteninformatie over te dragen aan hun collega's. De verpleegkundigen uit de huidige dienst informeren hun collega's uit de komende dienst over de patiënten. De verpleegkundigen uit de komende dienst lezen eerst de patiëntendossiers in en krijgen daarna op basis van de gelezen informatie mondelinge toelichting van hun collega's uit de afgelopen dienst. De collega's uit de afgelopen dienst zijn degene die initiëren binnen de interactie en aan topicsollicitatie doen. De schriftelijke documenten dienen als basis voor de informatie en als uitgangspunt tijdens de overdrachten. Kennelijk is de overdracht gebaseerd op de verwachting dat het nieuwe team na lezing van de dossiers niet voldoende op de hoogte is: de overdracht wordt zowel schriftelijk als mondeling gedaan. Alleen wanneer dat laatste wordt afgeblokt, beperkt de overdracht zich tot een overdracht van documenten. Wanneer er wel vragen en/of bijzonderheden zijn, wordt dit besproken. De verpleegkundige uit de afgelopen dienst draagt over en is voortdurend degene die de onderwerpen aandraagt. Zij is zodoende ook degene die nagaat of haar collega nog vragen heeft.

De interacties tijdens de overdracht bestaan voornamelijk uit het doen van mededelingen, daarnaast zijn er veel vraag/antwoordsequenties, waarbij de verpleegkundige uit de huidige dienst zoals gezegd initieert. De verpleegkundige uit de komende dienst ontvangt de mededelingen en accepteert deze als nieuws waarde. De reeks mededelingen waarin informatie gegeven wordt over de patiënt, wordt vooraf gegaan door een pre-expansie waarin de verpleegkundige aangeeft welke patiënt hij/zij heeft. Hierdoor heeft de reeks mededelingen een referent: het gaat over patiënt X. Deze pre-expansies kunnen er overigens ook voor zorgen dat het geven van verdere informatie achterwege blijft, wanneer de collega aangeeft geen vragen te hebben over deze patiënt. Wanneer tijdens de overdracht vervolgsequenties plaatsvinden, kunnen die geïnitieerd worden door de verpleegkundigen die de huidige dienst overnemen. Soms wordt in zo'n vervolgsequentie met een volgende fase van het handelingsverloop begonnen.

---

Naast het geven van informatie, worden tijdens de overdracht ook directieven uitgesproken in de vorm van 'toewijzingen'. Veel informatie die een verpleegkundige uit de afgelopen dienst geeft, wordt door de collega die de dienst overneemt geïnterpreteerd als bijvoorbeeld een verzoek of een verantwoording. Mededelende uitingen worden vaak niet als louter informatie behandeld en functioneren dus ook niet alleen als zodanig. De informatieve, directieve en/of expressieve uitingen worden meestal direct in een complementaire vervolghandeling (een tweede paardeel) geaccepteerd. Soms ontbreekt dat tweede paardeel maar is er wel sprake van een vervolgsequentie waarin de gesprekspartner vragen stelt, die lijken aan te sluiten op bepaalde mededelingen van de eerste spreker.

Tijdens de bespreking van een patiënt vindt vaak stapsgewijze topicontwikkeling plaats, waarbij de topiccomponenten ten opzichte van elkaar een soort van reeks vormen, die allemaal binnen een overkoepelende categorie passen. Als er vragen gesteld worden in dit verband, is het van belang dat die ook beantwoord worden. Vaak zien we dit in de vorm van vragen om bevestiging, door het stellen van ja-nee-vragen met een sterke antwoordvoorkeur voor een bevestiging, of door het stellen van een bevestigingsvraag door een deel van het net gegeven antwoord te herhalen. Uit deze activiteiten kunnen we afleiden dat de nieuwe verpleegkundigen voortdurend monitoren of de informatie die ze nodig hebben van degenen die uit de vorige dienst komen, voldoende en helder is.

De toon tijdens de overdracht wisselt vaak van serieus naar minder serieus taalgebruik. Ondanks de serieuze strekking van de besproken informatie, is er blijkbaar toch ruimte voor wat ontspannen uitingen. Daarna pakt iemand als vanzelf de draad van het serieuze gesprek weer op. De afwisseling van serieus naar minder serieus taalgebruik en de manier waarop die is ingebed in de structuur van de overdracht, is typerend voor dit type speech event.

#### **4.2.2 Overleg**

Het tweede type speech event waar de regieverpleegkundige een centrale rol speelt, is samengevat onder de noemer 'overleg'. Dit is de benaming zoals die binnen de organisatie gebruikt wordt. Verschillende situaties zijn in het speech event 'overleg' onder te brengen: het overleg dat de regieverpleegkundige heeft met een PM'er en onderwijzer (vindt dagelijks plaats), het overleg dat de regieverpleegkundige heeft met de Clini Clowns (één keer in de week), het overleg van de regieverpleegkundige met de liaison verpleegkundige (vindt plaats wanneer hier patiënten voor in aanmerking komen) en tot slot het overleg tussen de regieverpleegkundige en de zorgplanner (dagelijks). Het gaat hier steeds om dialogische situaties waarbij de regieverpleegkundige de constante is en de gesprekspartner varieert, dat wil zeggen dat de regieverpleegkundige een dialoog heeft met de PM'er en onderwijzer, met de Clini Clowns, met de liaison verpleegkundige of met de zorgplanner. De deelnemers aan het speech event 'overleg' kunnen dus verschillen, maar het type speech event is qua actiestructuur en globale doelstelling hetzelfde. Overigens is de seniorverpleegkundige niet bij het overleg aanwezig.

De situaties die 'overleg' heten, vinden plaats op diverse plekken en tijdstippen. Voor een nadere uitwerking van de Speaking-modellen met betrekking tot deze aspecten van het speech event wordt verwezen naar deel B, bijlage I. Voor zowel het overleg met de PM'er en onderwijzer, de liaisonverpleegkundige als de Clini Clowns geldt als doel dat de regieverpleegkundige de overige deelnemers probleemgerelateerde informatie over de patiënt geeft. Wat betreft het overleg met de zorgplanner geldt als doel dat de regieverpleegkundige de planner informeert over de bezetting van de bedden en de indeling van patiënten. Dit laatste wordt, indien nodig, aangepast. Hier is het type informatie dus anders dan in de overige overleg-events.

De term 'overleg' is overigens eigenlijk geen juiste benaming voor dit type speech event. De deelnemers voeren namelijk geen overleg met elkaar. De regieverpleegkundige is in de betreffende situaties degene die patiëntinformatie overbrengt op de andere deelnemer(s). Die overige participanten hebben echter nauwelijks een eigen inbreng in het geheel. Zo stelt de onderwijzer zijn eigen lesprogramma niet aan de orde, de PM'er behandelt evenmin haar programma. Het speech event dat 'overleg' heet, is eigenlijk

---

alleen bedoeld om informatie over te brengen van de regieverpleegkundige naar de overige participanten en niet andersom.

Tijdens het overleg bestaan de basisacties in de interacties uit mededelingen door de regieverpleegkundige, veelal nadat een bepaalde patiënt expliciet is geïntroduceerd. Op de mededelingen volgen veelal ontvangstbevestigingen, maar ze kunnen ook tot expansies van de basissequentie leiden. Een enkele keer wordt er zelfs een vervolgsequentie geïnitieerd door de gesprekspartner. De expansies hebben een vragende vorm, waarbij de gespreksdeelnemers verduidelijking vragen met betrekking tot dat wat is meegedeeld, alvorens ze een ontvangstbevestiging geven. Deze herstelinitiëringen zijn nodig om de mededeling te kunnen accepteren. In vervolgsequenties worden ook vragen gesteld als aanvulling op dat wat de deelnemers al weten over de betreffende patiënt, maar die functioneren dus niet als herstelinitiëring. De regieverpleegkundige geeft antwoord en geeft daarnaast nieuwe (probleemgerelateerde) informatie over de betreffende patiënten.

In volgend fragment van 7 mei 2007 volgt een voorbeeld van een overlegsituatie met een PM'er en onderwijzer, waarin de basisstructuur van het speech event duidelijk te herkennen is. In regel 64 introduceert de regieverpleegkundige een patiënt, aangevuld met een presequentie waarin ze vraagt of de onderwijzer bekend is met de betreffende patiënt. Als de onderwijzer in regel 67 daaromtrent enige twijfel laat blijken, lijkt die onzekerheid voor de regieverpleegkundige een reden om haar informatie te vervolgen in regel 68 en 69. In regel 70 volgt een postexpansie, waarin de PM'er een herhalingsvraag stelt ter verduidelijking, die de regieverpleegkundige bevestigend beantwoordt. Dan draagt de onderwijzer in een vervolgsequentie een nieuw topicspect aan met betrekking tot de patiënt in kwestie: het onderwerp 'school' wordt ter sprake gebracht (regel 72). Met een vervolgsequentie informeert de onderwijzer in regel 75 naar het geslacht van de patiënt. Deze vraag wordt door de regieverpleegkundige bevestigd.

Dit voorbeeld laat in de eerste plaats zien hoe de inbreng van de gesprekspartners anders dan de regieverpleegkundige, zich beperkt tot vragen om opheldering en aanvullende vragen om toelichting. Daarnaast illustreert het hoe de regieverpleegkundige zich in de presentatie van de informatie oriënteert op de aanwezige kennis van de gesprekspartners; hij/zij past de informatie aan op het kennisniveau van de onderwijzer en de pedagogisch medewerker.

64 Rvp: patiënt B, een jongen met een hersentumor, die is op M4 bekend  
65 geweest, ik weet niet of je hem daar van kent [naam  
66 onderwijzer]?

67 OND: nee, nou ja, tenminste

68 Rvp: die euh die is daar voor OK geweest, komt hier nu euh om te  
69 kuren

70 PM'er: het is duidelijk dat hij gaat kuren?

71 Rvp: het is nu duidelijk dat hij gaat kuren, ja

72 OND: en hij wordt euh in augustus vier dus dan zal ie met school  
73 krijgen te maken

74 Rvp: ja

75 OND: het is een hij neem ik aan? [naam patiënt]

76 Rvp: ja, (naam patiënt

Overleg PM'er en onderwijzer, opname 1, 7 mei 2007

---

Naast het informerende karakter van dit type event, blijkt uit het overleg met de onderwijzer en PM'er overigens dat 'instrueren' als taalhandeling soms ook een belangrijke plaats inneemt. Zo geeft de regieverpleegkundige aan waar de deelnemers in hun behandelplan rekening mee moeten houden of wat ze wel of niet moeten doen. We zien dat bijvoorbeeld in het volgende fragment, waar de regieverpleegkundige in regel 308 tot en met 310 een mededeling doet over een patiënt, maar in regel 310 ook een instructie meegeeft aan de onderwijzer en de PM'er: *'Ook daar graag goed poetsen'*. Daarbij geeft de regieverpleegkundige in regel 315 tot en met 320 overigens wel een verantwoording voor de instructie die ze even daarvoor gegeven heeft.

308 RVP: ja, die is even naar huis geweest. Is weer teruggekomen voor een  
309 kuur. Ook die is in contact geweest met euh waterpokken dus euh ook  
310 daar graag goed poetsen  
311 OND: goed?  
312 RVP: poetsen, handen wassen!  
313 OND: oh! spik en span (lachen)  
314 RVP: poetsenn ja  
315 RVP: hij had euh, eigenlijk was het alweer allemaal klaar, alle blaasjes  
316 waren ingedroogd, dus we hadden zoiets van nou we zijn klaar en  
317 euh, maar goed we hadden m nog even op zijn kamer laten liggen, we  
318 hadden de box nog niet acuut nodig en toen kreeg ie toch weer een  
319 blaasje terug. dus hij heeft nu weer euh strikt euh isolatie. Nou  
320 dat waren ze!

Overleg PM'er en onderwijzer, opname 1, 7 mei 2007

De toon tijdens het speech event 'overleg' is net als bij de overdracht in principe serieus, maar kan ook overgaan op minder serieus taalgebruik, zoals voorgaand voorbeeld aangeeft: in regel 311 initieert de onderwijzer een herstel: 'Goed?'. In regel 312 geeft de regieverpleegkundige aan wat hij/zij bedoelt met de instructie. In regel 313 maakt de onderwijzer daar in zijn bevestiging een grapje van. In regel 315 is het de regieverpleegkundige die de serieuze toon weer oppakt. De regieverpleegkundige gaat niet mee met de minder serieuze toon van de onderwijzer en bevestigt hier haar eerder gegeven instructie. Dit voorbeeld geeft aan hoe er in het kader van de ernstige problematiek die aan de orde is, toch ruimte is voor een ontspannen uiting. Deze uiting heeft de vorm van een respons waarin gebruik wordt gemaakt van een vaste, allitererende formulering die grappig gevonden wordt, omdat die normaliter niet in een dergelijke context gebruikt wordt. Meer over de afwisseling van serieus naar minder serieus taalgebruik volgt in paragraaf 4.3.

### **Samenvattend**

De basisstructuur van de interacties tijdens het overleg bestaat uit mededelingen vanuit de regieverpleegkundige, vaak nadat een patiënt is geïntroduceerd. Op de mededelingen volgen veelal ontvangstbevestigingen, maar ze kunnen ook tot expansies van de basissequentie leiden. Een enkele keer wordt er zelfs een vervolgsequentie geïnitieerd door de gesprekspartner. De expansies hebben een vragende vorm, waarbij de gespreksdeelnemers verduidelijking vragen met betrekking tot dat wat is meegedeeld, alvorens ze een ontvangstbevestiging geven. Deze herstelinitiëringen zijn nodig om de mededeling te kunnen accepteren.

De participanten aan het speech event 'overleg' zijn in tweeën op te delen: 1) de regieverpleegkundige en 2) de medewerkers met een niet-medische achtergrond. Kenmerkend aan het speech event 'overleg' is dat er sprake is van dialogische situaties waarbij de regieverpleegkundige de constante is en de gesprekspartners variëren. Hoewel de deelnemers aan dit speech event kunnen verschillen, is het type speech event qua actiestructuur en globale doelstelling hetzelfde.

---

De regieverpleegkundige is degene die de dialoog voert met de overige participanten, waarbij de regieverpleegkundige degene is die de patiëntgerelateerde informatie naar voren brengt. De overige participanten zijn slechts ontvangers van de informatie, die vragen kunnen stellen ter verduidelijking. Deze groep 'niet-medische medewerkers' wordt gekenmerkt door het topic dat de regieverpleegkundige aan hen meedeelt, namelijk informatie over naam, leeftijd, aandoening en het kamernummer van de patiënt. In het overleg met de planner spelen zaken als aandoening en leeftijd geen rol, maar gaat het om het zo efficiënt mogelijk indelen van de bedden en kamers op de afdeling.

Door haar structuur is de term 'overleg' geen juiste benaming voor dit type speech event. De niet-medische participanten brengen namelijk geen informatie vanuit hun eigen vakgebied in. Hun specifieke kennis wordt niet aan de orde gesteld; ze ontvangen slechts de informatie die de regieverpleegkundige geeft. Bij onduidelijkheden kunnen zij wél vragen om verheldering, die dan ook wordt gegeven, maar van overleg is feitelijk geen sprake (er worden bijvoorbeeld geen discussies gevoerd over behandelwijzen).

Uit het overleg met de onderwijzer en PM'er blijkt dat naast 'informereren' de taalhandeling 'instrueren' soms een belangrijke plaats inneemt. De regieverpleegkundige geeft namelijk aan waar de deelnemers in hun behandelplan rekening mee moeten houden of wat ze wel of niet moeten doen. Een ander punt dat naar voren komt in hetzelfde overleg, is de wisseling van serieus naar minder serieus taalgebruik. Zoals we ook in de overdracht al zagen, is er ook tijdens dit speech event ruimte voor een ontspannen uiting, ondanks de ernstige problematiek die tijdens de gesprekken aan de orde is. Bepaalde formuleringen worden grappig gevonden, omdat die normaal gesproken niet in een dergelijke context gebruikt worden. De regieverpleegkundige is degene die de serieuze toon weer oppakt.

#### **4.2.3 Visite**

Het derde type speech event betreft de visite. De visite is een dagelijks terugkerend ritueel: elke ochtend rond 9 uur komen de deelnemers bij elkaar voor de visite. De deelnemers aan de visite zijn de regieverpleegkundige, een arts-assistent, een superviserende arts, een co-assistent en de dienstdoende verpleegkundigen die om beurten informatie over hun patiënten komen geven (hierover meer in de volgende alinea's). Het communicatieve doel van de visite is het informeren van de deelnemers over probleemgerelateerde zaken met betrekking tot de patiënten. Daarnaast heeft de visite een instruerend karakter, namelijk daar waar de arts-assistent of arts de verpleegkundige aangeeft hoe te handelen bij een bepaalde patiënt. De visite vindt plaats in de overdrachts- of koffiekamer, afhankelijk van het specialisme dat behandeld wordt (voor de oncologievisite gaat men naar de overdrachtskamer, voor de cardiologievisite gaat men naar de koffiekamer). De visite zoals die hier wordt getypeerd, betreft dus geen visite aan het bed van de patiënt, ook al doet de naam van het event wellicht anders vermoeden. Meer uitwerkingen van geobserveerde visites in termen van het Speaking-model kunnen worden geraadpleegd in deel B, bijlage I.

De term 'visite doen' geeft al een belangrijke aanwijzing met betrekking tot de structuur van dit event. Verpleegkundigen komen letterlijk op visite bij de artsen; zij komen de visiteruimte binnen nadat de regieverpleegkundige hen heeft opgepiept met de vraag of ze visite kunnen komen doen. Op dat moment draagt de betreffende verpleegkundige zijn/haar pieper over aan zijn of haar 'maatje', een collega die op dat moment de verantwoordelijkheid voor de patiënten van deze verpleegkundige op zich neemt. Zo hoeft de verpleegkundige zich tijdens de visite geen zorgen te maken over zijn/haar patiënten. Als de pieper is overgedragen aan het maatje, gaat de verpleegkundige de visite in. Op dat moment zijn de arts, de arts-assistent, een co-assistent en de regieverpleegkundige reeds aanwezig. De verpleegkundige neemt plaats naast of tegenover deze groep van deskundigen en doet verslag van zijn/haar patiënten (hierover later meer).

---

Net als bij de overdracht, speelt ook bij de visite de schriftelijke documentatie een grote rol, en ook hier komen soms fouten of onvolledigheden naar boven. Het volgende fragment (7 mei 2007, opname 2) laat een voorbeeld zien waarbij de schriftelijke communicatie niet volledig is. De deelnemers geven hun mening hierover. Ze geven aan dat de rapportage volledig moet zijn, zowel vanuit oogpunt van artsen en verpleegkundigen als vanuit de ouders. Dit geeft aan dat de schriftelijke rapportage een belangrijk onderdeel in hun communicatie is.

547 A: de vraag is dan wel of niet in t weekend gedaan is  
548 VP: ik ben niet in de rapportage tegengekomen, euh, niet, niet dat ze t  
549 heeft en ook niet dat ze er naar gekeken hebben  
550 A: maar als iedereen niet weet wat t is  
551 RVP: iedereen weet wel wat t is [...]  
552 VP: ok  
553 A: want dan zou t er wel in moeten staan  
554 VP: ik denk dat als er geen bijzonderheden zijn, dat het niet  
555 gerapporteerd is, maar er wordt naar gekeken  
556 A: we hebben net een ouder [...] gehad en kan je zeggen dat men dus met  
557 dit soort dingen geen genoeg neemt, he als je dus op iets moet  
558 letten  
559 RVP: moet je het ook aftekenen  
560 A: moet er expliciet staan dat het niet aanwezig is, en niet euh,  
561 RVP: dat klopt hoor, ben ik helemaal met je eens, ja

Visite, opname 2, 7 mei 2007

De visite is globaal gesproken opgebouwd uit een aantal rondes die zich herhalen. De verpleegkundigen komen om beurten de visiteruimte binnen. Eén voor één introduceren zij de patiënten waar zij op dat moment de verantwoordelijkheid voor hebben. Zij verstrekken informatie over de patiënt aan de overige deelnemers. De arts-assistent stelt vervolgens vragen over de patiënten. De arts-assistent beslist in samenwerking met de supervisor over onder andere de medicatie van de patiënt. De regieverpleegkundige piept ondertussen een nieuwe verpleegkundige op met de vraag of hij/zij klaar is voor de visite. De arts-assistent vult de schriftelijke informatie in het dossier aan en werkt de gegevens van de patiënten bij in de computer. De verpleegkundige verlaat de ruimte, waar zijn/haar collega al staat te wachten en met diens entree begint de visitestructuur opnieuw.

Elke ronde binnen de visite is als volgt opgebouwd: een ronde start met de entree van de verpleegkundige in de visiteruimte. De aanwezigen groeten elkaar. De verpleegkundige zegt welke patiënten hij/zij verzorgt. Op dat moment pakt de arts-assistent de statussen van de betreffende patiënten erbij, en de verpleegkundige geeft probleemgerelateerde informatie over de patiënt (24 mei 2007, opname 12):

155 Vp2: Goeiemorgen!  
156 Aa: Goeiemorgen  
157 A: [...]  
158 Vp2: Ik heb [naam patiënt], goedemorgen  
159 Aa: Ja, goedemorgen  
160 Vp2: Zij had een LSD op de veertiende, is de negende dag post OK, ze  
161 heeft piricartvochtcomplicatie, ehm krijgt prednison daarvoor, nou  
162 gaat op zich wel goed, maakt goeie indruk, ze doet 't heel erg goed  
163 met drinken, ze heeft al vier flessen gedronken, dus gaat eigenlijk  
164 heel goed

Visite, opname 12, 24 mei 2007

---

In bovenstaand voorbeeld kondigt de verpleegkundige de patiënt aan en neemt dus het initiatief in dit speech event. In de meeste gevallen initieert de arts-assistent de bespreking echter, met name door te vragen welke patiënt er aan de beurt is, zoals in de observatienotitie van 10 mei 2007: de arts-assistent begroet de verpleegkundige en zegt: 'wie hebben we vandaag?'. De verpleegkundige noemt de naam van de patiënt en geeft daar informatie over. Het voordragen van patiënten komt dus soms vanuit de verpleegkundige, maar in veel gevallen na een vraag van de arts-assistent.

De structuur van de visite komt duidelijk naar voren in het fragment op de volgende pagina, afkomstig uit opname 2 (7 mei 2007). Voorafgaand aan dit fragment hebben de aanwezigen elkaar gegroet, vervolgens introduceert de verpleegkundige haar eerste patiënt en geeft hierbij aan wat het ziektebeeld is (regel 210-211). De arts-assistent reageert in regel 212 met een 'ja', wat kan aangeven dat zij de nieuwswaarde van de informatie markeert. De verpleegkundige behandelt dit *ja* echter als een continueerder, indicierend dat zij door kan gaan met spreken en dat de arts-assistent nog steeds beschikbaar is als luisteraar. Ze voegt dan ook nog een component toe aan haar beurt (regel 213). Vervolgens start de arts-assistent vanaf regel 214 na wat er in het dossier over de betreffende patiënt staat. Ze controleert de gegevens in het dossier door deze voor te lezen en na te vragen of die gegevens kloppen. Door middel van vervolgvragen of van post-expansies wordt op antwoorden doorgevraagd (regel 225-228). Met post-expansies worden antwoorden verbijzonderd en hersteld, met vervolgsequenties komen nieuwe aspecten aan de orde. Zo ontstaat een helder beeld over de situatie van de betreffende patiënt.

In regel 218 geeft de verpleegkundige antwoord op de vraag van de arts-assistent. Deze stelt hierop een vraag ter verduidelijking. In regel 224 geeft de verpleegkundige antwoord op een vraag, die door de arts-assistent in regel 225 wordt herhaald. De verpleegkundige bevestigt haar antwoord in regel 226, en in regel 228 komt ze terug op haar vorige antwoord door een aanvulling te geven.

210 VP2: (naam patiënt) meisje met module blastoom heeft stamceloogsten  
211 gehad. Zij heeft euh koortspiëken, hoest behoorlijk,  
212 AA: ja  
213 VP2: en kapotte billen  
214 AA: [...] positief staat hier, want euhm ik weet het tot vorige week,  
215 toen had ze steeds koorts toen leek het op een gegeven moment op  
216 te knappen. Toen daarna heeft ze nog steeds koorts gehouden?  
217 Klopt dat of niet?  
218 VP2: 37,5 afgelopen paar dagen zit het zo rond de 37. vanmorgen was  
219 het ook 37,1  
220 AA: afgelopen hele week is het toch niet boven de 38 geweest? 1 mei  
221 nog een keertje.  
222 VP2: bloedkweken en dan was t net weer te laat  
223 AA: wat krijgt ze dan aan antibiotica?  
224 VP2: ze krijgt nu niks meer  
225 AA: niks meer  
226 VP2: nee  
227 AA: [...]  
228 VP2: ja flagil krijgt ze nog! Voor die clostridium  
229 AA: even kijken hoor, koorts bij aplasie en [...] efanco(?)dat was de  
230 tweede,

Visite, opname 2, 7 mei 2007



---

Over het algemeen bestaat de basisstructuur van de visite uit een reeks van aangrenzende paren, in de vorm van vraag/antwoordsequenties, soms uitgebreid met expansiesequenties. Door middel hiervan is het voor de deelnemers mogelijk duidelijkheid te verkrijgen in de situatie van de patiënt zoals die op dat moment is. Daarnaast biedt het 'doorvragen' de mogelijkheid om bepaalde zaken met betrekking tot het ziektebeeld uit te sluiten. Dit is te zien in het volgende voorbeeld (opname 2, 7 mei 2007), waar de arts-assistent doorvraagt op bepaalde zaken met betrekking tot de klachten en hoe zij daar uiteindelijk een conclusie uit trekt. De arts-assistent komt in regel 26 terug op informatie die de verpleegkundige zojuist heeft gegeven. Dat gebeurt in een vervolgsequentie, die start met een pre-expansie. Deze pre-pre-expansie bestaat uit het verwijzen naar de eerdere informatie. Daarna komt de eigenlijke vraag (1<sup>e</sup> deel van de hoofdsequentie) om meer duidelijkheid te verschaffen (regel 28): 'Hoe, knapt hij op? In de zin van voelt zich beter?'. Met deze uiting is sprake van een soort anamnesegegesprek, waarbij de patiënt vertegenwoordigd wordt door de verpleegkundige. In regel 28 vraagt de arts-assistent om meer duidelijkheid. Dit doorvragen houdt aan tot het einde van het fragment.

Vergelijk hiervoor bijvoorbeeld de aangrenzende paren in regel 34 en 35 ('hij is niet meer misselijk?'), regel 36 en 37 ('heeft ie gebraakt?') en regel 46 en 47 ('en nu, hoe is het nu met zijn ontlasting?') van het volgende fragment. Het doorvragen van de AA en het inzien van de temperatuurlijst, leidt in regel 59 en 60 tot een uitspraak over een mogelijke oorzaak van de klachten:

26 AA: even wachten hoor, hij knapt op zeg jij  
27 VP: ja  
28 AA: hoe, hoe knapt ie op? In de zin van voelt zich beter  
29 VP: voelt zich ja  
30 AA: meer  
31 VP: nou weet je, hij was ook misselijk en euh gewoon niet lekker  
32 AA: hm hm  
33 VP: en dat is nu wel beter  
34 AA: ok, is hij niet meer misselijk?  
35 VP: nee  
36 AA: heeft ie gebraakt?  
37 VP: nee  
38 AA: maar eerst wel?  
39 VP: euhm,  
40 AA: of niet?  
41 VP: ja  
42 AA: hij heeft gebraakt wel eerst, oh ja hier, misselijk, spugen,  
43 verhoging, zus en moeder voelde zich ook niet goed en heeft ook  
44 gespuugd, dunne der  
45 VP: ja  
46 AA: en nu, hoe is t nu met zn ontlasting?  
47 VP: nog steeds dun  
48 AA: hoe vaak per dag?  
49 VP: even kijken hoor, vijf keer  
50 AA: vijf keer per dag, ok  
51 AA: mag ik even z'n temperatuurlijst zien?  
52 VP: hm hm  
53 AA: ja, dank je wel  
54 VP: alsjeblieft

---

55 AA: even kijken, dit, de bovenste is de koorts  
56 VP: hm hm  
57 AA: hier een piek van 39, toen daalde hij weer en toen heeft ie nog  
58 een keer boven de 39 en nu is hij eigenlijk zo rond de 38,  
59 **vanochtend dus daaronder net iets, ok dus mogelijk een virale**  
60 **gastro-enteritis is geweest**

Visite, opname 2, 7 mei 2007

Het basispatroon van de visite richt zich op een dialoog tussen de verpleegkundige en de arts-assistent. Hierbij is de arts-assistent in de eerste positie en de verpleegkundige in de tweede positie. De eerste positie rol van de arts-assistent komt tot uitdrukking in het voeren en leiden van het gesprek met de verpleegkundigen. In zijn/ haar rol als gespreksleider initieert de arts-assistent vaak, stelt de vragen en trekt vervolgens conclusies (zie bijvoorbeeld regel 59 en 60 in voorgaand fragment). In dat opzicht lijkt de rol van de arts-assistent tijdens de visite sterk op die van een dokter in een arts-patiënt gesprek. Ook daar is de dokter degene die in het anamnesege gesprek de vragen stelt, samenvat, ophelderingsvragen stelt en conclusies formuleert.

De superviserende arts houdt zich tijdens de visite over het algemeen op de achtergrond en vervult een rol van 'overhearer'. Soms gaat het gesprek echter over op een dialoog tussen arts en arts-assistent, zoals in het volgende fragment. De arts doorbreekt hierdoor de basisstructuur van de visite. Hiermee vindt een verschuiving in de participatiestructuur plaats. De verpleegkundige wordt in dat geval geacht niet te spreken en wordt alleen betrokken als er nog duidelijkheid moet zijn over een bepaalde patiënt. De verpleegkundige krijgt op dat moment de rol van 'overhearer'. De arts wordt een primaire participant en krijgt de rol van spreker/ hoorder. In een dergelijke dialoog tussen arts en arts-assistent komt de arts in de eerste positie en verschuift de rol van de arts-assistent naar de tweede positie, als nieuwsontvanger na de informatieve uitingen van de arts.

In het volgende fragment spreken de verpleegkundige, de arts-assistent en de kinderarts over het eventuele ontslag van een patiënt. Opvallend aan dit fragment is dat er eerst drie partijen in dit 'overleg' betrokken zijn (A, AA en vp1), en dat het gesprek op een gegeven moment over gaat op een dialoog tussen de arts en arts-assistent met uitsluiting van VP1.

103 Vp1: Maar zij is vrijdag op dag 8 of niet?  
104 A: Ja. Vrijdag is dag 8, dus dat is ook als het goed is aangevraagd  
105 dat er dan strijkjes naar beneden moeten. Klopt  
106 Vp1: Maar als het dan verder in principe goed gaat dan, wordt ze dan  
107 ook ergens in het weekend ontslagen of?  
108 A: Nou dat is wel heel snel denk ik  
109 Aa: Ja, is aangevraagd  
110 A: Ik denk eh, ik denk dat dat ergens in het begin van de week zal  
111 zijn. We hebben de cytostatica aangevraagd voor vrijdag, dat  
112 allemaal geregeld en... nou ik denk dat dat begin volgende week  
113 moet en ik denk dat er thuis wel even wat geregeld moet worden  
114 of niet?  
115 Aa: Ja, hebben we het gister over gehad he?  
116 A: In 't MDO ook, dus ik denk dat we even,  
117 Rvp: Ja  
118 A: Ja begin volgende week zou een mooi moment zijn

Visite, opname 3, 9 mei 2007

---

Tijdens de visite heeft de arts de rol van supervisor en treedt hij/zij op als eindverantwoordelijke. Dat blijkt met name op de momenten dat hij/zij zich mengt in het gesprek, op eigen initiatief of doordat de arts-assistent zich tot hem/haar richt. Wanneer de arts-assistent bijvoorbeeld niet zeker is over bepaalde medische kwesties, wordt de arts tijdens de visite ingeschakeld, zoals in het volgende fragment. In regel 121 geeft de arts-assistent aan dat ze iets niet meer precies weet en hier graag uitleg over wil hebben van de arts. De arts geeft dan uitgebreid antwoord op de vraag, wat de basisstructuur van de visite dus doorbreekt. In regel 148 vat de arts-assistent de gegeven informatie samen, de arts bevestigt de formulering van de arts-assistent, maar geeft ook nadere uitleg. De arts-assistent geeft dan als slot aan dat de informatie geaccepteerd is, en sluit daarmee ook zo'n fase in dit speech event af.

119 Aa: En ouders weten nog niet van de CLS 1...

120 A: Ok. Nou dat is heel gunstig

121 Aa: En ik wil ze dat wel vertellen, maar dan moet jij mij vertellen

122 wat dat ook alweer precies is, want drie is slecht, twee is

123 ietsje minder

124 A: Drie, drie dan heb je over t eh, CLS leukemie

125 Aa: Ja

126 A: Als je dat hebt dan moet je eh dan dan krijg je een ander plan.

127 En daar kan je over twisten of je iemand moet bestralen

128 bijvoorbeeld op zijn brein

129 Aa: Hmm

130 A: Als je eh CLS 2 hebt of CLS 1, CLS 1 is ik heb én geen hoog

131 aantal cellen gevonden, dat heb je niet

132 Aa: In de LP, nee

133 A: En die paar cellen die ik heb gevonden, daar zitten ook geen

134 blasten bij. Das CLS 1. CLS 2 is ik heb een laag celgetal, maar

135 in die paar cellen die ik eruit heb getoverd, heb ik toch

136 blasten gevonden. We weten niet precies wat dat tweede betekent.

137 D'r is ooit een studie geweest en die laatte zien dat je een wat

138 minder goede survival hebt als je eh retrospectief kijkt en je

139 zou toch blasten hebben in je liquor, evident blasten, maar met

140 een laag celgetal. Daarvoor is die actie met die twee tripols op

141 week 1 en week 3. Je kan je afvragen van tjonge, zou dat het nou

142 doen, de trick, de bewijs is ook, eh het bewijs dat dit ook een

143 duidelijk evident slechtere survival geeft, dat dat het ook is,

144 is niet heel hard. Aan de andere kant denken we allemaal als je

145 het met twee tripols zou kunnen afkopen,

146 Rvp: Ja

147 A: Wel gemakkelijk

148 Aa: Dus CLS 1 is eigenlijk... D'r is geen CLS 0

149 A: Nee dat bestaat niet, er is alleen 1, 2, of 3

150 Aa: Maar 1 is [...] Ja

151 A: 1 is perfect, 3 eh, overtu leukemia, nou dat wens je niemand toe,

152 ehm, 2, mwoah,

153 Aa: Beetje dubieus

154 A: Doen we niet zo moeilijk over. Krijg je twee extra tripols en

155 dan laden we die op. He want dat is voor het traumatische

---

156 punctie krijg je dat ook  
157 Aa: Ok  
158 Rvp: Tsja  
159 A: Nee daar hebben we niet het gevoel bij dat je ineens in de  
160 morbiditeit of de mortaliteit eh omhoog gaat he?  
161 Aa: Ok

Visite, opname 3, 9 mei 2007

De visite heeft een asymmetrisch karakter, gezien de aard van de handelingen die de verschillende participanten realiseren. De arts-assistent initieert (vooral met vragen om informatie) en de verpleegkundige respondeert met antwoorden. De verpleegkundige is dus steeds in een tweede positie, complementair reagerend op de initiatieven van de arts-assistent. De asymmetrie in de verhouding tussen arts-assistent en verpleegkundige kan soms echter ook omgedraaid worden, zoals geïllustreerd wordt in onderstaand fragment (opname 3, 9 mei 2007). In regel 1 formuleert de verpleegkundige een verwijt. Zij realiseert hiermee een initiatief, een eerste paardeel dat een tweede paardeel in de vorm van een verontschuldiging of een rechtvaardiging relevant maakt. Deze klacht wordt indirect en in de lijdende vorm geformuleerd, zodat niemand rechtstreeks wordt aangesproken. Vervolgens geeft de arts-assistent in regel 5 een rechtvaardiging voor de handeling die in het verwijt aan de orde is gesteld. Dat betekent dat ze het verwijt toch behandelt als zijnde aan haar gericht. In regel 6 verdedigt de verpleegkundige haar verwijt echter ('Nou maar...') met een verwijzing naar een algemene regel, waarop de arts-assistent in regel 7 haar rechtvaardiging verdedigt ('Nou...') door aan te geven dat het hier om een specifieke situatie ging. Nog eenmaal verdedigt de verpleegkundige haar verwijt in regel 9 en 10, waarbij ze dit keer wel een je-vorm gebruikt, waarmee ze in principe de arts-assistent rechtstreeks zou kunnen aanspreken.

Opmerkelijk is overigens dat het een je-vorm is en geen jij-vorm: de je-vorm geeft ook de mogelijkheid om de uiting opnieuw als een algemene uitspraak te interpreteren, wat voor de jij-vorm niet had gegolden. In de respons lijkt de arts-assistent zich in regel 11 uiteindelijk neer te leggen bij de gerechtvaardigdheid van het verwijt ('Ok. Ja.'). In regel 15 en 16 komt de verpleegkundige nogmaals terug op het probleem, waarop de arts-assistent in regel 19 met een voorstel komt dat door de verpleegkundige geaccepteerd wordt in regel 23. Vervolgens komt de verpleegkundige zelf nog met een voorstel in regel 24, dat de arts-assistent accepteert. De verpleegkundige accepteert dit in regel 26, waarmee ze de kwestie lijken te hebben afgehandeld. Zo blijkt dat ondanks het feit dat het elementaire patroon een asymmetrie laat zien in de verhouding van arts-assistent en verpleegkundige in dit speech event, die asymmetrie ook omgedraaid kan worden, maar dat de aard van de taalhandelingen die daarmee gepaard gaan, dan niet overeenkomt met die in het basispatroon.

1 Vp1: Ik heb hier [naam patiënt]  
[...]  
4 Gister een Vap gekregen, **alleen de Vap is nog niet aangeprikt**  
5 Aa: Nee. Want er was geen naald meegegeven na OK  
6 Vp1: **Nou maar die zit altijd in het pakket**  
7 Aa: **Nou** die was niet meegegeven want de nachtdienst had gezegd dat  
8 het niet hoefde  
9 Vp1: **Nou maar normaal gesproken zit ie ook in het pakket maar als ze**  
10 **dan geen naald meegeven kan je er weer mee terug**  
11 Aa: Ok. Ja  
12 Rvp: Ja of ze krijgen die van ons niet  
13 Aa: Nee hoor  
14 [deelnemers praten door elkaar]  
15 Vp1: Maar eh hij is nog steeds niet aangeprikt dus ik hoop wel dat ze

---

16 heparine hebben achtergelaten =  
17 Aa: Ja dat hoop ik ook  
18 Vp1: = op de OK want anders hebben we nu natuurlijk een probleem  
19 Aa: Nou zullen we dat vandaag doen? Want gister had ze nog een lopend  
20 infuus en was ze net geopereerd dus vond ik het sneu om daar in  
21 te gaan prikken zeg maar, maar dan kunnen we het straks wel even  
22 doen  
23 Vp1: Ja. Want dan kunnen we het infuus ook overzetten. Zal ik ook een  
24 Emla plakken dat jij dan de naald aanprijkt?  
25 Aa: Is goed  
26 Vp1: Okee

Visite, opname 3, 9 mei 2007

Een andere afwijking van het basispatroon treffen we aan als de verpleegkundige namens de ouders vragen stelt of wensen uit. Onderstaand voorbeeld van 7 mei 2007 (opname 2) geeft hier een voorbeeld van, waarbij we zien dat nu niet de arts-assistent maar de superviserende arts zélf reageert. Het feit dat niet de arts-assistent maar de arts een antwoord geeft, doet zich normaliter niet voor. Onderstaand fragment betreft daarom een unieke situatie:

625 RVP: **en moeder wou een gesprek met de oncoloog**  
626 [...]  
627 A: nou dat moeten we maar even niet doen denk ik, dan wordt het een  
628 beetje overinformatie

Visite, opname 2, 7 mei 2007

Het is overigens duidelijk dat de asymmetrie hier wel conform het basispatroon aanwezig is: de arts in zijn rol als supervisor wijst het verzoek (namens de ouders) zonder meer af.

### **Samenvattend**

De deelnemers aan de visite zijn de regieverpleegkundige, een arts-assistent, een superviserende arts, een co-assistent en de dienstdoende verpleegkundigen die om beurten informatie over hun patiënten komen geven. Het communicatieve doel van de visite is het informeren van de deelnemers over probleemgerelateerde zaken met betrekking tot de patiënten. Daarnaast heeft de visite een instruerend karakter, namelijk daar waar de arts-assistent de verpleegkundige aangeeft hoe te handelen bij een bepaalde patiënt.

De visite is globaal gesproken opgebouwd uit een aantal rondes die zich herhalen. De verpleegkundigen komen om beurten de visiteruimte binnen. Op dat moment zijn de arts, de arts-assistent, een co-assistent en de regieverpleegkundige reeds aanwezig. De verpleegkundige neemt plaats naast of tegenover deze groep van deskundigen en doet verslag van zijn/haar patiënten. De introductie van de patiënten gebeurt soms op initiatief van de verpleegkundige, maar meestal door de arts-assistent.

Het basispatroon van de visite wordt gekenmerkt door een reeks van aangrenzende paren, in de vorm van vraag/antwoordsequenties, soms uitgebreid met expansiessequenties. Door middel hiervan is het voor de deelnemers mogelijk duidelijkheid te verkrijgen in de situatie van de patiënt zoals die op dat moment is. Door middel van vervolgvragen of van post-expansies wordt op antwoorden doorgevraagd. Met post-expansies worden antwoorden verbijzonderd en hersteld, met vervolsequenties komen nieuwe aspecten aan de orde. Het 'doorvragen' biedt mogelijkheid om bepaalde zaken met betrekking tot het ziektebeeld uit te sluiten. Zo ontstaat een helder beeld over de situatie van de betreffende patiënt.

---

Het basispatroon van de visite richt zich op een dialoog tussen de verpleegkundige en de arts-assistent. Hierbij is de arts-assistent in de eerste positie en de verpleegkundige in de tweede positie. De eerste positie rol van de arts-assistent komt tot uitdrukking in het voeren en leiden van het gesprek met de verpleegkundigen. In zijn/haar rol als gespreksleider initieert de arts-assistent vaak. Zijn/haar belangrijkste activiteiten hebben betrekking op informatievragen stellen en informatie geven (in de antwoorden). Hij/zij trekt vervolgens conclusies. In dat opzicht lijkt de rol van de arts-assistent tijdens de visite sterk op die van een dokter in een arts-patiënt gesprek. Ook daar is de dokter degene die in het anamnese-gesprek de vragen stelt, samenvat, ophelderingsvragen stelt en conclusies formuleert. De arts houdt zich tijdens de visite over het algemeen op de achtergrond en vervult een rol van 'overhearer'. Hij/zij heeft de rol van supervisor en treedt op als eindverantwoordelijke. Dat blijkt met name op de momenten dat hij/zij zich mengt in het gesprek, op eigen initiatief of doordat de arts-assistent zich tot hem/haar richt. Wanneer de arts-assistent bijvoorbeeld niet zeker is over bepaalde medische kwesties, wordt de arts ingeschakeld.

Soms gaat het gesprek tijdens de visite over op een dialoog tussen arts en arts-assistent. De arts wordt een primaire participant en krijgt de rol van spreker/ hoorder. In een dergelijke dialoog tussen arts en arts-assistent komt de arts in de eerste positie en de arts-assistent in de tweede positie, als nieuwsontvanger na de informatieve uitingen van de arts. De arts doorbreekt hierdoor de sequentie van handelingen van het basispatroon van de visite. Hiermee vindt een verschuiving in de participatiestructuur plaats. De verpleegkundige wordt in dat geval geacht niet te spreken en wordt alleen betrokken als er nog duidelijkheid moet zijn over een bepaalde patiënt. De verpleegkundige krijgt hiermee de rol van 'overhearer'. De arts wordt een primaire participant en krijgt de rol van spreker/ hoorder. Hij/zij geeft uitleg aan de arts-assistent. Wanneer de arts-assistent aangeeft dat de informatie geaccepteerd is, sluit hij/hij daarmee zo'n fase in dit speech event af.

Door de aard van de handelingen die de verschillende participanten realiseren, heeft de visite een asymmetrisch karakter. De arts-assistent initieert (vooral met vragen om informatie) en de verpleegkundige respondeert met antwoorden. De verpleegkundige is dus steeds in een tweede positie, complementair reagerend op de initiatieven van de arts-assistent. De asymmetrie in de verhouding tussen arts-assistent en verpleegkundige kan soms echter ook omgedraaid worden, bijvoorbeeld wanneer een klacht geformuleerd wordt richting de arts-assistent. Hier is tijdens de visite blijkbaar ruimte voor en deze ruimte wordt ook genomen. Er blijken wel voorkeuren, maar geen strikte normen te gelden wat betreft de kwestie wie in eerste en wie in tweede positie handelingen kan realiseren. Zo blijkt dus dat ondanks het feit dat het elementaire patroon een asymmetrie laat zien in de verhouding van arts-assistent en verpleegkundige in dit speech event, dat die asymmetrie ook omgedraaid kan worden, maar de aard van de taalhandelingen die daarmee gepaard gaan, komen dan niet overeen met die in het basispatroon.

#### **4.2.4 Evaluatie**

De evaluatie is een vierde type speech event waarin de regieverpleegkundige een centrale rol speelt op de betreffende afdeling. Tijdens onze observaties hebben we dit speech event dus ook maar één keer waargenomen. De beschrijving is dus op deze casus gebaseerd. In die evaluatie wordt de afgelopen week als geheel geëvalueerd in termen van ervaringen en/of gevoelens, van zowel anderen als van de regieverpleegkundige naar blijkt uit de manier waarop het speech event wordt gerealiseerd. De participanten in dit type speech event zijn de regieverpleegkundige, de arts-assistenten (twee in getal), een superviserende arts en een co-assistent. Er zijn dus geen verpleegkundigen of andere deelnemers aanwezig tijdens deze evaluatie.

In het volgende voorbeeld zien we dat de regieverpleegkundige het gesprek initieert en aan de andere aanwezigen (twee arts-assistenten, de supervisor, een co-assistent) vraagt *hoe hun week is verlopen*. Daarbij stelt ze ook kort de samenwerking tussen de verschillende disciplines (artsen en verpleegkundigen) aan de orde. De regieverpleegkundige, tevens de initiator van dit event, gaat één voor één alle aanwezigen bij langs door kort te vragen hoe ieders week was en hoe de samenwerking ging. De aanwezigen geven kort antwoord. Nadat enkele van de bevraagden hebben gereageerd met een

---

assessment ten aanzien van het geheel of een aspect, vertelt ze ook zelf hoe haar eigen week verliep. De evaluatie duurt kort; nog geen tien minuten.

De basisstructuur van de evaluatie bestaat uit aangrenzende paren, waarin de regieverpleegkundige open vragen formuleert. De vragen worden kort beantwoord door de deelnemers. Ze vraagt soms door op de antwoorden, zowel in post-expansies als in vervolgsequenties. Die basisstructuur herhaalt zich tijdens dit event, telkens bij een nieuwe toegesprokene. Dit wordt geïllustreerd in het volgende fragment.

In regel 1 initieert de regieverpleegkundige een open vraag. Deze wordt beantwoord door AA1 in regel 2. In regel 4 markeert de RVP dat ze nog op een conclusie wacht en dat de gegeven respons dus incompleet was. In het tweede deel van die post-expansie (regel 5-6) komen dan de evaluerende termen, waarop RVP met een derdepositie-afsluiter kenbaar maakt dat de sequentie voltooid is. Opmerkelijk is hier echter dat AA1 in regel 8 en verder toch een vervolg op het gegeven antwoord formuleert, waarbij de RVP zich steeds als recipiënt opstelt. In regel 14 initieert de regieverpleegkundige dan echter een vervolgsequentie, waarbij ze ook een nieuw topic introduceert voor de evaluatie. Beide arts-assistenten geven hier kort antwoord op. Hier blijft het bij wat betreft de evaluatie van de samenwerking. In regel 17 bevestigt de regieverpleegkundige de nieuwswaarde van de antwoorden van beide arts-assistenten met een derdepositie-afsluiter ('ok'). Aansluitend formuleert ze een probleemsituatie, waarbij ze indirect een vraag formuleert; ze wil weten hoe de deelnemers nu over de betreffende situatie denken. AA1 geeft haar mening hierover en evalueert daarmee de huidige situatie.

1 Rvp: Hoe was jouw week?  
2 Aa1: Nou ik had een beetje een bijzondere week, omdat ik elke dag ergens  
3 anders zat  
4 Rvp: Ja, dus  
5 Aa1: Dus ik had weinig structuur, maar ik heb me eigenlijk wel goed  
6 vermaakt [lacht]  
7 Rvp: Ok  
8 Aa1: Maar ik heb structureel denk ik niet zo veel te vertellen omdat ik  
9 een beetje vliegende keep was zeg maar  
10 Rvp: Ok. Nee precies. Ja  
11 Aa1: En dat liep op zich wel  
12 Rvp: Ja. Nee maar goed, was wel een redelijk [onduidelijk] [lacht]  
13 Aa1: Ja  
14 Rvp: En qua samenwerking?  
15 Aa1: Ja. Prima  
16 Aa2: Ja ik had eigenlijk hetzelfde, ging wel prima volgens mij  
17 Rvp: Ok. En het in- en uitlopen wat we laatst constateerden dat heel  
18 veel verpleegkundigen constant eh jullie in jullie werk stoorden  
19 Aa1: Eh, is iets beter, vind ik wel.

Evaluatie, opname 13, 25 mei 2007

Zoals eerder gesteld, herhaalt de basisstructuur zich tijdens de evaluatie. Wanneer de RVP is uitgepraat met AA1 en AA2, richt zij zich tot de arts, waarbij dezelfde basisstructuur gehanteerd wordt. De vraag van de regieverpleegkundige in regel 53 is sturend door de formuleringswijze: ze formuleert een bewerende uiting met stijgende intonatie. Dergelijke vragen die in principe nog een ja/nee karakter hebben, hebben een sterke antwoordvoorkeur voor de bevestiging en zijn daarom dus suggestief van aard. Het geprojecteerde antwoord komt ook. Er ontbreekt alleen een positieve evaluatieterm in het antwoord. Vervolgens wordt de samenwerking in een elliptische vraag aan de orde gesteld, en daarop wordt wel met een positief evaluerend begrip geantwoord. Toch wordt na dit antwoord nog een post-expansie gerealiseerd, waarin de gegeven evaluatie nagevraagd wordt. De bevraging van een participant wordt

---

steeds afgesloten met een derde-positieafsluiter, die daarmee ook de sequentie afsluit. Daarna kan de RVP zich tot een andere aanwezige richten, zoals in het voorbeeld: in regel 63 richt de RVP zich tot de co-assistent, waarbij de vragen en antwoorden op dezelfde manier tot stand komen:

53 Rvp: **Jij had ook een goeie week?**  
54 A: **Ja**  
55 Rvp: **Samenwerking?**  
56 A: **Prima**  
57 Rvp: **Ja?**  
58 A: **Ja.** [mompelt]  
59 Rvp: **Ok**  
60 A: Ik had eigenlijk ook geen eh, bijzonderheden  
61 Rvp: Ah  
62 [...]  
63 Rvp: **En hoe was jouw week?**  
64 Co: **Ja goed**  
65 Rvp: **Ja**  
66 Co: **Ja. Veel kunnen leren, ja**  
67 Rvp: **Ja?**  
68 Co: Ja, hartstikke leuk  
69 Rvp: **Ok. Voor mij was het ook een beetje een rommelige week, want ik heb**  
70 **een dag gewerkt een dag vrij een dag werken een dag vrij**  
71 Aal: **Oh ja**  
72 Rvp: Dus 't was eh, nou ja. Dusse, aan de andere kant ook wel een stukje  
73 continuïteit dus nou eh, ja. Maar eh, nou op zich was 't een prima  
74 week, ook eh, prettige samenwerking met jullie ook. [...]

Evaluatie, opname 13, 25 mei 2007

Een tweede manier waarop de overige participanten deelnemen in dit speech event -naast de beurttoewijzingen via vragen - is de zelfselectie. Dat gebeurt enerzijds in vervolgsequenties die aansluiten op een antwoord, maar ook op andere momenten, zoals blijkt uit het volgende voorbeeld. Daar is na de toelichting van de RVP op haar eigen evaluatie sprake van een AA die een initiërende taaluiting doet, waarop AA1 en AA2 reageren, maar daardoor ook met elkaar in gesprek raken. De participatiestructuur lijkt hiermee te veranderen, waarbij de rol voor de twee arts-assistenten belangrijker wordt; er ontstaat een dialoog tussen beide arts-assistenten. Deze dialoog bestaat uit diverse mededelingen, met standpuntbepalingen (evaluaties dus) die wederzijds met *Juist, oke* of *precies* instemming ondervinden. Beide arts-assistenten selecteren zichzelf als spreker, ook zonder interventie van de regieverpleegkundige. Soms zijn er ook vervolgsequenties. Vanaf regel 99 initieert de regieverpleegkundige een nieuwe sequentie waarin zij een evaluerende uitspraak doet; ze spreekt haar waardering uit.

73 Rvp: Dus 't was eh, nou ja. Dusse, aan de andere kant ook wel een stukje  
74 continuïteit dus nou eh, ja. Maar eh, nou op zich was 't een prima  
75 week, ook eh, prettige samenwerking met jullie ook. Op een gegeven  
76 moment met [naam patiënt] enzo, ook eh... Ja gewoon goed opgepakt,  
77 vind ik toch  
78 Aal: Ja  
[...]



---

81 Aa1: Met [naam patiënt]. Dat ie geopereerd werd  
82 Aa2: Ja omdat het zo ontzettend [onduidelijk]  
83 Aa1: Ja. Precies  
84 Aa2: En daarna had jij gewoon [naam patiënt] kunnen...  
85 Aa1: Ja ik heb me alleen op [naam patiënt] gestort en daar ben ik de  
86 hele dag mee bezig geweest  
87 Aa2: Ja, precies  
88 Aa1: Ik heb ook niks... Voor mij was het juist ook een hele leuke dag  
89 daardoor  
90 Aa2: Ja  
91 Aa1: Omdat je dan juist er zoveel in kan doen en ook nog mee kunt kijken  
92 met die operatie  
93 Aa2: Precies  
94 Aa1: Dus dat kwam heel goed uit inderdaad  
95 Aa2: Ja qua ouders ook ja  
96 Aa1: Ouders, ook, ja  
97 Aa2: Constant er kon zijn  
98 Aa1: Ja  
99 Rvp: Nee maar dat was wel grappig want dat werd gewoon heel mooi goed  
100 opgepakt en dat merkten ze ook aan alle kanten en wij hadden ook de  
101 verpleegkundige [...] vrij  
102 Aa1: Ja, precies  
103 Rvp: Dus dat was gewoon heel erg mooi eigenlijk en dat was op dat moment  
104 wel heel erg nodig eigenlijk he  
105 A: Ja, [onduidelijk]  
106 Aa1: Ja want jullie hadden ook 's ochtends meteen, dan zei X, X was het  
107 geloof ik he  
108 Rvp: Ja  
109 Aa1: Die had drie patiënten en meteen werden die twee overgenomen door  
110 anderen  
111 Rvp: Ja precies  
112 Aa1: Dus zij heeft zich ook fulltime met hem bezig kunnen houden  
113 Rvp: Ja  
114 Aa1: Dus dat was ideaal  
115 Rvp: Dat was een goeie samenwerking ja. Iedereen die zag het ook  
116 gelukkig dat dat ook even zo moest  
117 Aa1: Ja, ja  
118 Aa2: Ja

Evaluatie, opname 13, 25 mei 2007

Volgens de brochure van de afdeling vinden er wekelijks evaluatiemomenten plaats; maar in werkelijkheid is dit niet zo. Er blijkt weinig tijd en ruimte te zijn voor evaluatie. Tijdens de observatieperiode op de afdeling kwam één keer een evaluatiemoment voor, aan het eind van de week, wanneer de regieverpleegkundige na afloop van een visite op vrijdagochtend voorstelt om nog even te evalueren.

---

### **Samenvattend**

De participanten in het speech event 'evaluatie' zijn de regieverpleegkundige, twee arts-assistenten, een kinderarts en een co-assistent. Er zijn geen verpleegkundigen of andere deelnemers aanwezig tijdens deze evaluatie. De evaluatie vindt plaats aan het einde van de week. Tijdens dit speech event worden ervaringen en/ of gevoelens van de afgelopen week geëvalueerd. Uit de manier waarop het speech event wordt gerealiseerd, blijkt dat het zowel de gevoelens en/ of ervaringen van de initiërende regieverpleegkundige als van de overige deelnemers betreft.

De basisstructuur van de evaluatie bestaat uit aangrenzende paren, waarin de regieverpleegkundige - tevens initiator van dit event - open vragen formuleert. Deze vragen worden kort beantwoord door de overige deelnemers. De regieverpleegkundige vraagt soms door op de antwoorden, zowel in post-expansies als in vervolgsequenties. Door middel van derdepositie-afsluiters maakt de regieverpleegkundige duidelijk dat de sequentie voltooid is. Opmerkelijk is dat op een bepaald moment na een dergelijke afsluiter van de regieverpleegkundige, een arts-assistent toch een vervolg op een gegeven antwoord formuleert. De regieverpleegkundige staat dit toe en stelt zich hierbij op als recipiënt.

Een tweede manier waarop de overige participanten deelnemen in dit speech event - naast de beurttoewijzingen via vragen - is via zelfselectie. Dat gebeurt enerzijds in vervolgsequenties die aansluiten op een antwoord, maar anderzijds via initiërende taaluitingen van de arts-assistenten. De participatiestructuur lijkt hiermee te veranderen, waarbij de rol voor de twee arts-assistenten belangrijker wordt; er ontstaat een dialoog tussen beide arts-assistenten. Deze dialoog bestaat uit diverse mededelingen, met standpuntbepalingen die wederzijds instemming ondervinden. Beide arts-assistenten selecteren zichzelf als spreker, ook zonder interventie van de regieverpleegkundige.

Tijdens het speech event maakt de regieverpleegkundige vaak gebruik van bewerende uitingen met stijgende intonatie. Hiermee geeft ze een sterke antwoordvoorkeur aan voor de bevestiging. Dergelijke vragen zijn daarom suggestief van aard. De basisstructuur herhaalt zich tijdens de gehele evaluatie. Wanneer de regieverpleegkundige is uitgepraat met een gesprekspartner, richt zij zich tot de volgende, waarbij dezelfde basisstructuur gehanteerd wordt.

#### **4.2.5 Multidisciplinair overleg**

Het speech event 'multidisciplinair overleg' (MDO) is bedoeld om vanuit verschillende disciplines naar een aantal casussen te kijken, vanuit de gedachte dat een groep mensen meer weet dan één. Tijdens het MDO wordt kennis vanuit verschillende disciplines gebundeld, om gezamenlijk een aantal patiënten te bespreken. Niet alle patiënten worden besproken; de disciplines kunnen patiënten inbrengen die zij graag met de groep willen bespreken. Problemen die aan de orde komen, kunnen gerelateerd zijn aan gedrag, behandeling, familieomstandigheden, enzovoorts.

Het MDO is een gepland interdisciplinair evaluatiemoment dat één keer in de maand op dinsdagmiddag plaatsvindt in een onderwijszaaltje in het ziekenhuis. Tijdens onze observaties hebben we dit speech event dus ook maar één keer waargenomen. De beschrijving is dus op deze casus gebaseerd. Aanwezig in dit speech event zijn de regieverpleegkundige, een onderwijzer, iemand van psychosociale begeleiding, twee kinderoncologen, een arts-assistent, een co-assistent, een PM'er, een maatschappelijk medewerker, een mondhygiëniste en een diëtiste. De co-assistent neemt geen deel aan het gesprek, evenmin als de psychosociale begeleider. Zij zijn dus geratificeerde luisteraars. De rest is deelnemende spreker/hoorder. Een complete uitwerking van het MDO volgens de categorieën van het Speaking-model is terug te vinden in deel B, bijlage I.

Tijdens het MDO voert slechts een beperkt aantal deelnemers het woord. Met name A2 introduceert de patiënten. Daarmee initieert ze de besprekingen. Het hele event is dus gestructureerd op basis van de te bespreken patiënten. Vooraf aan het MDO hebben de verschillende disciplines kunnen aangeven welke patiënten zij wensen voor te dragen voor het MDO. De bijbehorende lijst wordt beheerd door A2. Zij heeft daarmee de regie van de bespreking in handen en treedt dus op als een soort voorzitter (regel 3 en 4):

---

3 A2: nou, ik denk dat we een heel eind kunnen komen, dan beginnen we met  
4 (naam patiënt). Ik begin vanaf onderaan in jullie rijtje  
5 MW: nou dat is goed, want ik wou alleen even melden dat het heel goed  
6 gaat thuis met hem

MDO, opname 9, 15 mei 2007

De basisstructuur van de communicatie tijdens het MDO bestaat na de introductie van patiënt X door A2, vooral uit mededelingen waarop soms gereageerd wordt met ondersteunende of aanvullende mededelingen, maar soms ook met 'counters' waarin een mededeling als stellingname wordt tegengesproken, of met vragen om opheldering of specificaties. Degene die de patiënt ter bespreking heeft aangedragen, is ook degene die de eerste mededelingen over die patiënt doet. De maatschappelijk medewerker (MW) is één van de personen die een aantal patiënten ter bespreking heeft aangedragen. Zij is dan ook degene die informatie over de betreffende patiënten geeft en hun situaties schetst. Wanneer zij niet zelf de patiënt introduceert, is zij vaak wel degene die als eerste aanvullende informatie over de betreffende patiënt geeft. Deze informatie heeft vaak betrekking op problematiek rondom het gedrag van de patiënt, zijn/haar thuissituatie, etc. A1 of A2 vullen deze sociaal-maatschappelijke informatie aan met medische gegevens. Ook de RVP geeft soms verdere aanvullingen of 'counters', evenals de AA, die naast aanvullingen en 'counters' ook vaak ophelderingsvragen stelt. Op deze manier ontstaat een compleet beeld van de situatie van de patiënt.

De basisstructuur van het MDO is duidelijk te herkennen in onderstaand fragment. A2 heeft een volgende patiënt voorgedragen en nu bespreken de disciplines gezamenlijk zowel de situatie van de patiënt als zijn thuissituatie. In regel 216 tot en met 218 doet MW een mededeling waarin ze weergeeft wat ze eerder aan moeder heeft gezegd. In regel 219 ontkent de RVP de waarheid van de mededeling van MW echter. Er volgt een serie sequenties waarin de gesprekspartners hun eigen gelijk aan willen tonen. In regel 224 volgt een ophelderingsvraag in een postexpansie. Uit de reactie van de MW op het antwoord van RVP in regel 226 blijkt dat MW nu denkt te begrijpen waar de RVP het over had. Zij herhaalt de kern van het antwoord, voorafgegaan door 'oh', wat indiceert dat zij nu over nieuwe kennis beschikt. Op deze uiting reageert de RVP met 'ja', en laat zo zien dat ze de uiting van de MW als het eerste deel van een post-expansie behandelt. MW sluit die sequentie dan af met een instemmende derdepositie-afsluiter. In regel 229 initieert de AA dan een vervolgsequentie en zij start daarbij tevens een nieuw topic. Deze vervolgsequentie heeft de vorm een bevestigingsvraag, die vervolgens direct beantwoord wordt:

216 MW: ja maar goed, wie heeft, wie biedt die hulp, nu, dat wil ze nu. Dus  
217 ik zeg steeds tegen haar 'dat kan nu niet'. Dat heeft tijd nodig  
218 voordat dingen georganiseerd zijn  
219 RVP: neeh, de Thuiszorg is heel concreet, die is er vanaf vandaag, bedoel  
220 MW: nee, die is er niet vanaf vandaag, nee, want die hebben haar gebeld  
221 en dat is dat kinderthuiszorg en die moeten eerst de verwijzing naar  
222 RVP: nee, we hebben geregeld dat euh dat ze vanaf vandaag zouden komen,  
223 dat staat op de rit dat weet ik honderd procent zeker.  
224 MW: de andere, een reguliere Thuiszorg?  
225 RVP: ja  
226 MW: oh de reguliere  
227 RVP: ja  
228 MW: ok, die zou natuurlijk nu wel kunnen komen, ja ja ja  
229 AA: en heeft moeder ook begeleiding? Heeft die een psychiater?  
230 RVP: ja ja

MDO, opname 9, 15 mei 2007

---

De MW is gedurende het MDO veel aan het woord, soms zelfs in grotere monologen waarin ze niet onderbroken wordt. In onderstaand voorbeeld is te zien hoe de maatschappelijk medewerker persoonlijke aspecten met betrekking tot de patiënt belicht, waarna ze met haar uitspraak (regel 34-35) aangeeft dat haar lange beurt voltooid is ('Dus dat wou ik even melden'). Daarmee neemt ze het probleem van dergelijke lange beurten voor de gesprekspartners weg: 'wanneer is het klaar en kunnen we weer overgaan op een beurt-voor-beurt structuur'. A2 maakt duidelijk dat ze de structureringshint heeft begrepen ('Ok') en is daarna wederom degene die de volgende patiënt introduceert:

26 MW: maar goed, zij ervaren het natuurlijk ook een beetje nu, nu die  
27 toch wel redelijk goed is, gaat ze dan nadenken van hoe kunnen we  
28 zijn leven verlengen, want we doen nu toch wel hele leuke dingen  
29 met elkaar, euunh, dus ja daar denken ze natuurlijk heel veel over  
30 na. Maar ik vind dat ze er ontzettend goed mee omgaan. Kun je toch  
31 zien wat voor ontwikkeling deze mensen hebben doorgemaakt van begin  
32 tot nu, echt euh bijzonder hoor, ja heel erg leuk. Dus dat wou ik  
33 even melden.  
34 A2: Ok, (naam patiënt) dan

MDO, opname 9, 15 mei 2007

Arts 2 is ook degene die het MDO beëindigt:

813 RVP: en dat heb ik ook met (naam) besproken, zo van zij gaat morgen eerst  
814 een gesprek aan en dan, afhankelijk van dat gesprek gaan we kijken  
815 of wij om de tafel moeten of dat (naam collega) [...]  
816 A2: ok, nou dan hadden we t he?  
817 MW: ja, dacht het wel

MDO, opname 9, 15 mei 2007

Interessant aan dit speech event is dat er geen formele voorzitter is. Daardoor kan een aantal deelnemers beurtelings een initiërende bijdrage leveren, zonder daartoe eerst in overleg te treden met A2, zoals A1, de maatschappelijk medewerker en de regieverpleegkundige. De regels hiervoor zijn niet vastgelegd, toch blijken het voornamelijk de arts en de MW te zijn die de structuur aanbrengen en daarmee de leiding nemen. In regel 135-137 bespreekt MW bijvoorbeeld een voorval met de ouder van een patiënt. In regel 138 springt A1 in door te zeggen 'maar laten we nou vooral niet focussen op'. Met deze vorm van metacommunicatie probeert hij terug te komen op de kernzaak. De RVP bevestigt de opmerking van de arts en ook MW is het eens met de arts ('daar gaat het ook niet om'). Zij accepteren hiermee dat de arts de leiding neemt in het behoud van de structuur van het gesprek:

135 Mw: ja, nou ja, ze zei inderdaad wel van er was een plan dat ik in  
136 weekend, dat er van alles aan haar uitgelegd zou worden en volgens  
137 haar is dat niet gebeurd. Dat er geen=  
138 A1: =maar laten we nou vooral niet focussen op [...]  
139 RVP: nee  
140 Mw: daar gaat het ook niet om  
141 A1: [...] euhm, en dat is dus echt absoluut onzin, euhm we moeten ons als  
142 hulpverleners niet laten leiden door dit soort verhalen, want dr  
143 is, er zijn heel nadrukkelijk afspraken met deze moeder gemaakt. We  
144 hebben uitvoerig met haar gesproken  
145 Mw: ja  
146 A1: er is precies uitgelegd wat de bedoeling was

MDO, opname 9, 15 mei 2007

---

Zoals tijdens de visite ook te zien was, stellen de overige disciplines zich tijdens het MDO door hun voorzichtige taalgebruik ondergeschikt op aan de artsen en arts-assistenten, zeker als ze een verwijt formuleren in hun richting, zoals in bovenstaand fragment, waar MW namens een moeder van een kind de artsen een verwijt maakt. In dit fragment is te zien hoe MW haar uitspraken voorzichtig formuleert (regel 135-137: 'ja, nou ja') en met footing shift, door de verantwoordelijkheid voor de uitspraak bij de moeder te leggen. De afwijzende reactie van A1 in regel 140-142 is echter allesbehalve voorzichtig; 'dat is dus echt absoluut onzin'.

Ook in het volgende fragment zien we die voorzichtigheid in de suggesties van MW (regel 78/79) naar aanleiding van een uitspraak van een andere arts (kinderpsychiater) zoals de moeder die aan de MW heeft gerapporteerd. MW wordt vervolgens door AA weersproken, door de woorden van de kinderpsychiater in kwestie op zijn eigen manier samen te vatten, waaruit zou moeten blijken dat de weergave van de moeder niet klopt en die dan ook een andere suggestie doet. MW lijkt zich daarbij steeds als een verdediger en zegsvrouw van de ouders op te stellen tegenover de artsen (regel 89-101). De rol van de Rvp in dit verband is uitermate klein: ze vult iets wat de MW als vanzelfsprekend karakteriseert aan in regel 102/104. Daarbij is overigens niet duidelijk of de Rvp zich aan een bepaalde zijde in deze discussie schaaft.

[...]

72 Mw want het is een heel bescheiden euh bedeesd meisje eigenlijk, maar is  
73 dit nu die prednison euh, hè zo van euh doet dat nu zoveel met haar?  
74 Dat euh, dat kan bijna niet, want dit was wel heel vreemd gedrag,  
75 maar ze vertelde dat dokter (naam), de kinderpsychiater, die kent  
76 haar dus ook he? Vanuit Acare. Dat is natuurlijk ook één van ons euh  
77 degene die hier euh, die is van de week ook bij haar geweest. **Ik**  
78 **dacht misschien moet die ons ook daar een beetje bij helpen van wat**  
79 **euh hoe we dan met haar euh moeten aanpakken.**  
80 AA: wat hij zei is dat ze voornamelijk veel behoefte heeft aan  
81 duidelijkheid en structuur  
82 Mw: ja  
83 AA dus dat je gewoon dingen moet aankondigen, en je daar aan moet  
84 houden, en als de dingen onverwachts komen, opeens wordt ze geprikt  
85 of opeens gebeurt er dat en dat en dat vindt ze heel vervelend en dat  
86 kan ze ook gewoon niet aan. Dat was zijn advies  
87 Mw: ja, maar dat is  
88 A: dan heb je haar te pakken natuurlijk, als je structuur biedt  
89 mw: ja precies, maar goed, dat is natuurlijk heel, dat is makkelijker  
90 gezegd dan gedaan, want die structuur die gaat bij haar zo ver die  
91 kun je haar niet bieden, want moeder zegt wij hebben een heel  
92 gestructureerd leven. Maar zij gaat daar zo ver in momenteel, dat euh  
93 bij binnenkomst hier haar eerste broodje dat ze hier kreeg was met  
94 paté en nu in het ziekenhuis moet ze paté, alleen maar paté. En thuis  
95 eet ze nutella en dat, daar zit helemaal niks tussenin zeg maar. En  
96 dat is ook met he euh [?] dragen, dat is euh, met kapjes, dus dat  
97 moet het met een kapje. En alles wat, dus alle dingen die de eerste  
98 keer zijn gebeurd daar houdt ze helemaal aan vast. Dus dat gaat best  
99 wel heel erg ver. En moeder heeft heel erg het idee dat, dat alles  
100 wat haar euh wat dan dus niet overzichtelijk meer is, dat ze dat op

---

101 haar heel erg afreageert. Ja dat is natuurlijk gebruikelijk  
102 RVP: en dat is in combinatie met die prednison  
103 MW: ja, is het wel heel erg euh  
104 RVP: zeer compleet  
105 MW: ja!

MDO, opname 9, 15 mei 2007

Naast mededelingen, standpuntbepalingen met counters en acceptaties doet zich ook nog een ander type sequentie voor tijdens het MDO, namelijk adviessequenties. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van onderstaand fragment. De contextuele aanleiding voor deze adviessequentie is dat MW en Rvp een bepaalde patiënt bespreken, waarmee een aantal problemen bestaat. MW geeft in de woorden van moeder mee wat er speelt omtrent de betreffende patiënt (regel 621-627). Rvp bevestigt dit met een instemmende continueerder (regel 628). Vervolgens doet MW in regel 633-636 een mededeling omtrent het gedrag van de patiënt. Ze sluit deze mededeling af met een stellingname waarin ze een mening formuleert ('dus waarschijnlijk gaat het ook wel iets beter met haar, denk ik he'). Door de toevoeging 'Denk ik he' lokt ze een tweede stellingname uit bij de Rvp, waarmee ze aanstuurt op een overeenstemming. Rvp reageert hierop in regel 637-646 door aan te geven hoe ze hun behandeling ingericht hebben. Deze uitleg geeft aanleiding tot de conclusie dat het inderdaad beter gaat met de patiënt (regel 645-646), waarmee ze tot overeenstemming komt met de stellingname die zojuist door MW is geformuleerd. In haar uitleg heeft Rvp aangegeven dat ze moeder tegemoet zijn gekomen door diens advies op te volgen. De patiënt is op een kleinere kamer gelegd, wat een positieve uitwerking blijkt te hebben. Het feit dat de Rvp moeder betreft in het behandelplan, vormt voor MW een aanleiding om een advies te geven over de benadering van moeder: MW geeft aan hoe ze moeder kunnen stimuleren informatie uit te wisselen met de behandelaars (regel 647-654).

621 MW: ik zeg dat geeft ons ook wel een beetje inzicht in hoe jullie, hoe  
622 jullie ook als gezin met elkaar omgaan. Dus euh al die dingen die  
623 (naam patiënt) naar jullie bijvoorbeeld doet, ja dat vinden wij niet  
624 eens zo vreemd. Dat botte en dat hakkerige dat doet ze gewoon heel  
625 vaak. Want een psychiater was ook bij haar geweest en dan draait ze  
626 zich ook hup ineens zo om en dan non-verbaal interpreteren wij dat  
627 als van euh het gesprek is afgelopen  
628 RVP: ja  
629 MW: ik hoef niet meer met jou te praten. Dus moeder had ook gezegd van  
630 joh je moet nu wel even uitleggen waarom je je zo abrupt omdraait,  
631 want hij weet niet wat er aan de hand is.  
632 RVP: nee  
633 MW: zij heeft dan gewoon pijn in haar heup en euh moet gewoon  
634 verdraaien. Weet je, zij heeft een beetje onhandig euh gedrag, maar  
635 ze voelt zich wel beter, dus waarschijnlijk gaat het ook wel iets  
636 beter met haar, denk ik he  
637 RVP: nou daar hebben we vorige week euh, toen lag ze nog op een  
638 vierpersoonskamer, omdat we zoiets hadden van nou dat is goed voor  
639 het contact, omdat ze heel erg de neiging had om zich op te sluiten.  
640 Euh, en we hadden een dagprogramma opgesteld en toen heeft moeder  
641 ook tegen ons gezegd een vierpersoonskamer is voor haar te druk dan  
642 houdt ze geen energie over om ook nog dat dagprogramma te doen. Dus  
643 toen hebben we haar verplaatst naar een tweepersoonskamer. Zo van  
644 nou he dan komen we je daarin tegemoet, maar dan moet ze zich wel

---

645                   aan het dagprogramma houden en dat gaat nu eigenlijk wel euh wel een  
646                   stuk beter. ja  
647    MW:            de enige tip die ik nog wel wil geven is dat je moeder heel erg moet  
648                   stimuleren om te vertellen, om te, echt tijd voor haar nemen, want  
649                   als je bij haar in en uit loopt euh, zij, daar is ze gewoon niet  
650                   assertief genoeg voor, terwijl ze wel heel graag zou willen. Dus als  
651                   je voor haar tijd neemt en vraagt van nou hoe gaat het met je, of  
652                   kan ik nog wat voor je doen, dan euh, dan komt ze wel met dingen. Ik  
653                   denk dat dat de communicatie wel verhelderd. Nou dat had ik over  
654                   (naam patiënt)

MDO, opname 9, 15 mei 2007

Tijdens het MDO blijkt het communicatieve gedrag van andere disciplines soms ook besproken of geëvalueerd te worden. In onderstaand voorbeeld is in regel 744 te lezen hoe A iets constateert over de kinderpsychiater, maar hier verder geen expliciet oordeel over geeft. Er wordt niet geoordeeld in termen van goed of fout, maar met zijn uitspraken trekt de arts impliciet het gedrag van de kinderpsychiater in twijfel. De MW en de AA vallen hem bij (respectievelijk regel 748 en regel 751). In regel 758 geeft de arts zijn visie op de manier waarop hij de communicatie aan zou pakken; deze moet in eerste instantie gericht zijn op het kind en niet op de vader.

739   RVP:           dat zouden we dan apart aan (naam patiënt)  
740    AA:            ja, nou ja (naam patiënt) zegt dan ook van dat, maar waar z'n vader  
741                   dan bij is zeg maar en zij hadden de indruk dat als je nou ja (naam  
742                   patiënt) euh zelf, aan hem zelf zou overlaten en de druk vader er een  
743                   beetje af zou kunnen halen  
744    A:              **maar dan vind ik dat toch wel bijzonder, dat de kinderpsychiater dat**  
745                   **zegt**  
746    AA:            ja  
747    A:              en er vervolgens niet met een jongen van zestien zelf over begint  
748    MW:            dat vind ik ook bijzonder  
749    A:              **dat vind ik professioneel een beetje vreemd, dat je wel constateert**  
750    MW:            ja  
751    AA:            ja ik weet niet precies hoe het zit, ik zal het ze nog eens vragen  
752  
753    (deelnemers praten door elkaar)  
754  
755    AA:            [...] maandag?  
756    A:              ja  
757    AA:            hoe dat nou precies gegaan is  
758    A:              **je communiceert met dat kind lijkt mij**

MDO, opname 9, 15 mei 2007

Een laatste kenmerk van het communicatieve gedrag in een MDO, dat veel te maken heeft met het voorgaande, is dat er ook metacommunicatie plaatsvindt ten aanzien van de manier waarop er met patiënten en hun ouders moet worden gesproken. Zo overlegt men bijvoorbeeld met elkaar hoe bepaalde zaken wel of juist niet verwoord moeten worden wanneer cultuurverschillen een rol spelen. Zo wordt besproken dat er met de ouders van een Turkse jongen niet moet worden gesproken over de kanker van hun kind, maar over een tumor. In het volgende fragment zien we hoe dat gaat: de arts initieert in regel 481 een mededeling, waarin hij de woorden van de ouders weergeeft, waaruit blijkt dat zij niet willen dat

---

er over kanker, maar over een tumor wordt gesproken. In regel 488 probeert de PM'er deze mededeling overigens te weerleggen. Zij legt vanuit haar discipline uit tegen welk probleem ze mogelijk aan kunnen lopen. De arts stemt in met deze weerlegging (regel 492) en deelt vervolgens een afspraak mee waar een ieder zich aan moet houden. Vervolgens nuanceert de regieverpleegkundige de stelling van de arts in regel 496, zonder een oplossing te kunnen geven. De arts stemt in met de regieverpleegkundige en geeft daarbij wél een invulling aan een oplossing (regel 498). Door middel van een aantal instemmende continueerders (regel 499, 502 en 505) laten zowel RVP als PM'er zien dat ze met de arts meedenken en hem aanmoedigen verder te spreken. Na een formulation van de RVP waarin ze een concluderende uiting formuleert op basis van wat de arts voordien heeft gezegd, geeft de arts een verantwoording voor zijn manier van communiceren met de betreffende patiënt, waar de MW in regel 513 in aansluitende en accepterende zin op reageert. Hier zien we dus een voorbeeld van een gesprek waarin er sprake is van een gezamenlijkheidsconstructie.

481 A: ja dat, dat begrijp ik maar met dit soort dingen, even met een tolk  
482 in plaats van een familietolk. Wat hier heel erg speelt is dat  
483 vader en moeder benadrukken dat het woord kanker niet gebruikt mag  
484 worden, kwaadaardig ogend, dan hebben we het over een tumor. Dat  
485 moet voorlopig ook niet veranderen. [...] maar dat geeft wel een  
486 beetje aan zeg maar als je dit ook met de familie ook gaat doen je  
487 dus niet meer [...], heel goed weten wat er wel en wat er niet [...]  
488 PM: maar het is wel zo [...] wij met chemokasper er heen gaan, daar staat  
489 natuurlijk wel alles over kanker en kankercellen in en dat is wel  
490 heel link he? Omdat, ze beslissen, maar vervolgens niet te zeggen  
491 wat  
492 A: ja dat is ook zo  
493 . en en  
494 A: laten we met elkaar afspreken dat bij benadering van de patiënt [...]  
495 met z'n allen, want jij weet het, dan is het klaar  
496 RVP: maar ik denk wel dat hij voorbereid moet worden op zijn chemokuur,  
497 ik weet niet hoe dan, maar.  
498 A: nee precies, maar hij krijgt ook de agendabladen over chemotherapie  
499 RVP: ja  
500 A: en hij zal er ongetwijfeld op een gegeven moment achter komen euhm,  
501 het heeft geen functie om dat nu door te drukken  
502 RVP: nee  
503 A: en daarom heb ik daar ook niet voor gekozen, normaal vind ik dat we  
504 dat een kind dat moeten gaan vertellen  
505 PM: ja  
506 A: maar euh dan moet dat wel functioneel zijn  
507 RVP: en je gebruikt nu andere woorden maar je zegt  
508 A: ik gebruik nu gewoon een tumor, weet je en als dat op dit moment  
509 voldoende is dan euh [...] en dan vraagt ie het zelf en dan zullen we  
510 het niet ontkennen  
511 [...] We zitten hier met zes mensen in een kamer en in Nederland is  
512 gebruikelijk dat alles verteld wordt, [...]  
513 MW: ik vind ook dat we dat moeten respecteren

MDO, opname 9, 15 mei 2007



---

### **Samenvattend**

De aanwezigen in het speech event MDO zijn: de regieverpleegkundige, een onderwijzer, iemand van psychosociale begeleiding, twee kinderoncologen, een arts-assistent, een co-assistent, een PM'er, een maatschappelijk medewerker, een mondhygiëniste en een diëtiste. De co-assistent neemt geen deel aan het gesprek, evenmin als de psychosociale begeleider, waardoor zij geratificeerde luisteraars zijn. De overige deelnemers zijn deelnemende spreker/ hoorder.

Tijdens het MDO zijn het vooral de overige disciplines die informatie geven, met name de twee kinderoncologen en de maatschappelijk medewerker. De rol van de regieverpleegkundige tijdens dit speech event blijft beperkt; hij/zij treedt voornamelijk op als ontvanger van de adviezen die gegeven worden. Daarnaast vult hij/zij waar nodig relevante patiëntinformatie aan.

Het doel van het MDO is om vanuit verschillende disciplines naar een aantal casussen te kijken, vanuit de gedachte dat een groep mensen meer weet dan één. Tijdens het MDO wordt kennis vanuit verschillende disciplines gebundeld, om gezamenlijk een aantal patiënten te bespreken.

De basisstructuur van de communicatie tijdens deze bespreking bestaat, na de introductie van patiënt X door A2, vooral uit mededelingen waarop soms gereageerd wordt met ondersteunende of aanvullende mededelingen, maar soms ook met 'counters' waarin een mededeling als stellingname wordt tegengesproken, of met vragen om opheldering of specificaties. Degene die de patiënt ter bespreking heeft aangedragen, is ook degene die de eerste mededelingen over die patiënt doet. De maatschappelijk medewerker (MW) is één van de personen die een aantal patiënten ter bespreking heeft aangedragen. Zij is dan ook degene die informatie over de betreffende patiënten geeft en hun situaties schetst. Wanneer zij niet zelf de patiënt introduceert, is zij vaak wel degene die als eerste aanvullende informatie over de betreffende patiënt geeft. Deze informatie heeft vaak betrekking op problematiek rondom het gedrag van de patiënt, zijn/haar thuissituatie, etc. A1 of A2 vullen de sociaal-maatschappelijke informatie aan met medische gegevens. Ook de RVP geeft soms ook verdere aanvullingen of 'counters', evenals de AA, die ook vaak opheldervragen stelt. Op deze manier ontstaat een compleet beeld van de situatie van de patiënt.

Interessant aan dit speech event is dat er geen formele voorzitter is. Daardoor kan een aantal deelnemers beurtelings een initiërende bijdrage leveren, zonder daartoe eerst in overleg te treden met A2, zoals A1, de maatschappelijk medewerker en de regieverpleegkundige. De regels hiervoor zijn niet vastgelegd, toch blijken het voornamelijk de artsen te zijn die de structuur aanbrengen en daarmee de leiding nemen. De overige disciplines accepteren dit, bijvoorbeeld wanneer een arts door middel van een vorm van metacommunicatie de structuur van het gesprek probeert te behouden. De RVP en MW stemmen hiermee in en accepteren daarmee dat de arts de leiding neemt in het behoud van de structuur van het gesprek.

Naast het feit dat de overige disciplines accepteren dat artsen en arts-assistenten de structuur van het gesprek beheren en daarmee de leiding in het speech event nemen, kennen zij een bepaalde mate van autoriteit toe aan de artsen en arts-assistenten, door het voorzichtige taalgebruik dat bijvoorbeeld de regieverpleegkundige en de maatschappelijk medewerker hanteren. Door deze voorzichtige formuleringen, stellen de overige disciplines zich ondergeschikt op aan de artsen en arts-assistenten, zeker als ze een verwijt formuleren in hun richting. Ook bepaalde (behandel)suggesties worden voorzichtig geformuleerd.

Tijdens het MDO blijkt het communicatieve gedrag van andere disciplines soms ook besproken of geëvalueerd te worden. Het betreffende gedrag wordt niet beoordeeld in termen van goed of fout, maar de arts trekt bijvoorbeeld impliciet het gedrag van een kindersychiater in twijfel. Een laatste kenmerk van het communicatieve gedrag in een MDO, is dat er ook metacommunicatie plaatsvindt ten aanzien van de manier waarop er met patiënten en hun ouders moet worden gesproken. Zo overlegt men bijvoorbeeld met elkaar hoe bepaalde zaken wel of juist niet verwoord moeten worden wanneer cultuurverschillen een rol spelen.

---

#### 4.2.6. Psychosociaal overleg

Het psychosociaal overleg (PSO) is een volgend speech event waarbij de regieverpleegkundige is betrokken. Het vindt in principe elke donderdagmiddag plaats, afhankelijk of er kinderen zijn die besproken moeten worden. Wanneer dit niet het geval is, komt het PSO te vervallen. Het doel van dit overleg is het multidisciplinair bespreken van patiënten die psychosociale begeleiding nodig hebben. Aanwezig bij de communicatieve situatie zijn behalve de regieverpleegkundige, twee arts-assistenten, een supervisor, twee co-assistenten, twee kinderpsychiaters, een onderwijzer, en een onbekend persoon (waarschijnlijk een arts). Een complete uitwerking van het psychosociaal overleg volgens de categorieën van het Speaking-model is terug te vinden in deel B, bijlage I.

Het psychosociaal overleg is een type event dat zich onderscheidt van de andere events, doordat de rol van de regieverpleegkundige anders is. In dit event neemt zij de positie in dat zij de andere deskundigen (disciplines) vraagt om advies over de psychosociale begeleiding van patiënten. Dit is dus anders dan in de events, waarin zij de deelnemers vooral voorziet van probleemgerelateerde informatie over de patiënten en/of waarin zij de deelnemers voorziet van adviezen en/ of instructies.

Daags voorafgaand aan het PSO bestaat voor alle verpleegkundigen de mogelijkheid om een patiënt bij de RVP voor te dragen waar psychosociale problemen mee zijn. Aan de andere disciplines wordt vervolgens ook voorafgaand aan het overleg doorgegeven welke patiënt(en) besproken gaat/-n worden in het PSO. In het overleg worden de problemen met de verschillende disciplines besproken. De regieverpleegkundige introduceert steeds de problemen in kwestie. Het doel van het PSO is dat de verschillende deskundigen een advies kunnen geven aan de verpleegkundigen over hoe te handelen met de patiënt.

De basisstructuur van het PSO bestaat dus uit een sequentie van mededelingen, geformuleerd door de regieverpleegkundige, die de situatie van een patiënt in kwestie betreffen, gevolgd door een advies van de psycholoog, dat vaak begonnen wordt met een analyse van het gerapporteerde door de regieverpleegkundige, en dat daarna - al dan niet na een voorafgaande discussie - wordt geaccepteerd. Aan het einde van de bespreking van een patiënt worden afspraken gemaakt over hoe nu verder.

We zien deze structuur in het onderstaande fragment, waar de regieverpleegkundige in regel 1 tot en met 7 het probleem formuleert. Ze geeft aan dat de ouders van een patiënt moeite hebben met het streng zijn voor hun kind. In regel 8 bevestigt de psycholoog de nieuwswaarde ('ja'). In regel 9 is een gedeelte van het fragment helaas onverstaanbaar. Hierdoor is niet duidelijk wat hier precies gebeurt. Aan de reactie van psycholoog is echter af te leiden dat de regieverpleegkundige impliciet om advies vraagt, doordat de psycholoog in regel 11 en 12 op een directe manier een advies initieert; hij geeft aan wat de regieverpleegkundige zou kunnen doen richting de ouders van de patiënt. De regieverpleegkundige realiseert een minimale respons, die functioneert als een continuer (regel 13) waarmee ze aangeeft dat de psycholoog door kan gaan met spreken en dat zij nog steeds beschikbaar is als luisteraar. In regel 14 tot en met 16 licht de psycholoog zijn vorige uiting toe:

- 1 RVP: nou ja goed, maatschappelijk werk is erbij, pedagogisch medewerkers  
2 die zijn erbij, die hebben aangegeven dat ouders wel grenzen moeten  
3 blijven aangeven. Alleen ouders geven ook aan dat dat gewoon  
4 ongelofelijk moeilijk is, omdat ze gewoon heel ziek is en nou ja,  
5 dus euh, dat heb ik gister ook verteld, dat de complicatie zo  
6 serieus is dat de ouders zoiets hebben van hoe kunnen we dan nu in  
7 hemelsnaam euh streng euh, streng gaan zijn voor (naam patiënt)
- 8 Psycho: ja  
9 [...]
- 10 RVP: ja
- 11 Psycho: nou, je kunt de ouders uitleggen dat het beter is om wel op een  
12 zelfde manier te doen, juist ook in haar belang

---

13 RVP: ja  
14 Psycho: als zij gewend is dat ze iets niet mag en dat ze daar straf voor  
15 krijgt en doe je dat opeens niet meer dan maakt dat het kind heel  
16 onzeker en angstig

Psychosociaal overleg, opname 6, 10 mei 2007

De RVP geeft ook aan hoe zij het gedrag van de betreffende patiënt proberen te verklaren, maar dat ze daar nog niet goed uitkomen (regel 25-29 van onderstaand fragment). Ze formuleert dit uiterst voorzichtig, waarmee ze duidelijk maakt dat de andere deelnemers deskundigen zijn, en zichzelf niet. Door haar voorzichtigheid kent ze dus autoriteit toe aan de aanwezige artsen en psycholoog. De psycholoog probeert in regel 30-33 een verklaring te geven. De RVP geeft halverwege een instemmende continuer (regel 34). Vervolgens zet de psycholoog zijn verklaring voort. Vanaf regel 37 verantwoordt de regieverpleegkundige wat ze tot nu hebben gedaan met betrekking tot het behandelplan, dat ze daar wel iets mee verder komen, maar eigenlijk ook nog tegen problemen aanlopen. In regel 49 filtert de psycholoog de belangrijkste informatie uit het verhaal van de RVP, door te zeggen dat een belangrijk resultaat is geweest dat ze moeder heeft meegekregen. De regieverpleegkundige lijkt dat te willen nuanceren of weerleggen in regel 50: 'ja maar dat', maar voordat die uiting compleet is, benadrukt de psycholoog (regel 51) nogmaals het belang van het voorgenoemde resultaat: 'dat heb je dus nodig'. Daarmee bevestigt hij zijn (dominante) identiteit van adviesgever.

25 RVP: en we hadden ook zoiets, dat misschien euh, nou ja zit er ook nog een  
26 stuk boosheid van haar, verwerkingsproblematiek van haar, maar dat  
27 komt er niet zo goed uit. PM'ers, (naam) van de PM'ers die heeft goed  
28 contact, die hād goed contact met haar maar ja goed die kan er sinds  
29 ongeveer een week eigenlijk niks mee  
30 Psycho: meestal, ja goed kijk maar meestal zit t m in dat wij meer fantaseren  
31 over hoe ingewikkeld het is en dit zijn kinderen die veel meer bij  
32 momenten bij de dag leven. De wereld is nu heel erg ingewikkeld en  
33 warrig  
34 RVP: ja  
35 Psycho: ondanks dat het lijkt op dat wat een beetje bekend was, dat helpt, en  
36 alles wat anders gaat help niet  
37 RVP: nee nou daarom hebben we een dagprogramma voor haar opgesteld. Alleen  
38 ja, dat dat nou ja goed daar hebben we nu een paar concessies gedaan,  
39 we zijn al wel iets verder, maar in principe wou ze zich daar ook  
40 niet aan houden, had ze geen zin in terwijl het wel [...]was tegen haar  
41 en haar moeder euhm nou toen kwamen we gister achter toen zei moeder  
42 ja maar euh het is ook eigenlijk te druk want ze hadden haar expres  
43 op een vierpersoonskamer gelegd want, omdat ze dan in ieder geval wat  
44 meer levendigheid had en toen zei moeder das te druk. Dus nu hebben  
45 we de concessie gedaan van nou dan ga je naar een euh  
46 tweepersoonskamer, daar ligt ze liever alleen, maar dan ga je je wel  
47 aan het dagprogramma houden. En vanmorgen heeft ze zat ze inderdaad  
48 euh [...] ze zei al wel.  
49 Psycho: belangrijk is wel dat je moeder mee hebt gekregen  
50 RVP: ja, maar dat  
51 Psycho: dat heb je dus nodig

Psychosociaal overleg, opname 6, 10 mei 2007

---

Onderstaand fragment betreft het laatste gedeelte van de patiëntbespreking. Dit betreft tevens het einde van het gehele speech event, omdat er tijdens dit geobserveerde PSO maar één patiënt besproken werd. In dit laatste deel worden afspraken gemaakt over hoe nu verder. Het fragment start met een vraag waarin twee mogelijkheden voor een vervolg worden genoemd door de psycholoog. Hoewel niet erg duidelijk, lijkt de RVP het eerste alternatief (bij haar langsgaan) de voorkeur te geven. Ook de AA lijkt dit te prefereren. Op basis daarvan formuleert de psycholoog in regel 77 dan een voorstel, waarop iemand in regel 78 zijn/ haar akkoord geeft, maar met een - niet verstaanbaar - voorbehoud ('tenzij..'). De regieverpleegkundige geeft aan dat dit voorbehoud niet meer aan de orde is (regel 79) en dat zij verder kunnen met het behandelplan. De psycholoog - ondersteund door AA - bevestigt vervolgens nog een keer dat de werkwijze van de RVP goed is, en ze wordt aangemoedigd om er mee door te gaan. Ook in deze fase worden zo de identiteiten van de verschillende deelnemers nog weer versterkt. Dit doet hij door in regel 82 goedkeuring te geven met betrekking tot de keuzes die de regieverpleegkundige gemaakt heeft ten aanzien van de behandeling van de patiënt. Met de expansie in regel 84 tot en met 86 vervolgt de psycholoog zijn advies. In regel 93 initieert de arts-assistent een directief ('wel zo houden zeg maar'). De psycholoog bevestigt dit in regel 94 door hierop zijn akkoord te geven. De RVP vraagt in regel 95 om bevestiging ('ja?'), en stemt daarna in op het besluit ('ok'). Met de uiting 'dat was 't, dank je wel' maakt de RVP, die ook de initiatiefnemer was voor het PSO, een einde aan dit speech event.

67 Psycho: was het de bedoeling dat we bij dr langs gingen of meer dat we even  
68 overleggen?  
69 RVP: euhm heeft (naam)aan jou teruggekoppeld? Euh, jij had ook, weet niet  
70 of  
71 AA: [...] met haar kan praten, wilden ze ook wel graag hoor  
72 (?) [...]  
73 AA: ja  
74 Psycho: Even improviseren met beschikbare mensen  
75 RVP: ja  
76 AA: [...]  
77 Psycho: misschien dat het dan begin volgende week kan  
78 (?) ja begin volgende week tenzij [...]  
79 RVP: neuh nee nee, we zijn alweer een stapje verder, we zijn al een stapje  
80 verder  
81 (?) [...] alweer de goede kant op gaan  
82 Psycho: nee maar wat je nu dat doet, lijkt me wel verstandig  
83 RVP: ja  
84 Psycho: We moeten het echt een beetje volhouden en ook een beetje het ritme  
85 erin krijgen, en dan zie je ook dat die kinderen een beetje met [...]  
86 klampen  
87 RVP: ja ja  
88 Psycho: [...]  
89 RVP: Zeker ook omdat ze hier een hele tijd zal blijven, maar er op dit  
90 moment gewoon niks gebeurt. En t is weer wachten tot ze beter wordt,  
91 beter dan dat het nu is  
92 AA: Heeft misschien ook wel veel pijn [...]  
93 AA: wel zo houden zeg maar  
94 Psycho: Ok goed,  
95 RVP: ja? ok, dat was t dank je wel

Psychosociaal overleg, opname 6, 10 mei 2007

---

### **Samenvattend**

De aanwezigen bij dit speech event zijn naast de regieverpleegkundige, twee arts-assistenten, een supervisor, twee co-assistenten, twee kinderpsychiaters, een onderwijzer, en een onbekend persoon (waarschijnlijk een arts). Het doel van het psychosociaal overleg (PSO) is het multidisciplinair bespreken van patiënten die psychosociale begeleiding nodig hebben.

De basisstructuur van het PSO bestaat uit een sequentie van mededelingen, geformuleerd door de regieverpleegkundige, die de situatie van de patiënt in kwestie betreffen. Deze mededelingen worden gevolgd door een advies van de psycholoog, dat vaak begonnen wordt met een analyse van het gerapporteerde door de regieverpleegkundige, en dat daarna - al dan niet na een voorafgaande discussie - wordt geaccepteerd. Aan het einde van de bespreking van een patiënt worden afspraken gemaakt over hoe nu verder.

Het psychosociaal overleg is een type event dat zich onderscheidt van de andere speech events, doordat de rol van de regieverpleegkundige anders is. In dit event neemt zij een positie in waarin zij de andere deskundigen (disciplines) vraagt om advies over de psychosociale begeleiding van patiënten. Dit is dus anders dan in de speech events, waarin zij de deelnemers vooral voorziet van probleemgerelateerde informatie over de patiënten en/of waarin zij de deelnemers voorziet van adviezen en/of instructies.

De vraag om advies van de regieverpleegkundige komt naar voren door haar voorzichtige formuleringen van de vragen die ze stelt. Daarmee maakt ze duidelijk dat de andere deelnemers deskundigen zijn, en zichzelf niet. Door haar voorzichtigheid kent ze dus autoriteit toe aan de aanwezige artsen en psycholoog. Deze bevestigen op hun beurt hun (dominante) identiteit van adviesgever, door verklaringen en bevestigingen te geven en het belang van bepaalde resultaten te benadrukken. Ook moedigen ze - vaak in de vorm van directieven - de regieverpleegkundige aan om door te gaan met bepaalde behandelwijzen.

#### **4.2.7 Patiëntencontact**

Het laatste type speech event waarin niet zozeer de regieverpleegkundige maar vooral de seniorverpleegkundige een rol speelt, is het patiëntencontact. Dit type speech event bestaat meestal uit slechts twee deelnemers: de seniorverpleegkundige en de patiënt, i.c. een kind. Die specifieke identiteit van de patiënt maakt ook dat in sommige gevallen ook één of twee ouders aanwezig zijn. De seniorverpleegkundige is degene die in contact komt met de patiënten. De regieverpleegkundige is in principe niet gemoeid met de patiëntenzorg. Slechts in sommige gevallen springt hij of zij in in de zorg. In bijlage I is een aantal voorbeelden van het patiëntencontact uitgewerkt volgens het Speaking-model.

Het patiëntencontact vindt plaats gedurende de gehele dag, op één van de zalen, afhankelijk van waar de patiënt ligt. De patiëntenzorg bestaat uit het uitvoeren van controles en het toedienen van medicatie. De rol van communicatie is hierbij belangrijk, omdat het als functie heeft de handelingen te begeleiden, de patiënt gerust te stellen en/ of de patiënt te betrekken in de handelingen.

De basisstructuur van de interacties tijdens de patiëntverzorging bestaat uit mededelingen, geïnitieerd door de seniorverpleegkundige. Met deze mededelingen kondigt de seniorverpleegkundige aan wat hij/zij gaat doen en wat hij/zij daarbij verwacht van de patiënt, soms geformuleerd in een verzoek, soms in een directief. De patiënt initieert soms insertie-expansies, bijvoorbeeld wanneer hij/zij iets niet snapt of iets wil weten. Met de antwoorden van de seniorverpleegkundige op deze vragen, ontstaan series van vraag/antwoordsequenties. Vergelijk onderstaand fragment (07.06.03 09.00):

- 1 SVP: Ik wil even wat controles bij je doen, ga je even op bed  
2 liggen?  
3 P1: (op zelfde kamer) Wat zijn controles dan?  
4 SVP: Temperatuur, bloeddruk, dat ga ik even meten  
5 P2: Is ie kapot ofzo? (gaat over bloeddrukmeter)

---

6 SVP: Nee hoor, je moet alleen even geduld hebben  
7 SVP: En, wat staat erop?  
8 P2: 36.5  
9 SVP: Helemaal goed

*Even later moet er medicatie toegediend worden bij dezelfde patiënt:*

10 SVP: Ik ga je nog even de medicatie toedienen  
11 P2: Dan ga ik een spelletje doen  
12 Kan je me niet een mes geven? Dat ding zit vast (spel)  
13 Vader: Nee, dat doe je niet met een mes  
14 SVP: Misschien kan je je vader even vragen of hij je kan helpen

In voorgaand fragment wordt de basisstructuur van het patiëntencontact geïllustreerd. In regel 1 doet de regieverpleegkundige een mededeling; ze geeft aan wat ze komt doen. Aansluitend initieert ze een verzoek waarin ze de patiënt vraagt op bed te gaan liggen. In regel 3 formuleert de patiënt een insertie-expansie in de vorm van een vraag. De patiënt wil hiermee duidelijkheid krijgen met betrekking tot de mededeling van de seniorverpleegkundige. Aangrenzend geeft de seniorverpleegkundige in regel 6 een antwoord op de vraag van de patiënt. Vervolgens initieert de seniorverpleegkundige een vraag om de patiënt bij haar handelingen te betrekken. De patiënt geeft hierop een antwoord en in regel 9 doet de seniorverpleegkundige een waarderende uitspraak over het antwoord dat de patiënt zojuist heeft gegeven. Wanneer even later medicatie toegediend moet worden bij dezelfde patiënt, start de seniorverpleegkundige weer met een mededeling (regel 10). Vervolgens vindt een vervolgsequentie plaats: de patiënt initieert een mededeling waarin hij een nieuw topic introduceert. Daarna stelt hij een vraag met een bevelende ondertoon. Aangrenzend geeft de vader van de patiënt hier een niet geprefereerd antwoord op, wat voor de seniorverpleegkundige aanleiding vormt de patiënt van een advies te voorzien en zijn vader in het geheel te betrekken.

Opvallend aan de toon van de interacties tijdens de patiëntverzorging, is de oriëntatie op het kind. Dit blijkt ten eerste uit de kindvriendelijke manier waarop uit te voeren handelingen geïntroduceerd worden, zodat het kind snapt wat er gaat gebeuren. Vergelijk hiervoor bijvoorbeeld het voorgaande fragment (07.06.03 09.00), waarbij de verpleegkundige duidelijk aangeeft wat ze komt doen en wat ze daarbij van de patiënt verwacht. Ook gedurende de handeling geeft de seniorverpleegkundige instructies en legt uit wat er gebeurt: *“Mag je héél stil blijven liggen, dan gaat ie [=de band van de bloeddrukmeter] nu opblazen”* (bijlage I, situatie 12, 07.05.09 08.00).

De oriëntatie op het kind uit zich in de tweede plaats in het gebruik van eenvoudige taal in plaats van medische terminologie. Wanneer bijvoorbeeld via de sonde medicijnen worden toegediend bij de patiënt, deelt de verpleegkundige dit mee en verwoordt ze dit als: *“Dan gaan we nu weer kleurtjes toevoegen”* (bijlage I, situatie 12, 07.05.09 08.15). Ze versimplificeert het vakjargon hiermee tot een niveau dat past bij de belevingswereld van een kind. Deze oriëntatie op het kind valt onder de noemer ‘vriendelijke en begripvolle bejegening van het kind’. In paragraaf 4.3.1 wordt verder ingegaan op deze vorm van bejegening.

De meeste kinderen komen voor de behandeling van hun ziekte vaker terug op de afdeling. Meestal weten zij dan ook wat hen te wachten staat tijdens de rondes van de verpleegkundigen. De seniorverpleegkundige springt hier op in, door deze kinderen te betrekken bij de controles en ze te laten helpen bij het uitvoeren van hun eigen controles. In onderstaand voorbeeld is de seniorverpleegkundige net de kamer van een de patiënt binnen gekomen. Nadat ze elkaar begroet hebben, geeft de seniorverpleegkundige aan wat ze wil gaan doen. De patiënt mag eerst zelf zijn temperatuur meten, de seniorverpleegkundige helpt alleen even om de meter goed onder zijn arm te plaatsten. De volgende dialoog ontstaat (07.05.25 08.15):

---

1 SVP: Ik heb de bloeddrukmeter ook al klaar staan, dat kan jij ook zo  
2 goed he? Mag jij de knop zo indrukken.  
3 P: Eerst de armband toch?  
4 SVP: Ja, ik pak even een andere.  
5 P: Waarom dan?  
6 SVP: Omdat deze beter bij jouw spierballen past, en ik moet goed de  
7 spierballen meten.  
8 P: [Drukt knop bloeddrukmeter in]  
9 SVP: Ja! Dank u!  
10 P: Hoeveel Chemo Kaspers zitten er nu nog in dan?  
11 SVP: [Gaat op bed zitten en vertelt dat ze dat ook niet precies kan  
12 zeggen, maar dat ze vanmiddag een prikje doen en dat ze dan kunnen  
13 zien of Chemo Kasper weg is] Maar als je nu genoeg blijft drinken,  
14 dan plas je ze allemaal weer uit.

In regel 1 van dit fragment doet de seniorverpleegkundige een mededeling en geeft ze de patiënt toestemming een bepaalde handeling uit te voeren. Vervolgens zien we twee insertie-expansies, waarin de patiënt een herstel initieert en om opheldering vraagt, voordat de beoogde handeling uitgevoerd wordt (regel 8). Dan volgt in regel 10 en 11 een nieuwe sequentie in de vorm van een vraag/antwoordsequentie waarin de patiënt een nieuw topic aankaart, maar opmerkelijk genoeg gebeurt dat zonder markering, aankondiging of samenvatting, zoals dat in de interactie (tussen volwassenen) gebruikelijk is bij een topic dat niet voortvloeit uit het vorige. Het lijkt er zelfs op dat de patiënt de introductie van dit nieuwe topic als een vorm van topicshift (stapsgewijze topicverandering) behandelt. Dat blijkt uit het gebruik van het adverbiale verwijfswoord 'dan'. Dat betekent dat de patiënt het bloeddrukmeten en het bepalen van de hoeveelheid Chemo Kaspers als twee elementen van dezelfde klasse blijkt te zien. Wanneer de seniorverpleegkundige naast de patiënt op bed gaat zitten (regel 11), creëert ze betrokkenheid met de patiënt en geeft ze te kennen dat ze de vraag van de patiënt serieus neemt. Vervolgens geeft ze antwoord op de vraag van de patiënt en adviseert ze hem wat hij moet doen om te zorgen dat alles goed komt. Zowel met zijn/haar communicatie als met de houding van de seniorverpleegkundige, wordt ingespeeld op de gemoedstoestand van de patiënt. Ook hieruit komt de oriëntatie op het kind naar voren.

### **Samenvattend**

Het speech event patiëntencontact bestaat meestal uit slechts twee deelnemers: de seniorverpleegkundige en de patiënt, i.c. een kind. Soms worden zij vergezeld door de ouders van de patiënt. De patiëntenzorg bestaat uit het uitvoeren van controles en het toedienen van medicatie. Communicatie speelt hierin een belangrijke rol. Uit de observaties is gebleken dat communicatie ingezet wordt om de handelingen die de seniorverpleegkundige doet te begeleiden, de patiënt gerust te stellen en/ of de patiënt te betrekken in de handelingen.

De basisstructuur van de interacties tijdens de patiëntverzorging bestaat uit mededelingen, geïnitieerd door de seniorverpleegkundige. Met deze mededelingen kondigt de SVP aan wat hij/zij gaat doen en wat hij/zij daarbij verwacht van de patiënt, soms geformuleerd in een verzoek, soms in een directief. De patiënt initieert soms insertie-expansies, bijvoorbeeld wanneer hij/zij iets niet snapt of iets wil weten. Met de antwoorden van de seniorverpleegkundige op deze vragen, ontstaan series van vraag/antwoordsequenties.

Opvallend aan de toon van de interacties tijdens de patiëntverzorging, is de oriëntatie op het kind. Dit blijkt ten eerste uit de kindvriendelijke manier waarop uit te voeren handelingen geïntroduceerd worden. Verpleegkundigen kondigen aan wat ze gaan doen, zodat het kind snapt wat er gaat gebeuren.

---

Verpleegkundigen geven daarbij ook aan wat ze van het kind verwachten tijdens de handelingen. Daarnaast wordt eenvoudige taal gebruikt in plaats van medische terminologie. Verpleegkundigen passen hun taalgebruik aan zodat het aansluit op de belevingswereld van een kind. Ook in hun houding komt de oriëntatie op het kind naar voren. Verpleegkundigen creëren betrokkenheid met de patiënt door bijvoorbeeld naast de patiënt op bed te gaan zitten. Hiermee geven ze te kennen dat ze het kind serieus nemen. Zowel met de communicatie als de houding van de seniorverpleegkundige, wordt ingespeeld op de gemoedstoestand van de patiënt. In paragraaf 4.3.1 worden onder de noemer 'vriendelijke en begripvolle bejegening' voorbeelden aangehaald waaruit de oriëntatie op het kind verder blijkt.

### **4.3 Bijzondere aspecten in de speech events**

Uit de participerende observatie is een aantal bijzondere aspecten naar voren gekomen die niet direct kenmerkend zijn voor één speech event, maar een meer algemeen karakter hebben. Deze paragraaf gaat dieper in op deze aspecten, hier verder aangeduid als thema's. Van elk thema wordt een paar voorbeelden gegeven, de overige voorbeelden zijn opgenomen in bijlage II van deel B.

Het eerste thema dat als opvallend naar voren is gekomen uit de observaties, is 'Bejegening'. Hierbij zijn drie subthema's aan te brengen. Het eerste subthema is bejegening onder collega's, dat 'collegialiteit' is genoemd. Tijdens de observaties kwam het vaak voor dat het personeel elkaar beloofde, grapjes met elkaar maakte en elkaar in werkzaamheden ondersteunde. Het thema 'collegialiteit' wordt besproken in paragraaf 4.3.1.1. Ook de bejegening van de patiënt, dat 'vriendelijke en begripvolle bejegening van de patiënt' is genoemd, is een subthema. Deze vorm van bejegening uit zich in de oriëntatie op het kind. De vriendelijke en begripvolle bejegening van de patiënt wordt besproken in paragraaf 4.3.1.2. Het derde subthema is bejegening van de ouders, dat 'begripvolle bejegening van ouders' is genoemd en wordt besproken in paragraaf 4.3.1.3.

In paragraaf 4.3.2 komt een tweede thema aan de orde: de afwisseling van serieus naar minder serieus taalgebruik. Tijdens overdrachten, visites, overlegmomenten en andere situaties was de toonzetting afwisselend: het ene moment werd er serieus gepraat over de patiënten, het andere moment kon het gesprek overgaan op grapjes, plagerijen en onzinnigheden. Vervolgens werd de serieuze toon van het gesprek weer opgepakt. Deze afwisseling kwam tijdens de observaties regelmatig naar voren en vormt daarmee een thema dat in onderhavige paragraaf wordt besproken.

#### **4.3.1 Bejegening**

Op het gebied van specifieke vormen van bejegening is een onderscheid aan te brengen in de bijzondere bejegeningvorm ten opzichte van collega's, patiënten en die ten opzichte van de ouders. De bespreking wordt geïllustreerd met een aantal voorbeelden; voor de overige voorbeelden wordt verwezen naar bijlage II.

##### **4.3.1.1 Collegialiteit**

Collega's zijn over het algemeen erg behulpzaam naar elkaar. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat wanneer de verpleegkundigen even niks te doen hebben, ze niet gaan niks, maar naar hun collega's gaan om te vragen of ze iets voor hen kunnen doen. Ook bij drukte worden de werkzaamheden van collega's zonder morren overgenomen, zoals in het volgende voorbeeld: een seniorverpleegkundige heeft het erg druk en vraagt daarom hulp aan een collega (07.06.03 09.05): *'Wil jij de controles van [naam patiënt] doen? Want ik ben er nog niet aan toegekomen, want ik moet die bellen en dan komt die weer langs'*. In dit voorbeeld initieert de verpleegkundige een verzoek aan haar collega waarmee ze een beroep doet op de coöperativiteitsdimensie. De geprefereerde voortzetting is een accepterende respons en om dat te kunnen realiseren, antwoordt ze haar verzoek. De collega stemt in met het verzoek en vindt het geen probleem om even te helpen.



---

Wanneer een verpleegkundige een vervelend klusje moet overdragen aan een collega, zegt ze tegen de collega: *'Ja het spijt me'*. De collega antwoordt: *'Oh nee joh, geeft niet'* (07.06.03 11.50). Er wordt een verzoek gedaan tot overdracht, wat de collega die het verzoek plaatst blijkbaar als vervelend ervaart doordat ze haar excuses aanbiedt *'Ja, het spijt me'*. De collega die gevraagd wordt de klus over te dragen, drukt een coöperatieve houding uit door middel van haar accepterende respons.

Een ander voorbeeld dat binnen het thema 'Collegialiteit' past, is het volgende. De regieverpleegkundige belt met de planning om twee kamers in het Ronald McDonaldhuis te reserveren. De regieverpleegkundige wordt later gebeld door het Ronald McDonaldhuis, die wil controleren of het werkelijk om een eenpersoonskamer gaat (op een eenpersoonskamer kan namelijk hooguit één persoon slapen). De regieverpleegkundige gaat dit navragen bij de verpleegkundige van wie het verzoek kwam, en de informatie blijkt inderdaad te kloppen: het gaat om een eenpersoonskamer. De regieverpleegkundige zegt hierop tegen de verpleegkundige: *'Ik wist het ook al wel een beetje, omdat jij het zei'*. Hiermee geeft de regieverpleegkundige blijk van vertrouwen in de verpleegkundige.

#### **4.3.1.2 Vriendelijke en begripvolle bejegening van patiënt**

Zoals in paragraaf 4.2.7 reeds genoemd werd, is de oriëntatie op het kind opvallend door de toon van de interacties tijdens de patiëntverzorging. De oriëntatie op het kind uit zich onder andere in het vooraf aankondigen van uit te voeren handelingen, zodat het kind weet wat er gaat gebeuren. Ook het gebruik van eenvoudige taal in plaats van medische terminologie is typerend. Deze oriëntatie op het kind kan getypeerd worden als *'vriendelijke en begripvolle bejegening van het kind'*. In deze paragraaf wordt verder ingegaan op deze vorm van bejegening.

Naast de kindvriendelijke introductie van handelingen en het vereenvoudigde taalgebruik, speelt ook de manier waarop de verpleegkundige de patiënt bij de handelingen betreft een rol bij de vriendelijke en begripvolle bejegening van de patiënt; er wordt een zekere mate van verbondenheid gecreëerd. Verpleegkundigen zijn bereid zich aan te passen op de belevingswereld van hun patiëntjes. Tijdens de patiëntverzorging laat de seniorverpleegkundige attributen of eigenschappen van het kind mee spelen. Dit dient er enerzijds voor om het kind bij de handelingen te betrekken en anderzijds ter afleiding van de eigenlijke handeling, zodat die adequaat uitgevoerd kan worden. Een voorbeeld hiervan betreft het opnemen van de temperatuur. Er wordt een mededeling gedaan, waarbij de knuffel van het kind een rol krijgt: *"Dan houdt de beer in de gaten of ie [= de thermometer] goed blijft zitten"* (07.05.09 08.00). Wanneer de bloeddruk opgemeten moet worden, worden lichamelijke kenmerken van het kind bij de handeling betrokken: *"Zal ik jouw spierballen ook nog even meten? Ik zie hier een hele dikke zitten"* (bijlage I, situatie 12, 07.05.09 08.00). De verpleegkundige stelt hier een vraag die past in de belevingswereld van een kind, aangevuld met een mededeling die ze op de patiënt persoonlijk laat slaan, waardoor het patiëntje betrokken wordt bij de handeling.

Een andere manier waarop de vriendelijke en begripvolle bejegening van de patiënt naar voren komt, is via het geven van complimentjes. Tijdens en/of na afloop van een handeling worden de kinderen bemoedigend toegesproken: *"[...] hartstikke goed gedaan!"*. Kinderen worden geprezen voor hun medewerking. Tevens wordt via de complimenten mogelijke angst bij de patiënten weggenomen, doordat het goeie gedrag beloond wordt, zodat de kinderen weten dat ze niet bang hoeven te zijn. Daardoor bestaat bij een volgende (be)handeling een grotere kans dat het kind weer gewenst gedrag en medewerking zal vertonen.

Ook het tonen van empathie speelt een rol bij de vriendelijke en begripvolle bejegening van de patiënt. Zo is er bijvoorbeeld een patiënt op de afdeling die al tijden erg ziek is en daardoor haar hond lange tijd niet heeft kunnen zien. De patiënt geeft aan dat ze haar hond mist en het beest graag wil zien. Hier is het concept verbondenheid van toepassing; de verpleegkundige creëert het gevoel van een emotionele band met de betreffende patiënt. Ze doet dit door empathie te tonen en tegen de patiënt te zeggen: *'Ik kan me voorstellen dat je je hond graag wilt zien'*. De patiënt knikt. Vervolgens belooft de seniorverpleegkundige in de map te schrijven dat het kind de hond graag wil zien en zegt dit ook te zullen overleggen met de

---

oncolog. Ze zegt: *'Ik kan niks beloven, maar ik zal het overleggen'*. De patiënt knikt en lijkt blij (07.05.14 16.45). De seniorverpleegkundige duidt met haar handelingen aan dat ze iets gezamenlijks heeft met de hoorder; ze creëert een gevoel van solidariteit en geeft hiermee vorm aan het concept verbondenheid.

De vriendelijke en begripvolle bejegening komt ook naar voren doordat verpleegkundigen niet koste wat kost bepaalde handelingen proberen uit te voeren, die niet willen lukken. Het inbrengen van sondes en katheters zijn bijvoorbeeld handelingen die soms niet in één poging slagen. De patiënt kan bij meerdere mislukte pogingen angstig worden en zich verzetten, wat het uitvoeren van de handeling niet ten goede komt. De verpleegkundigen gaan hier mee om op een manier die getuigt van empathie en solidariteit, zo blijkt uit het volgende voorbeeld (07.05.14 17.00): een seniorverpleegkundige moet een sonde inbrengen bij één van haar patiënten. Eerder op de dag is deze handeling tot drie keer toe mislukt, wat wellicht angstgevoelens bij de patiënt heeft veroorzaakt. De seniorverpleegkundige plaatst daarom een verzoek bij de patiënt, met de verwachting dat deze accepterend reageert. Daarbij geeft ze een conditie aan waarop de patiënt kan inhaken, zodat de actie in dat geval niet voortgezet wordt: *"Mag ik hem nog even aanmeten? We proberen het één keer, als het dan niet lukt blijf ik niet doorgaan, ok?"*. In het voorstel dat de seniorverpleegkundige doet, vraagt ze de patiënt om een akkoord. Deze wordt hierdoor betrokken bij het besluit en krijgt het gevoel medezeggenschap te hebben in de situatie. De seniorverpleegkundige en de patiënt maken vervolgens samen de afspraak dat wanneer het niet goed gaat met het inbrengen van de sonde, de patiënt zijn hand opsteekt en de seniorverpleegkundige stopt met het uitvoeren van de handeling. De patiënt stemt hiermee in. Op deze manier bereiken de participanten samen een akkoord en geeft de seniorverpleegkundige de patiënt het gevoel dat hij controle op de situatie kan uitoefenen.

De volgende dialoog (07.05.25 08.15) is al eerder genoemd in dit onderzoek, maar laat duidelijk de begripvolle bejegening zien. De patiënt wordt betrokken in de situatie, omdat hij mag helpen bij het uitvoeren van een aantal handelingen. Met haar formulering in regel 9 (*'Ja! Dank u!*) brengt de seniorverpleegkundige nadrukkelijke instemming tot uiting, wat een aspect is van de coöperativiteitsdimensie; patiënt en verpleegkundige zijn gericht op hetzelfde doel. In regel 10 stelt de patiënt een vraag. Als reactie hierop gaat de seniorverpleegkundige op bed zitten. Ze creëert hiermee een zekere mate van betrokkenheid en laat zien dat ze naar de patiënt luistert en zijn vraag serieus neemt. Hier is het concept verbondenheid van toepassing: de seniorverpleegkundige creëert met haar handelingen een emotionele band met de patiënt. Haar manier van toespreken past ze aan op het niveau van de patiënt (bijv. spierballen meten (r.7), Chemo Kasper (r.14)):

1 SVP: Ik heb de bloeddrukmeter ook al klaar staan, dat kan jij ook zo  
2 goed he? Mag jij de knop zo indrukken.  
3 P: Eerst de armband toch?  
4 SVP: Ja, ik pak even een andere.  
5 P: Waarom dan?  
6 SVP: Omdat deze beter bij jouw spierballen past, en ik moet goed de  
7 spierballen meten.  
8 P: [Drukt knop bloeddrukmeter in]  
9 SVP: Ja! Dank u!  
10 P: [Wil weten of Chemo Kasper uit zijn lijf is] Hoeveel Chemo  
11 Kaspers zitten er nu nog in dan?  
12 SVP: [Gaaf op bed zitten en vertelt dat ze dat ook niet precies kan  
13 zeggen, maar dat ze vanmiddag een prikje doen en dat ze dan  
14 kunnen zien of Chemo Kasper weg is] Maar als je nu genoeg blijft  
15 drinken, dan plas je ze allemaal weer uit

Patiëntenzorg, 25 mei

---

De aard van de bejegening van de patiënten maakt in het Speaking-model deel uit van het component 'Key'. Zoals ook uit voorgaande fragmenten blijkt, past de seniorverpleegkundige zijn/haar taalgebruik aan op dat van de patiënt (geïllustreerd in paragraaf 4.2.7). Daarnaast wordt het taalgebruik ook aangepast aan de situatie, die mede bepaald wordt door het karakter van de patiënt. Zo heeft de seniorverpleegkundige tijdens één van haar diensten te maken met een patiënt met een sterk eigen willetje, iemand die zeer direct is in zijn uitspraken en om veel aandacht vraagt (07.06.03 12.20):

- 1 SVP: Ik ga even een prikje doen. Welke vinger mag ik gebruiken?
- 2 P: Vraagt aan moeder [wil net weggaan voor lunch] of ze nog even wil  
3 blijven, omdat hij een prik krijgt.
- 4 P: [Wijst een vinger aan] Zit hier meer bloed in?
- 5 SVP: Dat maakt niks uit.
- 6 SVP: Jij mag kiezen, wordt t die of die? Anders kies ik er één voor je.
- 7 SVP: [Wil al gaan prikken...]
- 8 P: Hé, tellen!
- 9 SVP: Ja ik tel. (pakt intussen een andere naald)
- 10 SVP: 1...2...3
- 11 P: au!
- 12 P: Hoeveel nog?
- 13 SVP: Nog een heleboel
- 14
- 15 *(het duurt even voordat t buisje vol genoeg is...)*
- 16
- 17 P: Doe dat buisje er dan af!
- 18 SVP: (Negeert gedrag van de patiënt, zegt hier niets op, verwijdert wel t  
19 slangetje zodat het bloed rechtstreeks in het buisje loopt.)
- 20 P: Doe hem maar goed vol, dan mag ik zeker naar huis.
- 21 SVP: Ik weet niet of het zo werkt, maar nu hebben we in ieder geval genoeg  
22 monster.
- 23 P: Niet te hard knijpen! Moet ik jou ook knijpen?
- 24 SVP: Ik knijp jou niet om je te plagen, maar omdat je vanmiddag naar huis  
25 wil.
- 26 SVP: Zo, klaar
- 27 P: hèn, hèn.

In dit fragment introduceert de seniorverpleegkundige in de eerste plaats wat ze gaat doen bij de patiënt. Ze vraagt in welke vinger ze mag prikken en verwacht een bepaalde mate van coöperativiteit van haar patiënt, maar dit slaagt niet meteen door de manier waarop de patiënt zich gedraagt. Wanneer de beslissing van de patiënt te lang op zich laat wachten, stuurt de seniorverpleegkundige hem met haar uitspraak (regel 6) door te zeggen dat als hij nu niet kiest, zij dat voor hem zal doen. Hiermee komt haar dominante positie tot uiting. De patiënt doet verschillende uitspraken in de vorm van bevelen, vergelijk hiervoor regel 8, 17 en 23. De seniorverpleegkundige is kort in haar reacties en past haar toon aan op de situatie, door niet in te gaan op de negatieve aandacht waar de patiënt om vraagt. Daarnaast valt het op dat ze haar communicatie in dit geval níet inzet om de patiënt bij haar handelingen te betrekken. Naast haar toon wordt dus ook haar taalgebruik aangepast op de situatie.

Eén van de observaties die diverse aspecten van de vriendelijke en begripvolle bejegening illustreert, vond plaats bij een patiënt waarbij op dat moment een katheter ingebracht moest worden (07.05.24 09.45). De seniorverpleegkundige heeft zojuist om assistentie van een collega gevraagd. De patiënt reageert een

---

beetje angstig op dat wat komen gaat en dus is het zaak voor de deelnemers om haar gerust te stellen. Dit wordt gedaan door aan te kondigen wat er gaat gebeuren en te vertellen wat de patiënt daarvan merkt: *“dan ga ik je even schoonmaken, dat is een beetje koud he”*. Het patiëntje moet huilen en raakt geheel overstuurd. Vader probeert gerust te stellen. De seniorverpleegkundige stelt een vraag aan haar collega: *“Zit ie goed?”*. Deze bevestigt dit en de seniorverpleegkundige zegt tegen het patiëntje: *“Hij zit goed hoor lieverd. Dat heb je knap gedaan hoor, dat ging snel!”* Hiermee prijst ze de patiënt en creëert daarmee een emotionele band met het patiëntje. Dan moet ook de VAP-pleister nog verwijderd worden. Het patiëntje blijft huilen. De seniorverpleegkundige zegt tegen haar: *“Nee, dat is ook niet leuk he? Schat, ik ga even onder je pleister kijken. Je bent een knappe meid hoor! Het is bijna klaar. Zo, pleister erop!”*. Ook hier is te zien dat de seniorverpleegkundige de patiënt door middel van meta-communicatieve uitingen bemoedigt en complimenteert. Ze blijft contact houden met de patiënt, waarbij ze niet wacht op een reactie van de patiënt. Deze laatste is te jong om op alles met woorden te reageren. De bejegening krijgt vorm doordat de seniorverpleegkundige aangeeft wat er gaat gebeuren en wat de patiënt hiervan kan verwachten, door gerust te stellen en empathie te tonen door te bevestigen dat het inderdaad niet leuk is wat er gebeurt, door de patiënt te bemoedigen in haar gedrag en complimentjes te geven die positief moeten inwerken op de gemoedstoestand van de patiënt. Kortom, de seniorverpleegkundige stelt zich vriendelijk op en toont zich solidair met de patiënt door het gebruik van meta-communicatieve uitingen en performatieve handelingsaanduidingen. Hiermee wordt verbondenheid ten opzichte van de gesprekspartner tot stand gebracht.

#### **4.3.1.3 Begripvolle bejegening van ouders**

Naast de vriendelijke en begripvolle bejegening van de patiënt, is ook een aantal gevallen van begripvolle bejegening van de ouders geobserveerd. Een aantal voorbeelden hiervan wordt nu besproken.

Tijdens een avonddienst op 23 mei 2007 wordt de seniorverpleegkundige gebeld door de moeder (M) van een patiënt. Zij heeft een aantal vragen over haar kind. De seniorverpleegkundige beantwoordt de vragen:

- 1 SVP: Soms is ze wat kortademig, maar dat kennen jullie wel van haar hè?
- 2 M: [reageert]
- 3 SVP: Ja maar das toch mooi? Ze maakt een heel tevreden indruk.

Met de uiting in regel 1 en 3 is sprake van bejegening doordat de seniorverpleegkundige de moeder op een geruststellende manier toespreekt. Met de uiting ‘maar dat kennen jullie wel van haar he?’ (regel 1) maakt de seniorverpleegkundige indirect duidelijk dat de kortademigheid een bekend verschijnsel is bij de patiënt en dus niet iets om ongerust over te zijn. Ook in regel 3 stelt de seniorverpleegkundige gerust door te zeggen dat de patiënt tevreden lijkt. Het geruststellen van de ouders is een vaker geobserveerd verschijnsel. Verpleegkundigen benadrukken tevens dat ouders hun altijd kunnen aanschieten als ze ergens hulp bij nodig hebben of vragen hebben.

Onderstaand voorbeeld laat de begripvolle bejegening van ouders van een patiëntje zien. Het patiëntje is zojuist overgeplaatst naar de afdeling en de seniorverpleegkundige wil controleren of alles goed gaat met zowel de patiënt als de ouders. In regel 1 kondigt de SVP aan wat ze gaat doen. Ze geeft daarbij aan dat de ondergrens nu op 80 staat en verklaart dat dat de reden is voor het piepende geluid. Hiermee neemt ze eventuele ongerustheid ten aanzien van dit gepiep weg bij de ouders. In regel 4 benoemt ze dit en toont daarmee empathie jegens de ouders. Vervolgens deelt de SVP mee wat ze gaat doen (regel 6) en controleert ze of de ouders weten hoe ze sondevoeding moeten geven (regel 15). In regel 17-19 doet ze een belofte aan de ouders. Met deze uitingen gaat de SVP in op de gemoedstoestand van de ouders. Ze toont empathie en neemt de tijd om de ouders te informeren in deze wellicht onwennige setting.

- 1 SVP: ik zal de monitor even instellen. De ondergrens staat nu op 80, daarom
- 2 piept ie zo vaak.

---

3 SVP: *(stelt grens anders in)*  
4 SVP: zo, nou piept ie ook minder. Dat klinkt anders ook zo akelig he?  
5 V: ja, inderdaad.  
6 SVP: even een beetje water erbij om te kijken of de sonde goed zit.  
7 M: oh, doe je dat met water?  
8 SVP: *(vraagt na of het voeden op de andere afdeling anders ging dan dat ze*  
9 *hier gewend zijn, omdat P nu ligt te kreunen en een beetje lijkt tegen*  
10 *te stribbelen)*  
11 SVP: ik weet niet hoe ze het op de neo geven. Gewoon de spuit erin of via de  
12 sonde?  
13 M: *(geeft antwoord)*  
14 SVP: oh nou, zo doen wij het hier ook.  
15 SVP: jullie zijn hier ook op voorbereid? Hoe je dus sondevoeding kan geven?  
16 M: ja hoor  
17 SVP: ik kom zo nog wel even bij jullie zitten om te vertellen hoe t hier  
18 gaat op de afdeling. Ik moet eerst naar een ander kindje en dan kom ik  
19 terug.  
20 O: ja dat is prima

Patiëntenzorg, 3 juni 2007

Met de handelingen van de verpleegkundige wordt een zekere mate van betrokkenheid met de ouders gecreëerd. Hiermee komt een besef van gezamenlijkheid tot stand tussen de beide partijen. De seniorverpleegkundige toont begrip voor de situatie van de ouders en geeft hiermee het gevoel dat er een emotionele band is. Daarnaast informeert ze de ouders, zodat deze weten waar ze aan toe zijn. Hieruit blijkt dat de handelingen van de seniorverpleegkundige zijn gericht op het creëren van verbondenheid met de ouders.

#### **4.3.2 Afwisseling van serieus naar minder serieus taalgebruik**

Een laatste opvallend observatiepunt is het taalgebruik tijdens de diverse speech events. Hierin vindt namelijk een verschuiving plaats van serieus naar niet serieus taalgebruik. Enkele voorbeelden zijn terug te vinden in het transcript (opname 1, 7 mei 2007) van een overleg met de regieverpleegkundige (RVP), de PM'er en de onderwijzer (OND):

213 RVP: wou je een pen?  
214 OND: nou ja  
215 RVP: hij is niet, hij is een beetje vlekkerig hoor, maar  
216 OND: ik heb gister mijn huis opgeruimd en vond ik deze oude pen weer  
217 (gelach)  
218 VP: hij is wel heel oud (naam ond)  
219 RVP: die had je ook wel op de schroothoop kunnen gooien  
220 OND: die had ik bijna op de schroothoop gegooid, maar och ik denk het  
221 is een mooie Parker pen  
222 RVP: Patiënt K, ook een meisje met ALL, is ook bekend hier, die heeft  
223 een euh pancreatitis, ofwel alvleesklierontsteking, erbij  
224 ontwikkeld. Euhm, nou goed, daar zijn de verhalen euh een beetje  
225 euh wisselend over van de één die zegt ze is nog heel ziek en  
226 euh heel zwak en de ander zegt weer ze moet gewoon gestimuleerd  
227 worden want ze wil eigenlijk niet. Ze wil, ze ligt alleen maar

---

228 in bed. Dus euh ja, dat is denk ik een beetje schipperen. Het is  
229 wel een meisje die aangespoord moet worden, die niet uit  
230 zichzelf de dingen gaat ondernemen  
231 OND: nou, dat is voor ons misschien ook nog wel wat

Overleg PM'er en onderwijzer, opname 1, 7 mei 2007

In bovenstaand fragment initieert de regieverpleegkundige in regel 213 een vraag aan de onderwijzer, krijgt hier een bevestigend antwoord op en vervolgens verontschuldigd ze zich in regel 215. Deze verontschuldiging biedt aanleiding voor de onderwijzer om uitleg te geven over het niet functioneren van zijn eigen pen, waarbij het taalgebruik in regel 216 tot en met 221 een minder serieuze toon krijgt. In regel 222 pakt de regieverpleegkundige de serieuze toon weer op met de introductie van de volgende patiënt.

In het volgende fragment van dezelfde opname wordt getwist over de leeftijd van een patiënt. De onderwijzer geeft daarop aan dat hij verkeerd kijkt, deze mogelijkheid wordt vervolgens in regel 327 door de verpleegkundige bevestigd en meteen daarna ook nog weer eens door de onderwijzer. Dit alles geeft in regel 329 aanleiding voor de regieverpleegkundige om over te gaan op de informele sfeer, wat stand houdt tot en met regel 333. De regieverpleegkundige introduceert in regel 334 een nieuwe patiënt, waarmee de serieuze toon weer opgepakt wordt.

321 OND nou t is is nog geen schoolkind qua leeftijd, dus ik weet niet of  
322 RVP: jawel hij is vijf!  
323 PM'er vijf wordt ie straks  
324 RVP: hij is bijna vijf  
325 OND: ach, ik kijk verkeerd  
326 VP: Je kijkt verkeerd, dat kan  
327 OND: ik kijk verkeerd  
328 RVP: ah je hebt vakantie gehad, je moet er even weer inkomen  
329 PM'er [...]  
330 OND: jaaaaaaa dat klopt, jaa  
331 OND: wij gaan langs (gelach)  
332 Ik keek verkeerd haha  
333 RVP: patiënt O komt vandaag, en patiënt P die zijn allebei bekend  
334

Overleg PM'er en onderwijzer, opname 1, 7 mei 2007

Een ander voorbeeld dat aangeeft hoe de afwisseling van serieus naar minder serieus taakgebruik tot stand komt, is het volgende (opname 11, 24 mei 2007):

157 Vp4: Nou ja dat infuus dat piept steeds, en waarom, hij eh hij spoelt  
158 goed door, ik heb em afgeplakt, verschillende standen, gaasjes d'r  
159 onder maar, ik krijg het niet goed. Het zit in d'r voet, en het zit  
160 gewoon op een vervelende plek en ze hoeft maar zo te doen, he met  
161 haar been onder de dekens nou en dan gaat ie weer piepen. Dus dat  
162 is niet echt handig  
163 Vp3: Okee. Nou misschien kunnen we t op [...]  
164 Vp4: Ja die ligt ook aan de monitor. Ja haha, wees creatief [lacht]  
165 Stagiär: Ze ligt wel aan de monitor?  
166 Vp4: Ja, ja ja

- 
- 167 Vp6: Creatief met kurk  
168 Vp4: Waarmee? Kurk?  
169 Vp3: Creatief met kurk haha  
170 Vp4: Dan heb ik [naam patiënt]  
171 Vp6: Gips. Ja die heb ik gelezen heb ik geen vragen

Overdracht, opname 11, 24 mei 2007

Het gaat hier om een patiënt waarvan het infuus steeds blijft piepen (regel 157 tot en met 162). In regel 164 wordt gezegd dat dit probleem creatief opgelost moet worden, waarop in uiting 167 tot en met 169 dit wordt uitgebouwd tot een grap. In regel 170 wordt weer overgeschakeld op serieus taalgebruik, door het voordragen van de volgende patiënt. In regel 171 wordt nog even ingehaakt op de grap 'creatief met kurk', door de suggestie 'gips' te doen. Daarna wordt verder gegaan op de voorgedragen patiënt: 'Ja die heb ik gelezen, heb ik geen vragen'.

De afwisseling van serieus naar minder serieus taalgebruik is onder te brengen in het component 'scene' van het Speaking-model. Hymes (1977: 55) geeft aan dat dezelfde personen in een zelfde setting hun interactie opnieuw definiëren, zodat een verandering in de scene plaatsvindt, bijvoorbeeld wanneer van formeel naar informeel taalgebruik wordt overgeschakeld, of van serieus naar grappig. Dit is exact wat in bovenstaande voorbeelden aan de orde is.

#### 4.3.3 Samenvatting

In de paragraaf over bejegening wordt een onderscheid gemaakt tussen de bejegening van collega's, patiënten en ouders. De bejegening is onder te brengen in het component 'key' van het Speaking-model. De bejegening van collega's is vooral gericht op de coöperativiteitsdimensie; collega's zijn gericht op hetzelfde doel in de interactie en zijn behulpzaam naar elkaar, vragen of ze kunnen helpen en verontschuldigen zich als ze een vervelend klusje moeten overdragen.

De bejegening van patiënten is vaak gericht op de verbondenheidsdimensie. Verpleegkundigen tonen zich over het algemeen solidair, vriendelijk en aardig ten opzichte van de patiënt. Hiermee geven ze de patiënt het gevoel van het bestaan van een emotionele band tussen spreker en hoorder. De vriendelijke en begripvolle bejegening van de patiënt blijkt verder uit het betrekken van de kinderen bij de handelingen die op dat moment worden uitgevoerd. Dit gebeurt door het laten meespelen van attributen of eigenschappen van het kind. Dit dient er enerzijds voor om het kind bij de handelingen te betrekken en anderzijds ter afleiding van de eigenlijke handeling, zodat die adequaat uitgevoerd kan worden. Verder worden uit te voeren handelingen vooraf aangekondigd, zodat het kind weet wat hij kan verwachten. Ook het gebruik van eenvoudige taal in plaats van medische terminologie is typerend voor de bejegening van de patiënt. De patiënten worden daarnaast benaderd met empathie en worden gecompimenteerd voor hun medewerking en goede gedrag. Verder geeft de seniorverpleegkundige de patiënt het gevoel dat hij controle op de situatie uit kan oefenen, door samen afspraken te maken over het verloop van de verpleegkundige handelingen. Seniorverpleegkundigen zijn er over het algemeen op gericht om met een solidaire houding verbondenheid te creëren met de patiënt. Echter, wanneer een patiënt niet mee wil werken, komt de dominante positie van de seniorverpleegkundige tot uiting. Ze past haar toon dan aan op de situatie door niet in te gaan op de negatieve aandacht die de patiënt vraagt. Opvallend is dat zij in deze gevallen haar communicatie níet inzet om de patiënt bij de verpleegkundige handelingen te betrekken, waar dat normaliter wél het geval is.

De bejegening van ouders krijgt vorm door de emotionele begeleiding van de seniorverpleegkundigen. Daarbij wordt begrip getoond voor de situatie van de ouders. Hiermee wordt betrokkenheid gecreëerd tussen de seniorverpleegkundige en de ouders. Daarnaast informeren de hulpverleners de ouders over verpleegkundige zaken, stellen ze de ouders gerust en laten ze merken dat ze voor hen klaar staan. Met deze handelingen brengen de seniorverpleegkundigen verbondenheid tot stand met de ouders.

---

De afwisseling van serieus naar minder serieus taalgebruik is typerend voor tal van situaties, zoals de overdracht. Qua taalgebruik tussen de verschillende disciplines valt het op dat dit regelmatig switcht van een serieus naar een minder serieus niveau. De afwisseling van serieus naar minder serieus taalgebruik is onder te brengen in het component 'scene' van het Speaking-model. Hymes (1977: 55) geeft aan dat dezelfde personen in een zelfde setting hun interactie opnieuw definiëren, zodat een verandering in de scene plaatsvindt. Kenmerkend in diverse overlegmomenten is dat wanneer de toon overgegaan is op niet serieus, de regieverpleegkundige vaak degene is die de serieuze toon weer oppakt, zoals in het voorbeeld van het overleg met de PM'er en de onderwijzer.



---

## 5. Conclusie, discussie en aanbevelingen

*“What happens when we think about thought and talk about talk?”*

(Bruner en Feldman in: Marshak, 1998: 15)

In dit rapport is verslag gedaan van een etnografisch onderzoek naar de communicatieve situaties van regie- en seniorverpleegkundigen. Hierbij stond de volgende onderzoeksvraag centraal:

*Wat kenmerkt de verschillende communicatieve situaties van regieverpleegkundigen en seniorverpleegkundigen op de afdeling Oncologie/Cardiologie van de Beatrix Kinderkliniek van het UMCG?*

In de volgende paragraaf zal op deze vraag en de deelvragen een antwoord worden gegeven. Tevens zullen een discussie en aanbevelingen voor vervolgonderzoek aan de orde komen in respectievelijk paragraaf 5.2 en 5.3.

De hoofdvraag is opgesplitst in een tweetal deelvragen:

- Welke communicatieve situaties zijn te onderscheiden rondom de regie- en seniorverpleegkundigen op de afdeling Oncologie/Cardiologie van de Beatrix Kinderkliniek van het UMCG?
- Welke patronen kenmerken de communicatie waar regie- en seniorverpleegkundigen mee te maken krijgen?

### 5.1 Conclusie

In dit onderzoek is een etnografische benadering van de communicatie toegepast. Wolcott (1999), Germain (2001) en Fetterman (1989) stellen dat etnografie in een klinische setting gebruikt kan worden om microculturen op bijvoorbeeld verpleegafdelingen te bestuderen, of macroculturen op bijvoorbeeld een gehele afdeling. Deze vorm van onderzoek kan helpen om bepaalde problemen in klinische settings te definiëren (Deitrick e.a., 2006). Op basis van de participerende observatie is het mogelijk geweest om de dagelijkse routine in een zorgsetting in kaart te brengen.

Volgens Houtkoop en Koole (2000: 106) is het, nadat de componenten van het Speaking-model zijn ingedeeld, mogelijk om vast te stellen welke factoren van invloed zijn op het talig en communicatief handelen bij een bepaalde communicatieve gebeurtenis. Deze mogelijkheid wordt gebruikt om antwoord te geven op de onderzoeksvraag, door de factoren die van invloed zijn mee te nemen in een beschrijving van de diverse communicatieve situaties.

De verpleegkundigen op de Beatrix Kinderkliniek vormen met elkaar een speech community. Binnen de speech community geldt een aantal normen en conventies. Naar aanleiding van de participerende observaties is een aantal van de belangrijkste normen en conventies besproken in hoofdstuk vier. Op basis hiervan kan een uitspraak gedaan worden over kenmerken van de speech community van de regie- en seniorverpleegkundigen van de afdeling kinderoncologie- en cardiologie van de Beatrix Kinderkliniek in het UMCG.

Op basis van de participerende observatie zijn de volgende speech events te onderscheiden op de afdeling kinderoncologie/-cardiologie van het UMCG: overdracht, visite, overleg, evaluatie, multidisciplinair overleg, psychosociaal overleg en patiëntenverzorging. Ten aanzien van deze verschillende speech events is een aantal algemene patronen te benoemen, die inzicht geven in de kenmerken van de communicatieve situaties van regieverpleegkundigen en seniorverpleegkundigen op de

---

afdeling kinderoncologie- en cardiologie van de Beatrix Kinderkliniek in het UMCG. Deze patronen worden nu besproken.

Ten eerste blijkt dat de meeste speech events (overdracht, visite, overleg, evaluatie) zijn opgebouwd volgens reeksen van aangrenzende paren in de vorm van vraag/antwoordsequenties, soms uitgebreid met expansiesequenties. Door middel hiervan is het voor de deelnemers mogelijk duidelijkheid te verkrijgen in de situatie van de patiënt zoals die op dat moment is. Door middel van vervolgvragen of van post-expansies wordt op antwoorden doorgevraagd. Met post-expansies worden antwoorden verbijzonderd en hersteld, met vervolgsequenties komen nieuwe aspecten aan de orde. Het 'doorvragen' biedt mogelijkheid om bepaalde zaken met betrekking tot het ziektebeeld uit te sluiten. Zo ontstaat een helder beeld over de situatie van de patiënt. Wie degene is die initieert, hangt af van het type speech event; in het algemeen kan gesteld worden dat bij de overdracht de verpleegkundige uit de afgelopen dienst initieert, bij de visite initieert de arts-assistent, bij het overleg en de evaluatie initieert de regieverpleegkundige, enz. Bij het multidisciplinair overleg bestaat de basisstructuur vooral uit mededelingen waarop soms gereageerd wordt met ondersteunende of aanvullende mededelingen, maar soms ook met 'counters' waarin een mededeling als stellingname wordt tegengesproken, of met vragen om opheldering of specificaties. Ook de regieverpleegkundige geeft soms verdere aanvullingen of 'counters', evenals de arts-assistent, die ook vaak ophelderingsvragen stelt. De basisstructuur van de interacties tijdens de patiëntverzorging wijkt af van die in de overige speech events. Dit komt doordat de deelnemers aan dit event anders zijn: een seniorverpleegkundige en een kind. De basisstructuur tijdens de patiëntverzorging bestaat uit mededelingen, geïnitieerd door de seniorverpleegkundige. Met deze mededelingen kondigt de seniorverpleegkundige aan wat zij <sup>1</sup> gaat doen en wat zij daarbij verwacht van de patiënt, soms geformuleerd in een verzoek, soms in een directief. De patiënt initieert soms insertie-expansies, bijvoorbeeld wanneer hij iets niet snapt of iets wil weten. Met de antwoorden van de seniorverpleegkundige op deze vragen, ontstaan series van vraag/antwoordsequenties.

Ten tweede blijken schriftelijke documenten die als uitgangspunt voor veel speech events dienen, niet altijd optimaal te functioneren. Vooral bij de overdracht en de visite blijkt dat de informatie uit de dossiers niet altijd volledig is of goed wordt begrepen. Door fouten of onvolledigheden in de rapportage gaat belangrijke informatie soms verloren. De hulpverleners zijn dan niet op de hoogte van actuele zaken rond medicatie, toestand van de patiënt et cetera en zij kunnen dit dan ook niet overbrengen op ouders van patiënten. De schriftelijke documenten dienen als basis voor de informatie en als uitgangspunt tijdens de overdrachten en visites. Ook het overleg kent mondelinge informatieoverdracht op basis van schriftelijke documenten. Kennelijk zijn deze speech events gebaseerd op de verwachting dat de verpleegkundigen en artsen na lezing van de dossiers niet voldoende op de hoogte zijn: de schriftelijke informatie wordt mondeling aangevuld. Bij de overdracht zien we dat tijdens de bespreking van een patiënt vaak stapsgewijze topicontwikkeling plaatsvindt, waarbij de topiccomponenten ten opzichte van elkaar een soort van reeks vormen, die allemaal binnen een overkoepelende categorie passen. Als er vragen gesteld worden in dit verband, is het van belang dat die ook beantwoord worden. Vaak zien we dit in de vorm van vragen om bevestiging, door het stellen van ja-nee-vragen met een sterke antwoordvoorkeur voor een bevestiging, of door het stellen van een bevestigingsvraag door een deel van het net gegeven antwoord te herhalen. Uit deze activiteiten is af te leiden dat de nieuwe verpleegkundigen voortdurend monitoren of de informatie die ze nodig hebben van degenen die uit de vorige dienst komen, voldoende en helder is. Bij de visite wordt door middel van vervolgvragen of van post-expansies op antwoorden doorgevraagd. Met post-expansies worden antwoorden verbijzonderd en hersteld, met vervolgsequenties komen nieuwe aspecten aan de orde. Het 'doorvragen' biedt mogelijkheid om bepaalde zaken met betrekking tot het ziektebeeld uit te sluiten. Zo ontstaat een helder beeld over de situatie van de betreffende patiënt. Bij het overleg vindt de mondelinge informatieoverdracht plaats door middel van mededelingen vanuit de regieverpleegkundige. Op de mededelingen volgen veelal ontvangstbevestigingen, maar ze kunnen ook tot expansies van de basissequentie leiden. Een enkele keer wordt er zelfs een vervolgsequentie geïnitieerd door de gesprekspartner. De expansies hebben een vragende vorm, waarbij de gespreksdeelnemers

---

<sup>1</sup> Waar 'zij' en 'haar' staat, kan ook 'hij' en 'zijn' worden gelezen en vice versa.

---

verduidelijking vragen met betrekking tot dat wat is meegedeeld, alvorens ze een ontvangstbevestiging geven. Deze herstelinitiëringen zijn nodig om de mededeling te kunnen accepteren.

Vervolgens blijkt uit de observaties dat wanneer het gaat om de positie van de regieverpleegkundige, de samenstelling van de participanten (participants in het Speaking-model) bij de speech events van belang is. De regieverpleegkundige heeft de regie over de afdeling. Haar rol bij veel speech events is om de deelnemers te voorzien van probleemgerelateerde informatie over de patiënten en/of de deelnemers te voorzien van adviezen en/of instructies. Haar dominante rol komt duidelijk naar voren tijdens het overleg. Het overleg bestaat uit mededelingen vanuit de regieverpleegkundige. De overige participanten (pedagogisch medewerker, onderwijzer, enz.) zijn slechts ontvangers van de informatie, die vragen kunnen stellen ter verduidelijking. De regieverpleegkundige is degene die de dialoog voert met de overige participanten, waarbij zij degene is die de patiëntgerelateerde informatie naar voren brengt. Tijdens de overdracht heeft de regieverpleegkundige een structurerende rol. Ze geeft informatie van organisatorische en praktische aard. Ze blijkt echter niet de absolute regie te hebben tijdens de overdracht, want verpleegkundigen blijken ook onderling afspraken te kunnen maken zonder toestemming te vragen aan de regieverpleegkundige.

De rol van de regieverpleegkundige tijdens de evaluatie is die van initiator. Zij formuleert open vragen die door de overige deelnemers kort beantwoord worden. Tijdens de evaluatie vindt echter ook zelfselectie plaats. Dit gebeurt enerzijds in vervolgsequenties die aansluiten op een antwoord, maar anderzijds via initiërende taaluitingen van de aanwezige arts-assistenten. De participatiestructuur lijkt hiermee te veranderen, waarbij de rol voor de twee arts-assistenten belangrijker wordt; er ontstaat een dialoog tussen beide arts-assistenten. Deze dialoog bestaat uit diverse mededelingen, met standpuntbepalingen die wederzijds instemming ondervinden. De arts-assistenten selecteren zichzelf als spreker, ook zonder interventie van de regieverpleegkundige. Hier is te zien hoe in dit speech event de regieverpleegkundige haar in beginsel dominante rol omwisselt voor die van recipiënt.

Uit de observaties blijkt dat wanneer artsen betrokken zijn bij de speech events (tijdens visite, multidisciplinair overleg en psychosociaal overleg), de regieverpleegkundige afstapt van haar dominante rol en zich ondergeschikt opstelt aan de deskundigheid van de artsen. Dit geldt ook voor de seniorverpleegkundige. Zo blijkt bijvoorbeeld dat de rol van de regieverpleegkundige tijdens het multidisciplinair overleg beperkt blijft; zij treedt voornamelijk op als ontvanger van de adviezen die gegeven worden, in tegenstelling tot haar rol bij andere speech events (tijdens overdracht, evaluatie, overleg). Daarnaast vult zij, waar nodig, relevante patiëntinformatie aan. Het zijn vooral de overige disciplines die informatie geven, met name de twee kinderoncologen en de maatschappelijk medewerker. Tijdens dit event is er geen formele voorzitter, waardoor meerdere deelnemers beurtelings een initiërende bijdrage kunnen leveren. De regels hiervoor zijn niet vastgelegd, toch blijken het voornamelijk de artsen te zijn die de structuur aanbrengen en daarmee de leiding nemen. De overige disciplines accepteren dit, bijvoorbeeld wanneer een arts door middel van een vorm van metacommunicatie de structuur van het gesprek probeert te behouden. De regieverpleegkundige en maatschappelijk medewerker stemmen hiermee in en accepteren daarmee dat de arts de leiding neemt in het behoud van de structuur van het gesprek. Daarnaast kennen de regieverpleegkundige en de maatschappelijk medewerker een bepaalde mate van autoriteit toe aan de artsen en arts-assistenten, door het voorzichtige taalgebruik dat ze bijvoorbeeld hanteren. Door deze voorzichtige formuleringen, stellen de overige disciplines zich ondergeschikt op aan de artsen en arts-assistenten, zeker als ze een verwijt formuleren in hun richting. Ook bepaalde (behandel)suggesties worden voorzichtig geformuleerd.

Tijdens de visite komt de rol van de seniorverpleegkundige goed naar voren. De visite is in principe een gesprek tussen de arts-assistent en de seniorverpleegkundige. Hierbij is de arts-assistent in de eerste positie. Dit komt tot uitdrukking in het voeren en leiden van het gesprek met de verpleegkundigen. De arts-assistent initieert (vooral met vragen om informatie) en de verpleegkundige respondeert met antwoorden. De verpleegkundige is dus steeds in een tweede positie, complementair reagerend op de initiatieven van de arts-assistent. Soms echter verschuift de dialoog naar een gesprek tussen de arts en de arts-assistent. De arts mengt zich op eigen initiatief of doordat de arts-assistent zich tot haar richt.

---

Wanneer de arts-assistent bijvoorbeeld niet zeker is over bepaalde medische kwesties, wordt de arts ingeschakeld. De seniorverpleegkundige wordt dan overhearer en komt in de tweede positie. De arts doorbreekt hierdoor de sequentie van handelingen van het basispatroon van de visite. Hiermee vindt een verschuiving in de participatiestructuur plaats. De seniorverpleegkundige wordt in dat geval geacht niet te spreken en wordt alleen betrokken als er nog duidelijkheid moet zijn over een bepaalde patiënt. Desondanks blijkt de visite een asymmetrisch karakter te hebben. De asymmetrie in de verhouding tussen arts-assistent en seniorverpleegkundige kan soms namelijk omgedraaid worden, bijvoorbeeld wanneer de arts-assistent een klacht verweten wordt. Hier is tijdens de visite blijkbaar ruimte voor en deze ruimte wordt ook genomen. Er blijken dus wel voorkeuren, maar geen strikte normen te gelden wat betreft de kwestie wie in eerste en wie in tweede positie handelingen kan realiseren.

Het moge duidelijk zijn dat zowel tijdens de visite, het multidisciplinair overleg als het psychosociaal overleg naar voren komt hoe de regieverpleegkundige en de seniorverpleegkundige een bepaalde mate van autoriteit toekennen aan de artsen door het voorzichtige taalgebruik dat zij richting hen hanteren. Ook vragen worden voorzichtig gesteld. De artsen bevestigen op hun beurt hun dominante identiteit van adviesgever, door verklaringen en bevestigingen te geven en directieven te gebruiken daar waar ze de regie- en/of seniorverpleegkundigen aanmoedigen door te gaan met hun behandelplan of juist om aanpassingen te doen. Wanneer verpleegkundigen of maatschappelijk medewerkers een uitspraak van de arts willen weerleggen, blijken zij in sommige gevallen elkaar hierin te ondersteunen. Dit komt bijvoorbeeld naar voren tijdens het multidisciplinair overleg, wanneer de maatschappelijk medewerker en de regieverpleegkundige samen een weerwoord formuleren tegen een arts. Zij nemen hiermee de ruimte om adviezen van de arts te weerleggen en elkaar te ondersteunen in hun uitspraken en onderbouwingen. Deze factoren bieden inzicht in de machtsrelaties tussen de verschillende disciplines: in de verbale interactie staat de arts boven de overige disciplines. Ondanks deze machtsrelaties is er binnen het asymmetrische karakter van de visite ruimte voor verpleegkundigen om een klacht te formuleren jegens een arts.

Voorts is het voorkomen van uiteenlopende typen van bejegening kenmerkend voor de verschillende communicatieve situaties. Een veel geobserveerde norm in dit onderzoek heeft namelijk betrekking op de aard van de bejegening in een bepaalde communicatieve situatie. De bejegening is onder te brengen in het component 'key' van het Speaking-model. De in dit onderzoek geobserveerde bejegening betreft verschillende soorten van bejegening naar verschillende ontvangers. Allereerst is sprake van intercollegiale bejegening, dat zich vooral afspeelt op het niveau van de coöperativiteitsdimensie: collega's zijn gericht op hetzelfde doel in de interactie en zijn behulpzaam naar elkaar, vragen of ze kunnen helpen en verontschuldigen zich als ze een vervelend klusje moeten overdragen.

Ten tweede is de bejegeningwijze ten opzichte van de patiënten van belang. De bejegening van patiënten is vaak gericht op de verbondenheidsdimensie. Verpleegkundigen tonen zich over het algemeen solidair, vriendelijk en aardig ten opzichte van de patiënt. De patiënten worden benaderd met empathie en worden gecompimenteerd voor hun medewerking en goede gedrag. Hiermee geven de verpleegkundigen de patiënt het gevoel van het bestaan van een emotionele band tussen spreker en hoorder. Ook met hun houding creëren verpleegkundigen verbondenheid met de patiënt, door bijvoorbeeld naast de patiënt op bed te gaan zitten. Hiermee geven ze te kennen dat ze op gelijke voet staan met de patiënt en het kind serieus nemen.

De vriendelijke en begripvolle bejegening van de patiënt blijkt verder uit het betrekken van de kinderen bij de handelingen die op dat moment worden uitgevoerd. Dit gebeurt door het laten meespelen van attributen of eigenschappen van het kind. Dit dient enerzijds voor om het kind bij de handelingen te betrekken en anderzijds ter afleiding van de eigenlijke handeling, zodat die adequaat uitgevoerd kan worden. Het creëren van afleiding kan tevens pijn en angst verminderen. Verder worden uit te voeren handelingen vooraf aangekondigd, zodat het kind weet waar hij aan toe is. Het is dan volledig duidelijk wat er gaat gebeuren en dat is prettig voor een kind, zeker in een setting als deze. In bepaalde gevallen maakt de verpleegkundige samen met de patiënt afspraken over het verloop van de verpleegkundige

---

handelingen. Hierdoor geeft de seniorverpleegkundige de patiënt het gevoel dat hij de baas is over de situatie.

Ook het gebruik van eenvoudige taal in plaats van medische terminologie is typerend voor de vriendelijke bejegening van de patiënt. Verpleegkundigen passen hun taalgebruik aan zodat het aansluit op de belevingswereld van een kind. Dit is nodig, omdat het kind de patiënt is en contact met de patiënt legt de basis voor een zinvolle behandeling. Om contact te kunnen maken moeten zender en ontvanger op elkaar zijn afgestemd. De ontvanger (het kind) heeft door zijn leeftijd en ontwikkelingsniveau doorgaans een beperkte 'bandbreedte' en de seniorverpleegkundige past haar taalgebruik daarom aan op het niveau van de patiënt. Het aangepaste taalgebruik is echter niet alleen maar informatief, maar is tegelijkertijd bedoeld om de angst bij de patiënt te reduceren of het gevoel van veiligheid te vergroten. Juist vanwege de afhankelijkheidsrelatie die de patiënt met de verpleegkundige heeft, is het belangrijk dat de patiënt vriendelijk en begripvol bejegend wordt.

De seniorverpleegkundige is in principe vriendelijk en gericht op het creëren van verbondenheid met de patiënt. Echter, wanneer een patiënt niet mee wil werken, komt de dominante positie van de seniorverpleegkundige tot uiting. Ze past haar toon dan aan op de situatie door niet in te gaan op de mogelijke negatieve aandacht die de patiënt vraagt. Opvallend is dat zij in deze gevallen haar communicatie níet inzet om de patiënt bij de verpleegkundige handelingen te betrekken, waar dat normaliter wél het geval is.

In de derde plaats is de wijze van bejegening van de ouders relevant. Deze krijgt vorm door de emotionele begeleiding van de seniorverpleegkundigen aan de ouders, waarbij begrip wordt getoond voor de situatie van de ouders. Hiermee wordt betrokkenheid gecreëerd tussen de beide partijen. Daarnaast informeren de hulpverleners de ouders over verpleegkundige zaken, stellen ze ouders gerust en laten ze merken dat ze voor hen klaar staan. Met deze handelingen brengen de seniorverpleegkundigen begripvolle bejegening van de ouders tot stand op het niveau van de verbondenheidsdimensie.

Ten slotte blijkt de afwisseling van serieus naar minder serieus taalgebruik typerend voor tal van situaties. Bij diverse speech events, zoals de overdracht en het overleg, blijkt de wisseling van toon een geldige norm te zijn; binnen de subcultuur is deze wisseling van scene in de interactie blijkbaar toegestaan. Ondanks de ernstige problematiek die tijdens de gesprekken aan de orde is, is er toch ruimte voor wat ontspannen uitingen. Bepaalde formuleringen worden grappig gevonden, omdat die normaal gesproken niet in een dergelijke context gebruikt worden. De afwisseling van serieus naar minder serieus taalgebruik is onder te brengen in het component 'scene' van het Speaking-model. Hymes (1977: 55) geeft aan dat dezelfde personen in een zelfde setting hun interactie opnieuw definiëren, zodat een verandering in de scene plaatsvindt. Kenmerkend is dat wanneer de toon is overgegaan op minder serieus, de regieverpleegkundige vaak degene is die de serieuze toon weer oppakt. Wellicht is dit te koppelen aan het feit dat bij de speech events waar de afwisseling van taalgebruik vooral voorkomt, de regieverpleegkundige een dominante rol heeft.

## 5.2 Discussie

Germain (2001: 294) stelt dat de lengte van observeren afhankelijk is van de onderzoeksvragen, de complexiteit van de subcultuur, het opbouwen van relaties in het veld, de toegang tot significante data en seizoensgebonden factoren die de subcultuur beïnvloeden. Over het algemeen wordt een jaar beschouwd als een redelijke tijd om geaccepteerd te worden door een subcultuur, om de gebruiken te begrijpen en om de leden in diverse contexten mee te maken. Een jaar wordt daarom gezien als een redelijke tijd voor het schrijven van een complete etnografie. Dit punt staat dan ook ter discussie, omdat voor dit onderzoek een observatieperiode van vier weken is aangehouden. Voor een 'focused ethnography' (Germain, 2001: 294) is een kortere tijd in het veld voldoende.

---

Ten aanzien van de methode moet teruggekomen worden op de identiteit van de onderzoekers. In dit onderzoek is ervoor gekozen om de rol aan te nemen van observator als participant. De invloed van deze rol is niet meetbaar, maar heeft mogelijk een vertekening van de resultaten opgeleverd. Zoals eerder genoemd in dit onderzoek, heeft de aanwezigheid van de onderzoekers in het begin een bepaalde weerstand opgeroepen bij de onderzoeksgroep. Naarmate de weken vorderden, werden de 'dames van de communicatie' als een normaal verschijnsel gezien en werd de aanwezigheid geaccepteerd.

Bij het maken van een etnografie vormt de onderzoeker het onderzoeksinstrument. De persoonlijkheid en ervaringen van de onderzoeker kleuren de waarnemingen die tijdens de observatieprocedure zijn opgedaan. Hoewel geprobeerd is de kans op gekleurde waarnemingen zo klein mogelijk te houden - onder meer doordat het onderzoek is uitgevoerd door twee personen - moet bij dit onderzoek toch de kanttekening geplaatst worden dat wanneer het onderzoek door andere onderzoekers zou zijn uitgevoerd, dit mogelijk tot andere resultaten zou hebben geleid.

### **5.3 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek**

Dit onderzoek heeft zich primair gericht op het beschrijven van de communicatieve situaties waar regie- en seniorverpleegkundigen mee te maken krijgen. Wanneer ook andere disciplines, zoals artsen en arts-assistenten, subject van onderzoek zijn, kan een completer beeld geschetst worden van de diverse speech events die op de afdeling voorkomen. Daarnaast zou het interessant kunnen zijn om ook vanuit andere specialismen binnen de Beatrix Kinderkliniek een vergelijkbaar onderzoek uit te voeren. Zo krijgt men een compleet beeld van de communicatieve situaties in de gehele kliniek.

Een tweede aanbeveling betreft de geobserveerde misverstanden die enkele keren ook genoemd zijn binnen het onderzoek. Bij het beschrijven van de misverstanden is afgegaan op geluiden die vanuit de participanten naar voren kwamen tijdens de observaties van de verschillende speech events. Veel van deze misverstanden zijn gebaseerd op ontbrekende, danwel onvolledige of verkeerde schriftelijke documentatie. Misverstanden zijn natuurlijk altijd onwenselijk, maar in deze setting, de afdeling M2, met kinderen met ernstige aandoeningen die nauwkeurig verzorgd moeten worden, kunnen die misverstanden vergaande gevolgen hebben. Het analyseren van de betreffende documenten waar de misverstanden uit blijken, biedt dan ook mogelijkheden voor vervolgonderzoek.

---

## Begrippenlijst

<b>A</b>	=	arts
<b>Aa</b>	=	arts-assistent
<b>ALL</b>	=	acute lymfatische leukemie
<b>Cytostatica</b>	=	een stof die kwaadaardige cellen doodt
<b>Dormicum</b>	=	een slaapmiddel dat wordt toegediend wanneer een patiënt bijvoorbeeld een LP moet ondergaan
<b>ECG</b>	=	elektrocardiogram, een hartonderzoeksmethode
<b>Emla</b>	=	een pleister met verdovende zalf die op de huid geplakt wordt, voordat er iets in de huid gespoten gaat worden
<b>Heparine</b>	=	bloedverdunner, zodat de Vap niet dicht slibt en de volgende keer meteen weer gebruikt kan worden
<b>Katheter</b>	=	een soepele, holle slang waardoor urine uit de blaas kan aflopen. Een katheter wordt ingebracht door medisch personeel.
<b>Kipi</b>	=	kinder intensive care
<b>Lanlel</b>	=	lange lijst, kortweg lanlel. Dit is een lijst met de namen en geboortedata van alle patiënten die op dat moment op de afdeling liggen. Ook hun kamernummer en specialisme staan erbij. De lanlel wordt voorafgaand aan de dagdienst uitgeprint en uitgedeeld aan alle medewerkers op de afdeling. Ook apothekers, diëtisten, onderwijzers, PM'ers en artsen krijgen dus een exemplaar. Tijdens de overdracht maken de verpleegkundigen op hun lanlel aantekeningen over hun patiënten. Ook eventuele bijzonderheden worden genoteerd achter de naam van de betreffende patiënt. De piepernummers van alle verpleegkundigen worden ook op de lanlel genoteerd. De lanlel bevat zodoende allerlei informatie en vormt daarom een belangrijk document dat de verpleegkundigen de hele dag bij zich dragen.
<b>LP</b>	=	lumbaalpunctie. Een lumbaalpunctie (ruggenprik) is een onderzoek waarbij wat liquor uit het lichaam wordt gehaald. Liquor is het vocht dat om de hersenen en het ruggenmerg zit.
<b>MW</b>	=	maatschappelijk medewerker
<b>ODBC</b>	=	operatief dagbehandelingcentrum
<b>OK</b>	=	operatiekamer
<b>Saturatie</b>	=	het aandeel van zuurstof in het bloed, normaal gesproken 100%

---

<b>Sonde</b>	=	een hulpmiddel om vloeibare voeding toe te dienen aan mensen die niet op een normale manier kunnen eten of drinken. Een sonde wordt ingebracht via de neus.
<b>PM'er</b>	=	pedagogisch medewerker
<b>Rondje</b>	=	rondje bijzonderheden. Een schriftelijk document waarop verpleegkundigen korte vragen en/of bijzonderheden over hun patiënten kunnen schrijven. Het document gaat naar de artsen, die een antwoord geven op de vragen, waarna het document teruggebracht wordt naar de afdeling. De verpleegkundigen kunnen later het rondje weer inkijken en zo een antwoord krijgen op hun vragen.
<b>RVP</b>	=	regieverpleegkundige
<b>SVP</b>	=	seniorverpleegkundige
<b>Templijsten</b>	=	lijsten waarop wordt bijgehouden wat er zoal opgenomen als uitgescheiden wordt bij de patiënt, zoals ontlasting, urine en braaksel. Ook wordt genoteerd wat temperatuur, gewicht, pols, hartslag en vochtbalans zijn. Templijsten worden ook wel controlelijsten genoemd.
<b>Vap</b>	=	veneus access port. Perifeer infuus dat onderhuids bij een grote ader wordt geplaatst (in dit geval bij het hart), zodat bij een kind dat regelmatig aan het infuus moet niet elke keer een nieuw bloedvat aangeprikt hoeft te worden.
<b>VP</b>	=	verpleegkundige



---

## Literatuur

- Agar, M. (1986). *Speaking of ethnography*. Newbury Park: Sage.
- Atkinson, P. (1995). *Medical talk and medical work. The liturgy of the clinic*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications.
- Atkinson, P. & L. Pugsley (2004). Making sense of ethnography and medical education. *Medical Education*, 38, 228-234.
- Babbie, E. (2004). *The practice of social research*. Wadsworth: Thomson Learning.
- Bax, M.M.H. (1995). *Een spiegel van de geest: over taal, communicatie en cognitie*. Groningen: Nijhoff.
- Beatrix Kinderkliniek (2005). *Afdelingsinformatie voor nieuwe medewerkers en stagiaires*. Universitair Medisch Centrum Groningen, Kindergeneeskunde.
- Bensing, J. (1991). *Doctor-patient communication and the quality of care. An observation study into affective and instrumental behaviour in general practice*. Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL.
- Berent, J. (1994). *Relationeel taalgebruik. Conversatieve strategieën in interpersonele en interculturele communicatie*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Blanchard, C.G., J.C. Ruckdeschel, B.A. Fletcher, E.B. Blanchard (1986). The impact of oncologists' behaviours on patient satisfaction with morning rounds. *Cancer*, 85, 387.
- Blanchard, C.G., J.C. Ruckdeschel, E.B. Blanchard, J.G. Arena et. al. (1983). Interactions between oncologists and patients during rounds. *Ann. Intern. Med.*, 99, 694.
- Bliesener, T. & J. Siegrist (1981). Greasing the wheels: conflicts on the round and how they are managed. *Journal of Pragmatics*, 5, 181-204.
- Brewer, J.D. (2000). *Ethnography*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- Cameron, D. (2001). *Working with spoken discourse*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications.
- Cate, T.J. ten (2005). *Opleiden van medisch specialisten: achtergronden en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Deitrick, L., J. Bokovoy, G. Stern & A. Panik (2006). Dance of the Call Bells. Using ethnography to evaluate patient satisfaction with quality of care. *Journal of Nursing Care Quality*. 21, 4, p. 316-324.
- Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring. Vol 1: The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1972). Models for organizing the delivery of health services and criteria for evaluating them. *Milbank Q*, 50, p. 103-154.
- Duranti, A. (1997). *Linguistic anthropology*. Cambridge: University Press.
- Duranti, A. (1985). 'Sociocultural dimensions of discourse'. In: T.A. van Dijk (red.) *Handbook of discourse analysis. Volume 1: Disciplines of discourse*. Florida: Academic Press Inc.

- 
- Duranti, A. (1988). Ethnography of speaking: towards a linguistics of the praxis. In: F.J. Newmeyer (red.) *Linguistics: The Cambridge Survey. Volume IV. Language: the social-cultural context.* Cambridge: University Press.
- Fairhurst, G.T. & F. Cooren (2004). Organizational language in use: interaction analysis, conversation analysis and speech acts schematics. In: D. Grant, C. Hardy, C. Oswick & L. Putnam (red.). *The SAGE handbook of organizational discourse.* London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications.
- Fetterman, D.M. (1989). *Ethnography step by step. Applied social research methods. Vol. 17.* Newbury Park: Sage Publishers.
- Francke, A.L. (1990). Participeren en observeren op oncologische afdelingen. In: A.L. Frankce (red.). *Kwalitatief onderzoek in de verpleegkunde.* Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Friedrichs, J. & H. Lüdtke (1975). *Participant observation: theory and practice.* Farnborough, Hants: Saxon House.
- Germain, C.P. (2001). Ethnography: the method. In: P.L. Munhall (red.). *Nursing research. A qualitative perspective.* Boston/Toronto/London/Singapore: Jones and Bartlett Publishers.
- Gerteis, M. & M.J. Roberts (1993). Culture, leadership and service in the patient-centered hospital. In: S. Edgeman-Levitan, M. Geretis, J. Daley & T.L. Delbanco (red.). *Through the patients eyes.* San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Giglioli, P.P. (1972). *Language in social context: selected readings.* Harmondsworth: Pinguin education.
- Goffman, E. (1981). *Forms of talk.* Oxford: Basil Blackwell Publisher.
- Goffman, E. (1967). *Interaction ritual. Essay on face-to-face behavior.* New York: Pantheon.
- Gold, R.L. (1958). Roles in sociological fieldwork. *Social Forces*, 36, 217-223.
- Gumperz, J.J. (1972). The speech community. In: P.P. Giglioli (red.). *Language and social context.* Harmondsworth: Penguin.
- Have, E.C.M. ten (2006). *Communicatieve vaardigheden voor verpleegkundigen. De patiënt centraal.* Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Have, P. ten (1977). *Sociologisch veldonderzoek.* Meppel: Boom.
- Houtkoop, H. & T. Koole (2000). *Taal in actie: hoe mensen communiceren met taal.* Bussum: Coutinho.
- Hymes, D. (1977). *Foundations in sociolinguistics: an ethnographic approach.* London: Routledge.
- Hymes, D. (red.) (1964). *Language in culture and society: a reader in linguistics and anthropology.* New York: Harper and Row.
- Janssen, D. (red.) (1996). *Zakelijke communicatie 1.* Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Junker, B. (1960). *Field work.* Chicago: University of Chicago.
- Lehtonen, M. (2000). *Cultural analysis of texts.* Newbury Park: Sage.
- Lincoln, Y. & E. Guba (1985). *Naturalistic inquiry.* Newbury Park: Sage.

- 
- Macdonald, E. (2004). *Difficult conversations in medicine*. Oxford: University Press.
- Manias, E. & A. Street (2000). Rethinking ethnography: reconstructing nursing relationships. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (2), 234-242.
- Marshak, R.J. (1998). A discourse on discourse: redeeming the meaning of talk. In: D. Grant, T. Keenoy & C. Oswick (red.). *Discourse and organization*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications.
- Morgan, M. (2004). Speech community. In: A. Duranti (red.). *A companion to linguistic anthropology*. Blackwell: Malden, Mass.
- Mazeland, H. (2003). *Inleiding in de conversatieanalyse*. Bussum: Coutinho.
- Ong, L.M.L., J.C.J.M. de Haes, A.M. Hoos & F.B. Lammes (1995). Doctor-patient communication: a review of the literature. *Social Science Medicine*. 40, 7, p.903-918.
- Otto, T. (1995). Etnografisch veldonderzoek. In: H.J.M. Hüttner, K. Renckstorf & F. Wester (red.). *Onderzoekstypen in de communicatiewetenschap*. Houten/ Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Oomkes, F.R. (2000). *Communicatieleer. Een inleiding*. Amsterdam/Meppel: Boom.
- Philipsen, H. (1988). *Gezondheidszorg als project en bejegening. Waarden ten aanzien van ziekte, gezondheid en samenleving*. Rijksuniversiteit Limburg.
- Pope, C. (2005). Conducting ethnography in medical settings. *Medical Education*, 39, 1180-1187.
- Spradlin, W.W. & P.B. Porterfield (1979). *Human bio sociology: from cell to culture*. New York: Springer-Verlag.
- Roter, D.L. & J.A. Hall (1992). *Doctors talking with patients, patients talking with doctors*. Westport: Auburn House.
- Roter, D.L. (1989). Which facets of communication have strong effects on outcome – in meta-analysis. In: M. Stewart & D.L. Roter (red.). *Communicating with Medical Patients*. Newbury Park/London/New Delhi: Sage Publications.
- Sarangji, S. & C. Roberts (1999). *Talk, work and institutional order: discourse in medical, mediation and management settings*. Berlin: Mouton de Gruyter.
- Saville-Troike, M. (2003). *The ethnography of communication: an introduction*. Malden: Blackwell Publishing.
- Schiffrin, D. (1994). *Approaches to discourse*. Oxford: Blackwell.
- Schwartzman, H.B. (1989). *The meeting. Gatherings in organizations and communities*. New York/London: Plenum Press.
- Searle, J. (1975) Indirect speech acts. In: P. Cole & J.L. Morgan (red.). *Syntax and semantics. Volume 3: Speech acts*. New York: Academic Press.
- Shimanoff, B. & D. Hymes (1980). *Communication rules: theory and research*. Beverly Hills, California: Sage Publications.

- 
- Smid, I. & H.B.M. van de Wiel (2006). *Plan van Aanpak 2006-2007. Ter verbetering van de klanttevredenheid in de Beatrix Kinderkliniek*. Niet gepubliceerd.
- Smith, C.K., E. Polis & R.R. Hadac (1981). Characteristics of the initial medical interview associated with patient satisfaction and understanding. *J. Family Practice*, 12, 283.
- Soonius, J. (2001). *Communicatie in de gezondheidszorg. Gespreksvormen bij begeleiden en vaardigheden bij collegiale samenwerking*. Soest: H. Nelissen.
- Spradley, J.P. (1980). *Participant observation*. New York/Chicago e.a.: Holt, Rinehart and Winston.
- Spradlin, W.W. & P.B. Porterfield (1980). Patient compliance from a systems perspective. In: Withersty, D.J. (red.) *Communication and compliance in a hospital setting*. Springfield, Illinois, USA: Charles C. Thomas.
- Strauss, A.L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Teleac (jaartal onbekend). *De specialist*. [DVD].
- UMCG Internet (9 maart 2007). <http://www.umcg.nl/azg/nl/patienten/5031/54229>.
- Waddington, D. (1995). Participant observation. In: C. Cassell & G. Symon (red.) *Qualitative methods in organizational research. A practical guide*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications.
- Wenger, E., R. McDermott & W.M. Snyder (2002). *Cultivating communities of practice. A guide to managing knowledge*. Boston: Harvard Business School Press.
- Wenger, A.F.Z. (1985). Learning to do a mini ethno nursing research study: a doctoral student's experience. In: M.M. Leininger (red.). *Qualitative research methods in nursing*. Orlando/New York/San Diego e.a.: Grune and Stratton, Inc.
- Werner, O. & G.M. Schoepfle (1987). *Systematic fieldwork. Volume 1: foundations of ethnography and interviewing*. Newbury Park: Sage.
- Wodak, R. (1996). *Disorders of discourse*. London/ new York: Longman.
- Wolcott, H.F. (1999). *Ethnography: a way of seeing*. Walnut Creek: Altamira Press.
- Wouda, J., H.B.M. van de Wiel & K. van Vliet (1997, 2000). *Medische communicatie: gespreksvaardigheden voor de arts*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Wouda, J., H.B.M. van de Wiel & E. Klip (1992). *De Specialistengids. Specialismen in de Gezondheidszorg*. Utrecht: Stichting Teleac.
- Weert, J.C.M. van & H.C.B. Westland (1996). *De verlossing nabij. Een onderzoek naar het tot stand komen van medisch handelen op de afdeling verloskunde van algemene ziekenhuizen*. Ongepubliceerd.



# De verpleegkundige in gesprek

*Een etnografische benadering van een medische setting*

Deel B - Bijlagen



---

Janneke Drok & Rian Marsman  
Masterscriptie Communicatie- en Informatiewetenschappen



---

## Inhoudsopgave

<i>Bijlage I</i>	<i>Uitwerkingen Speaking-model</i>	<u>3</u>
<i>Bijlage II</i>	<i>Kernpunten in de speech events</i>	<u>55</u>
<i>Bijlage III</i>	<i>Transcripten</i>	<u>65</u>
<i>Bijlage IV</i>	<i>Observatienotities Janneke</i>	<u>216</u>
<i>Bijlage V</i>	<i>Observatienotities Rian</i>	<u>246</u>
<i>Bijlage VI</i>	<i>Protocol UMCG</i>	<u>275</u>





---

## Bijlage I    Uitwerkingen Speaking-model

De onderliggende bijlage is ingericht volgens de opbouw van de gemiddelde dagindeling van de reigeverpleegkundige en de seniorverpleegkundige. De verschillende communicatieve situaties worden uitgewerkt volgens het Speaking-model. Dit model is geoperationaliseerd in paragraaf 3.4.2.5. De uitwerkingen van de modellen dienen veelal ter illustratie van de beschrijvingen van de verschillende communicatieve situaties zoals uitgewerkt in hoofdstuk 4 van deel A.

Achter de verschillende communicatieve situaties is een nummer genoteerd. Naar dit nummer wordt in deel 1 verwezen, wanneer de verschillende communicatieve situaties kort worden besproken. Binnen de verschillende speech events worden soms specifieke voorbeelden gebruikt. Deze voorbeelden zijn als volgt genummerd: jaartal.maand.dag tijd, bijvoorbeeld: 07.05.14 08.00. Deze code verwijst naar een voorbeeld van 14 mei 2007 om acht uur 's ochtends. Wanneer in deel 1 een dergelijke code wordt gebruikt, wordt daarmee verwezen naar een specifieke uitwerking van een situatie die onder deze gegevens in dit deel genoemd worden.

### Overzicht communicatieve situaties regieverpleegkundige

#### Gemiddelde dagindeling regieverpleegkundige

Een gemiddelde dag op de afdeling is volgens een bepaald verloop opgebouwd. Op basis van onze observaties kan de volgende gemiddelde dagindeling voor een regieverpleegkundige gemaakt worden:

<b>07.30</b>	Start dagdienst, start dienst regieverpleegkundige, overdracht van nachtdienst naar dagdienst ( <i>opname 11</i> )
<b>08.00</b>	Overleg met PM'ers en onderwijzer ( <i>opnamen 1 en 4</i> )
<b>08.30-09.00</b>	Algemene zaken regelen
<b>09.00</b>	Visite met artsen ( <i>opnamen 2, 3, 5 en 12</i> )
<b>10.15</b>	Op vrijdag: weekevaluatie ( <i>opname 13</i> )
<b>10.30</b>	Koffiepauze
<b>11.00</b>	Eventueel verpleegplan/patiëntenbespreking, afspraak met de zorgplanner, afspraak met de liaisonverpleegkundige
<b>12.00</b>	1 <sup>e</sup> pauze
<b>12.30</b>	2 <sup>e</sup> pauze
<b>12.00- 14.00</b>	E-mail afhandelen, zaken regelen, eventueel bijspringen in de zorg indien nodig, rondje met vragen voor de arts verzamelen en inleveren bij de artskamer
<b>13.30</b>	Eén keer in de maand op dinsdag: Multidisciplinair Overleg ( <i>opname 9</i> )
<b>13.30</b>	Op donderdag: Psychosociaal overleg, mits daar animo voor is ( <i>opname 6</i> )
<b>13.30</b>	Op donderdag, 1x per 2 weken: Overleg met Clini Clowns
<b>15.00</b>	Dossiers verzamelen en klaarleggen in de overdrachtskamer

---

voor de late dienst

15.15 Overdracht van dag- naar avonddienst (*opnamen 7 en 10*)

16.00 Eind dagdienst, eind dienst regieverpleegkundige

## **Uitwerking communicatieve situaties regieverpleegkundige volgens Speaking-model**

Op basis van de participerende observaties is een aantal vaste communicatieve situaties in het werk van regieverpleegkundigen te onderscheiden. De dag van een regieverpleegkundige begint om 07.30 met de overdracht:

<b>07.30 Overdracht van nachtdienst naar dagdienst</b>	<b>Situatie 1</b>
--	-------------------

### **Setting:**

De overdrachten van nacht- naar dagdienst vinden plaats in zowel de overdrachtskamer als de koffiekamer. In de ene kamer vindt de overdracht van de oncologiekinderen plaats en in de andere kamer die van de cardiologiekinderen. De deelnemers zitten aan een vierkante dan wel ronde tafel, waarbij de opstelling niet vastligt. Fysiek zitten de deelnemers naast of (schuin) tegenover elkaar.

### **Scene:**

De overdracht van nacht- naar dagdienst vindt plaats om 07.30 uur en duurt ongeveer een half uur. Tijdens de overdracht is het de regieverpleegkundige die het gesprek structureert. De overige verpleegkundigen lopen in en uit om hun patiënten over te dragen aan de verpleegkundigen van de komende dienst. Elke verpleegkundige uit de nachtdienst bespreekt in de overdracht zijn/haar patiënten, hun toestand en het verloop van de nacht. De verpleegkundige van de nachtdienst noemt een aantal patiënten op, de verpleegkundige die in de volgende dienst verantwoordelijk is voor dezelfde patiënten geeft dit aan. De patiëntengegevens worden overgedragen.

### **Participants:**

De deelnemers aan deze communicatieve situatie die 'overdracht' genoemd wordt, zijn: de regieverpleegkundige, de senior verpleegkundige en verschillende andere verpleegkundigen die in en uit lopen.

Deelnemende hoorders zijn degenen die informatie uitwisselen over de verlopen dienst. De geratificeerde afluisteraars zijn de verpleegkundigen die wel in de kamer aanwezig zijn, maar niet deelnemen aan het gesprek.

### **Ends:**

Het doel van de situatie is de dienstdoende verpleegkundigen op de hoogte brengen van het verloop van de nachtdienst en de toestanden van de kinderen. Ook eventuele bijzonderheden worden besproken tijdens de overdracht. Met de resultaten kunnen de verpleegkundigen die de dienst ingaan, inspelen op wat zij voor hun kinderen moeten doen. Het communicatieve doel van de situatie is informeren: de collega's van de nieuwe dienst wordt kennis bijgebracht over de patiënten en hun toestanden.

### **Act sequence:**

De initiator binnen het gesprek is de verpleegkundige die verslag doet. Hij/zij draagt daarmee het kind als het ware over aan de nieuwe dienstdoende verpleegkundige. De regieverpleegkundige kan aanvullende vragen stellen.

Tijdens een overdracht zijn de communicatieve handelingen vanuit het oogpunt van de regieverpleegkundige: vaststellen welke verpleegkundigen voor welke patiënten zorgen, bijzonderheden

---

die tijdens de overdracht naar voren komen over patiënten noteren in de lanlel, het rooster voor de komende avond, nacht en dag maken, het maken van een opname planning, piepernummers uitdelen en het vaststellen van de volgorde voor de visite. De regieverpleegkundige benoemt ook de maatjes: alle dienstdoende verpleegkundigen worden in tweetallen verdeeld. De tweetallen kunnen elkaar assisteren indien nodig en nemen elkaars patiënten over tijdens pauzes.

**Key:**

De toon van de communicatie is in principe serieus, wanneer het over de patiënten gaat. Toch worden soms ook grapjes gemaakt over patiënten of over bepaalde voorvallen met patiënten of met ouders. De overdracht bleek echter ook een moment van sociale praatjes tussen de verpleegkundigen. Met name voorafgaand aan de overdracht hielden de verpleegkundigen privégesprekken met elkaar. In dat geval was de toon vaak grappig/ontspannen. De deelnemers stemden de toon van de communicatie over het algemeen op elkaar af.

Tijdens één van de overdrachten lagen er twee overlijdenskaartjes op tafel van patiënten die op M2 hadden gelegen. Bij het zien hiervan was de toon van de verpleegkundigen medelevend van aard.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal dat bij de overdracht wordt gebruikt, is mondeling (face-to-face) en schriftelijk, in de vorm van een aantal documenten, die nu worden toegelicht.

Tijdens de overdracht wordt een aantal schriftelijke documenten ingezet. Ten eerste zijn dit de dossiers. Hierin houden de verpleegkundigen bij hoe het met de patiënt gaat, wat er zoal met het kind gebeurd of gedaan is. Deze dossiers zijn ook ter inzage voor de ouders. Daarom is de verslaglegging in de dossiers erg belangrijk:

Seniorverpleegkundige tegen verpleegkundige: *‘Zou jij dit eens willen lezen? Kan deze woordkeuze zo of zou dit botsen met de ouders?’*

De dossiers bevatten rode mappen. Deze mappen gaan mee naar de visites en worden meegenomen naar de patiënten bij de controlerondes. De mappen bevatten lijsten waarop wordt bijgehouden wat er zoal in- en uitgescheiden wordt bij de patiënt, zoals poep, plas en braaksel. Ook wordt bijgehouden wat temperatuur, gewicht, pols, hartslag en vochtbalans zijn. De lijsten worden tempelijsten genoemd.

Een ander schriftelijk document is de lanlel (lange lijst). Deze documenten worden voordat de dienst begint, uitgeprint en uitgedeeld aan alle medewerkers op de afdeling. Op deze lijst staan de namen, geboortedata, specialismen en kamernummers van alle patiënten die op dat moment op de afdeling liggen. Tijdens de overdracht maken de verpleegkundigen hierop aantekeningen over hun patiënten. Ook eventuele bijzonderheden worden genoteerd achter de naam van de betreffende patiënt. De piepernummers van alle verpleegkundigen worden ook op de lanlel genoteerd. De lanlel bevat zodoende allerlei informatie en vormt daarom een belangrijk document dat de verpleegkundigen de hele dag bij zich dragen.

Het Rondje Bijzonderheden (kortweg: rondje) is een schriftelijk document waarop eventuele bijzonderheden per patiënt genoteerd worden. Ook kunnen verpleegkundigen die vragen hebben deze hierop noteren. Alle vragen worden in dit document verzameld en de regieverpleegkundige legt het rondje voor aan de arts. Op deze manier wordt hij/zij niet de hele dag met vragen bestookt. De arts noteert de antwoorden op de vragen in het rondje, en deze wordt teruggebracht naar de afdeling (het rondje heeft geen vaste plek). De verpleegkundigen kunnen later het rondje weer inkijken en zo een antwoord krijgen op hun vragen.

Een laatste schriftelijke document is de Consultaanvraag Pedagogisch Medewerker. Wanneer er geplande opnames zijn, wordt dit formulier standaard ingevuld. Het is een aanvraag voor een consult met de

---

PM'ers. Wanneer een kind voor het eerst op de afdeling komt, wordt een afspraak gemaakt met een PM'er en het kind, zodat het kind vast kennis kan maken met de PM'ers en de afdeling.

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over een patiënt gaat, en speels wanneer het gesprek niet-werk gerelateerd was.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op zowel mondelinge informatie als schriftelijke informatie uit de documenten, zoals die bij 'Instrumentalities' zijn behandeld.

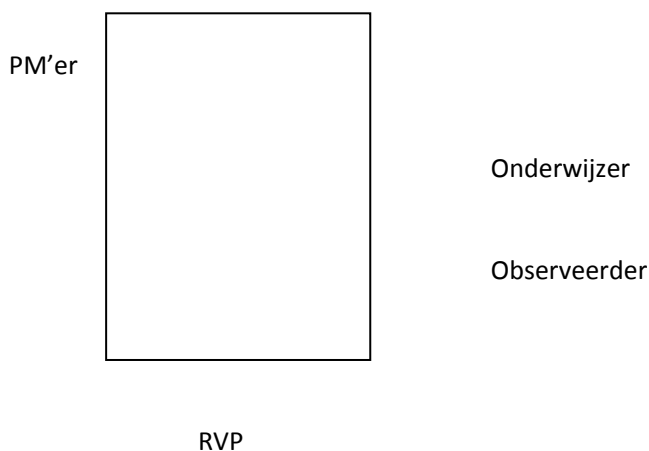
<b>08.00 Overleg met PM'ers en onderwijzer</b>	<b>Situatie 2</b>
--	-------------------

Het gesprek vindt plaats in de overdrachtskamer, aansluitend op de overdracht. De regieverpleegkundige is dan nog in de kamer aanwezig, de overige deelnemers komen op eigen gelegenheid naar de kamer toe. Tijdens het overleg met PM'er en onderwijzer komt elke patiënt op de afdeling aan bod. Per patiënt wordt aangegeven om wie het gaat: naam, leeftijd, aandoeningen, en of de deelnemers al eerder met de patiënt te maken hebben gehad. Voor elke patiënt wordt bepaald of en welk soort onderwijs of pedagogische hulpverlening hij/zij nodig heeft. Soms wordt besloten dat zowel onderwijzer als PM'er geen bemoeienis met het kind heeft, omdat het kind bijvoorbeeld te klein of te ziek is. Andere keren wordt overeengekomen dat het kind bijvoorbeeld extra ondersteuning in het onderwijs nodig heeft. Dit is dan een taak voor de onderwijzer. Wanneer de kinderen specifieke eigenschappen hebben waarmee rekening gehouden moet worden, geeft de regieverpleegkundige dit aan, zoals bij een jongen die heel stoer en hard voor zichzelf is. De regieverpleegkundige zegt dat de jongen om die redenen niet overvraagd moet worden, omdat hij zelf zijn grenzen niet snel zal aangeven. Zo worden alle patiënten besproken en wordt bekeken wat zij nodig hebben op het gebied van onderwijs en pedagogische hulpverlening.

Het doel van de communicatieve situatie is het informeren door de regieverpleegkundige. De regieverpleegkundige draagt één voor één de patiënten voor en vertelt daarbij wat de patiënt mankeert. Ook controleert de regieverpleegkundige of de onderwijzer en PM'er reeds bekend zijn met de patiënten.

**Setting:**

De communicatie vindt plaats in de overdrachtskamer. De deelnemers zitten aan een langwerpige tafel. Fysiek zitten de deelnemers naast of (schuin) tegenover elkaar. De opstelling is als volgt:



---

**Scene:**

Het gesprek vindt plaats van 08.10 tot 08.30 uur. De regieverpleegkundige is al aanwezig in de kamer, omdat dit overleg direct na de overdracht plaatsvindt. De overige deelnemers komen naar de overdrachtskamer toe.

**Participants:**

De deelnemers aan deze communicatieve situatie zijn: de regieverpleegkundige, één of meerdere PM'ers en de onderwijzer. De regieverpleegkundige leidt het gesprek, de overigen stellen aanvullende vragen of geven toevoegingen op dat wat gezegd is, maar hebben verder geen inbreng binnen het gesprek. De deelnemers zijn allemaal deelnemende sprekers/hoorders, maar de regieverpleegkundige is gedeeltelijk ook author. Hij/zij geeft namelijk de visies over patiënten weer zoals collega's die geformuleerd hebben.

**Ends:**

Het doel van deze communicatieve situatie is het informeren, omdat de onderwijzer en de PM'er tijdens deze situatie op de hoogte gesteld worden van patiëntgegevens. Wanneer de PM'er en/of de onderwijzer bemoeienissen hebben met patiënten, wordt besproken wat het plan met de patiënt is. De PM'er en onderwijzer nemen dit mee in hun behandeling. Naast het informerende doel kent deze situatie ook een instructief gedeelte, bijvoorbeeld wanneer de regieverpleegkundige aangeeft dat de deelnemers hun handen moeten wassen bij een bepaalde patiënt.

**Act sequence:**

Per patiënt geeft de regieverpleegkundige aan om wie het gaat en noemt daarbij zaken als leeftijd, aandoening en wat de patiënt nu op de afdeling doet. Dan vraagt de regieverpleegkundige of de PM'ers en de onderwijzer al eerder met de patiënt te maken hebben gehad. Er worden verder geen plannen besproken met betrekking tot pedagogische hulp of onderwijs, dat wordt overgelaten aan de PM'ers en onderwijzer zelf.

**Key:**

De toon van de communicatie is serieus, maar tussendoor ook minder serieus en ontspannen. Het volgende voorbeeld geeft aan hoe deze afwisseling kan verlopen:

1. PM'er        allemaal Leiden kindjes ja
2. RVP:        ja, heel veel
3. PM'er:     ja
4.             Ja allemaal
5. VP:        het wordt weer een kale boel
6. RVP:        Het wordt weer euh, ja gauw een vol Groningen
7. PM'er:     dat was een tijdje geleden ook he?
8. PM'er:     groningen ja
9. OND:       de gang groningen ja, haha
10. RVP:       Patiënt M, infant ALL, nou die is denk ik te jong voor jullie,
11.             misschien dat jullie wel betrokken zijn geweest?
12. PM'er:     wij zijn wel betrokken

Overleg PM'ers en onderwijzer, 7 mei

In regel 5 geeft een verpleegkundige aan dat het een kale boel wordt op de afdeling. Vanaf hier vindt een omslag plaats naar een minder serieuze toon binnen het gesprek. In regel 9 maakt de onderwijzer een grapje. In regel 10 is het de regieverpleegkundige die de serieuze toon weer oppakt door een volgende patiënt te introduceren. Meer over de afwisseling tussen serieus en minder serieus taalgebruik volgt verderop in deze bijlage.

---

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal dat bij de besprekingen gebruikt wordt, is mondeling (face-to-face) en schriftelijk, in de vorm van de aantekeningen die de deelnemers maken op hun lanl.

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over een patiënt gaat, en speels wanneer het gesprek niet-werk gerelateerd was.

Ook is het tijdens dit overleg mogelijk om empathie jegens patiënten te uiten, zoals bij een patiënt over wie de PM'er vraagt: 'Is [naam patiënt] naar huis?'. De regieverpleegkundige antwoordt: 'Ja, gelukkig wel, dat gun ik hem meer dan dat'.

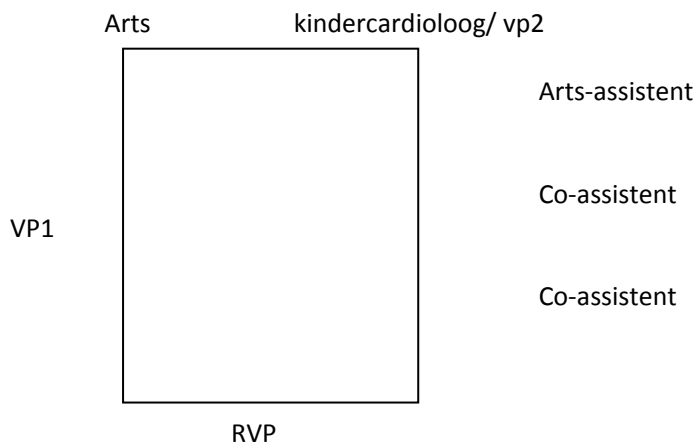
Het overleg met PM'ers en onderwijzer dient ook als een moment om dingen met elkaar te bespreken. Zo bespreken de aanwezigen met elkaar of ze vinden dat jonge patiënten ook stressreductie nodig hebben. De PM'er zegt dat dat soms ook voor de ouders nodig is, en niet eens zozeer voor de kinderen.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie en schriftelijke informatie uit de dossiers.

**09.00 Visite met artsen****Situatie 3****Setting:**

De communicatie vindt plaats in de overdrachtskamer of in de koffiekamer. Dit is afhankelijk van het specialisme van de betreffende artsen: in de overdrachtskamer vindt de visite voor de oncologiekinderen plaats en in de koffiekamer de visite voor de cardiologiekinderen. De deelnemers zitten in het geval van het specialisme cardiologie aan een langwerpige tafel. De opstelling is als volgt:

**Scene:**

De communicatieve situatie vindt plaats om 09.00 uur. Het gesprek duurt ten minste drie kwartier, maar in sommige gevallen langer, wanneer in de visite veel te bespreken is of wanneer er uitgebreide discussies plaatsvinden tijdens de visite.

Tijdens de visite zijn de arts, arts-assistent, co-assistent en regieverpleegkundige al aanwezig in de overdrachtskamer of koffiekamer, afhankelijk van het specialisme. De regieverpleegkundige piept een verpleegkundige op om door te geven dat de visite klaar voor hem/haar is. Dit is voor de betreffende verpleegkundige het sein om zijn/haar pieper af te geven aan het maatje, een collega die op dat moment de verantwoordelijkheid voor de patiënten van deze verpleegkundige op zich neemt. Vervolgens komt de verpleegkundige de overdrachtskamer binnen. De verpleegkundige neemt als het ware plaats tegenover een groep van deskundigen en doet verslag van zijn/haar patiënten.

---

Het gesprek wordt gestructureerd door zowel de verpleegkundigen die om beurten binnen komen, als de arts-assistent. De arts-assistent stelt vragen over de patiënt. Vervolgens beslist de arts-assistent in samenwerking met de supervisor over onder andere de medicatie van de patiënt. De arts-assistent vult de schriftelijke informatie in het dossier aan en werkt de gegevens van de patiënten bij in de computer.

**Participants:**

Deelnemers in deze communicatieve situatie zijn de kinderarts, de arts-assistent, de regieverpleegkundige, de verpleegkundige die visite komt lopen en één of twee co-assistenten. Co-assistenten zijn over het algemeen geen actieve sprekers in het gesprek, meestal luisteren zij slechts naar wat er gezegd wordt. Daarmee zijn ze te typeren als niet-deelnemende hoorders. De overige deelnemers zijn alle deelnemende sprekers/hoorders.

Tijdens de visite heeft de regieverpleegkundige onder andere een controlerende rol. Dat blijkt uit een voorbeeld van 25 mei: over een patiënt wordt een verandering in de sondevoeding besproken. De regieverpleegkundige zegt tegen de verpleegkundige: *'Schrijf jij dat even duidelijk op?'*. De regieverpleegkundige controleert hiermee of de informatie goed opgeschreven wordt.

De rol van de arts als supervisor is een belangrijke tijdens de visite. De arts-assistent doet in principe het woord, maar soms bemoeit de supervisor zich ermee en neemt de leiding, zoals in het volgende voorbeeld:

*(Opname 3)*

1. Aa: [...] Hoe is het met haar?
2. Vp1: Nou voor de rest eh gaat het wel eh redelijk met haar. 't Gaat een
3. beetje op en neer wat ik zo lees uit de rapportage qua stemmingen
4. enzo ook. Maar vanochtend had ze de goede pruik op. Begin van de
5. nacht wel weer wakker gelegen, dan kan ze niet slapen, daarna is ze
6. wel in slaap gevallen.
7. Aa: Drinkt ze wel een beetje? Dat ze niet vastloopt he
8. Vp1: Ja nou, volgens die lijst heeft ze 600 gedronken gister, maar ze
9. eet wel eh behoorlijk hoor.
10. Aa: Ja
11. Vp1: Beschuiten, rijstwafels, broodjes ze heeft nu ook alweer twee
12. broodjes op en een rijstwafel
13. Rvp: Dat gaat werken, ja [lacht]
14. Aa: Vochtbalans. Oh dat is niet uitgerekend
15. A: Poept ze nog?
16. Aa: Gister vraagteken en daarvoor twee keer, een keer
17. A: Das niet zoveel dus he?
18. Aa: Nou dat ligt eraan wat het vraagteken is. Anders zou ze nu een dag
19. niet gepoept hebben. En anders twee keer, een keer
20. Vp1: Volgens mij..
21. Aa: En anders een keer vraagteken. Ik weet niet of jij daar nog
22. aanvullende informatie over had
23. Vp1: Nou wat ik hier het laatste terug kan vinden is de eh vijfde
24. Aa: Nee de zesde ook nog twee keer staat hier
25. Vp1: Ze heeft wel twee keer flink gespuugd de zesde. 'k Weet niet of dat
26. die twee keer is



- 
27. Aa: Oh. 't Is dat ik nog  
28. A: He  
29. Vp1: Zie, maag  
30. Aa: Ok  
31. Vp1: Zie je, maagproductie  
32. Aa: En hier staat een streepje, ok  
33. Vp1: Bij gister staat ook eh  
34. Aa: Dus dan...  
35. A: Daar moeten we dus wel aan denken, want die loopt zo vast als een  
36. huis  
37. Aa: Waarom, want ze krijgt nog helemaal geen Vinchristine of zo nu toch  
38. A: Maar van de Pretnison  
39. Aa: Ga je daarvan vastlopen?  
40. A: Veel eten, en ja  
41. Aa: Ja?  
42. A: Ja  
43. Rvp: Forlax  
44. Aa: Beetje Forlax?  
45. A: Ja dat zou 'k maar doen. Je kan beter ook maar een beetje op tijd  
46. beginnen want toen die [naam patiënt] hebben we hier weer beneden  
47. gehad, nou die kon zowat gespoeld worden eh... das wel zonde he, want  
48. dan zeggen die ouders ook heel goedbedoeld 't kind heeft al twee  
49. dagen niet gepoept dus so what  
50. Aa: Ja  
51. Vp1: Ja, ik zal 't ook even eh navragen hoor  
52. A: En tis wel een groot probleem eh en tis ook wel heel naar  
53. Vp1: Goed  
54. A: 't Voelt ook heel naar hoor

Visite, 9 mei

In dit voorbeeld heeft de supervisor (A) zich nog niet in het gesprek gemengd. Van zin 1 tot en met zin 14 zijn het de verpleegkundige en de arts-assistent die het gesprek voeren. In zin 15 komt ineens de A er tussendoor: *'Poept ze nog?'*. Met alle vervolgingen van de A komt diens controlerende rol naar voren. Uit bijvoorbeeld de uiting in zin 45 *'Dat zou 'k maar doen'* blijkt de superviserende rol van de A. Ook in zin 54 treedt de A duidelijk op als supervisor, vooral door *'[...] hoor'* toe te voegen aan de uiting.

### **Ends:**

Het communicatieve doel van de visite is informeren en instrueren, zoals in zin 45 van het voorbeeld hierboven. Daarnaast is de visite te bestempelen als een overlegmoment: verpleegkundigen kunnen eventuele vragen aan de artsen stellen en zij kunnen op dit moment ook vragen van de ouders doorspelen aan de artsen.

Het bovenstaande transcript is een voorbeeld waarbij het doel ook overtuigen is, door de uitingen van de supervisor in bijvoorbeeld 35, 36, 52 en 54.

### **Act sequence:**

De visite verloopt normaal gesproken volgens een bepaalde structuur. Om deze te handhaven is in de overdrachtskamer een papier op de muur geplakt met daarop de structuur zoals vastgelegd voor de visite:

- 
- Introductie door verpleging
    - Naam patiënt
    - Leeftijd
    - Opname indicatie
    - Diagnose/ nevendiagnose
  - Hoe gaat het met patiënt?
  - Actuele problemen
  - Temp.lijst aan arts
  - Arts neemt over en gaat volgende punten langs:
    - Observatie parameters (HA/ AA/ RR/ O2/ gewicht)
    - Inname patroon (vocht/ infuus/ medicatie)
    - Uitscheidingspatroon (diurise/ def./ braken/ wanrprod./ VB)
    - Ontwikkelingspatroon (slaap/ gedrag/ pijn / angst)
    - Sociaal (ouders/ gesprekken/ verwachtingen)
    - Beleid (medicatie/ onderzoeken/ voorbereiding ontslag)

Onderstaand gesprek geeft een deel van deze structuur weer:

1. Aa: [begint gesprek] wie hebben we?
2. Svp: [draagt eerste patiënt aan, geeft aan dat er geen bijzonderheden
3. zijn]
4. Aa: dan wil ik t hier ook bij laten, gezien de tijd
5. Svp: en dan heb ik nog [naam volgende patiënt]
6. Aa: dus zijn spiegel moet nog vanmiddag en dan mag ie naar huis?
7. Svp: ja inderdaad
8. Aa: [noteert gegevens]
9. Svp: en dan heb ik nog patiënt X [geeft patiëntgegevens]
10. Aa: wat krijgt hij verder voor medicatie?
11. Svp: [geeft informatie over medicatie]
12. Aa: [geeft aan wat hier veranderd aan kan worden]
13. wat krijgt hij aan eterij?
14. Svp: [geeft dit door]
15. Aa: en hij spuugt niet?
16. Svp: nee hij is net met een flesje begonnen en dat gaat goed
17. Aa: [noteert beslissingen op groene lijst. Geeft daarbij ook aan dat
18. ze eerst maar even moeten kijken hoe t zo gaat en dat ze niet
19. teveel moeten veranderen natuurlijk (de patiënt komt namelijk
20. net van een andere afdeling af)]

Zoals uit dit voorbeeld blijkt, start de arts-assistent het gesprek en stelt over het algemeen open vragen. De vragen zijn gesloten wanneer bepaalde zaken afgebakend moeten worden. De arts-assistent vraagt de tempelijst van de verpleegkundige en kijkt deze in. Vervolgens neemt de verpleegkundige het woord en doet verslag van de toestand van de patiënt. Wanneer alle patiënten van een verpleegkundige besproken zijn, kan de volgende verpleegkundige de visite in. Deze wordt van te voren opgeroepen voor de visite. Dit gebeurt over het algemeen door de regieverpleegkundige.

---

**Key:**

De toon van de communicatie is over het algemeen serieus, maar ook ontspannen.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal dat bij de bespreking wordt gebruikt, is mondeling (face-to-face) en schriftelijk, in de vorm van de artsenstatussen, de templistjes, de patiëntendossiers en de lanellen.

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over een patiënt gaat, en speels wanneer het gesprek niet-werk gerelateerd was.

Een opvallend punt met betrekking tot de normen is dat er tijdens veel visites discussies optreden tussen de arts en arts-assistent onderling, zoals in zin 35 tot en met zin 50 van het hiervoor besproken voorbeeld. De arts en arts-assistent mengen zich niet met de andere deelnemers, maar starten onderling een gesprek over de medicatie van de patiënt. Dit wordt door de andere deelnemers geaccepteerd, want niemand onderbreekt hen. Blijkbaar is er tijdens de visite ruimte voor dit soort gesprekken.

Tijdens de visite is het de arts of arts-assistent die bepaalt of een patiënt naar huis mag. Beslissingen rondom medicatie worden alleen door de arts of arts-assistent aangevuld in de dossiers.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op zowel mondelinge als schriftelijke informatie.

<b>10.15 Op vrijdag: weekevaluatie</b>	<b>Situatie 4</b>
--	-------------------

**Setting:**

De evaluatie vindt plaats in de overdrachtskamer. De deelnemers zitten naast of (schuin) tegenover elkaar aan tafel.

**Scene:**

Een vrijdagmorgen om 10.15, na afloop van de visite, op initiatief van de regieverpleegkundige. De evaluatie duurt een kleine tien minuten. De deelnemers aan de evaluatie zijn allen nog aanwezig in de overdrachtskamer, want zij zijn daar blijven zitten nadat de visite is afgelopen. De regieverpleegkundige structureert het gesprek.

**Participants:**

De deelnemers zijn twee arts-assistenten, de supervisor, een co-assistent en de regieverpleegkundige zelf. Allen zijn ze deelnemende hoorders. De regieverpleegkundige initieert tijdens het gesprek.

**Ends:**

Deze groep mensen evalueert normaal gesproken altijd aan het eind van de week. Het doel is om te informeren hoe de week voor iedereen is verlopen, en om de samenwerking tussen de verschillende disciplines te evalueren.

**Act sequence:**

De regieverpleegkundige vraagt aan de twee arts-assistenten, de supervisor en de co-assistent hoe hun week was, en vertelt vervolgens hoe de eigen week was. Verder complimenteert zij de groep met de prettige samenwerking, ook toen eerder die week een patiënt acuut geopereerd moest worden. Ook toen heeft de regieverpleegkundige een goede samenwerking in het team geconstateerd:

---

*(Opname 13)*

1. Rvp: Ok. Voor mij was het ook een beetje een rommelige week, want ik  
2. heb een dag gewerkt een dag vrij een dag werken een dag vrij  
3. Aa1: Oh ja  
4. Rvp: Dus 't was eh, nou ja. Dusse, aan de andere kant ook wel een  
5. stukje continuïteit dus nou eh, ja. Maar eh, nou op zich was 't  
6. een prima week, ook eh, prettige samenwerking met jullie ook. Op  
7. een gegeven moment met [naam patiënt] enzo, ook eh... Ja gewoon  
8. goed opgepakt, vind ik toch  
9. Aa1: Ja  
10. Rvp: Ook eh hectiek  
11. Aa1: Ja  
12. Rvp: Voor jullie  
13. Aa1: Met [naam patiënt]. Dat ie geopereerd werd  
14. [...]  
15. Rvp: Nee maar dat was wel grappig want dat werd gewoon heel mooi goed  
16. opgepakt en dat merkten ze ook aan alle kanten en wij hadden ook  
17. de verpleegkundige [...] vrij  
18. Aa1: Ja, precies  
19. Rvp: Dus dat was gewoon heel erg mooi eigenlijk en dat was op dat  
20. moment wel heel erg nodig eigenlijk he  
21. A: Ja, [onduidelijk]  
22. Aa1: Ja want jullie hadden ook 's ochtends meteen, dan zei X [naam  
23. vp], X was het geloof ik he  
24. Rvp: Ja  
25. Aa1: Die had drie patiënten en meteen werden die twee overgenomen  
26. door anderen  
27. Rvp: Ja precies  
28. Aa1: Dus zij heeft zich ook fulltime met hem bezig kunnen houden  
29. Rvp: Ja  
30. Aa1: Dus dat was ideaal  
31. Rvp: Dat was een goeie samenwerking ja. Iedereen die zag het ook  
32. gelukkig dat dat ook even zo moest  
33. Aa1: Ja, ja  
34. Aa2: Ja

Evaluatie, 25 mei

**Key:**

De toon van de communicatie is ontspannen, zo wordt er af en toe gelachen. Daarnaast is de toon ook serieus.

**Instrumentalities:**

Communicatiekanalen zijn mondeling (face-to-face).

---

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de samenwerking gaat. Dit wordt echter wel op een luchtige manier besproken.

**Genre:**

Werkoverleg, het gesprek is voornamelijk georiënteerd op mondelinge informatie.

<b>11.00 Afspraak met de liaisonverpleegkundige</b>	<b>Situatie 5</b>
---	-------------------

Zodra een patiënt naar huis mag en thuis medische hulpmiddelen nodig heeft, wordt de liaisonverpleegkundige ingeschakeld om ervoor te zorgen dat de patiënt de medische hulpmiddelen ergens kan ophalen en mee naar huis kan nemen. De regieverpleegkundige en de liaisonverpleegkundige hebben op dat moment overleg om te bepalen wie welke hulpmiddelen nodig heeft. Zij zijn dan ook de enige twee deelnemers aan dit gesprek. Het doel van deze communicatieve situatie is 'informer'. De regieverpleegkundige stelt de liaisonverpleegkundige van bepaalde informatie op de hoogte.

**Setting:**

Het gesprek met de liaisonverpleegkundige vindt plaats in de regiekamer. De deelnemers zitten of staan in de kamer, naast of (schuin) tegenover elkaar.

**Scene:**

Het gesprek met de liaisonverpleegkundige vindt plaats op wisselende momenten. Zodra een patiënt naar huis mag en thuis medische hulpmiddelen nodig heeft, wordt de liaisonverpleegkundige ingeschakeld om ervoor te zorgen dat de patiënt de medische hulpmiddelen ergens kan ophalen en mee naar huis kan nemen. De regieverpleegkundige en de liaisonverpleegkundige hebben op dat moment overleg om te bepalen wie welke hulpmiddelen nodig heeft.

**Participants:**

De deelnemers aan dit gesprek zijn de regieverpleegkundige en de liaisonverpleegkundige. Beide zijn zij deelnemende sprekers/hoorders.

**Ends:**

Het doel van de communicatie is 'informer'. Patiënten die naar huis gaan worden besproken, ook de benodigdheden die de patiënten hiervoor moeten hebben worden besproken. De regieverpleegkundige en de liaisonverpleegkundige overleggen welke thuishulpmiddelen benodigd zijn voor de patiënten.

**Act sequence:**

De liaisonverpleegkundige vraagt wie er naar huis gaan en wat ze daarvoor nodig hebben, de regieverpleegkundige geeft antwoord. Samen bespreken ze de patiënten die naar huis gaan.

**Key:**

De toon van de communicatie is ontspannen, doch serieus.

**Instrumentalities:**

De communicatiekanalen zijn mondeling (face-to-face).

**Normen:**

Beide deelnemers zijn over het algemeen serieus tijdens het gesprek.

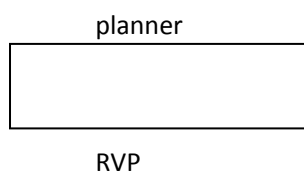
**Genre:**

Werkoverleg, de gesprekken zijn voornamelijk op mondelinge informatie georiënteerd.

De afspraak met de zorgplanner vindt plaats op de kamer van de planner op de eerste verdieping in het ziekenhuis. De regieverpleegkundige gaat hier een aantal keer per week naar toe om de planning van de afdeling te bespreken. De regieverpleegkundige geeft aan de planner door welke patiënten er die dag naar huis mogen en welke patiënten verwacht worden op de afdeling. Samen met de planner wordt bekeken welke bedden er beschikbaar zijn op de afdeling. De bedden worden vervolgens ingedeeld en de planner past de indeling aan. Hierna vertrekt de regieverpleegkundige weer naar de eigen afdeling. De nieuwe indeling wordt ook doorgegeven aan de artsen, zodat zij in geval van spoed op de hoogte zijn van de bedindeling. Het doel van deze communicatieve situatie is informeren.

**Setting:**

De communicatie vindt plaats in de kamer van de planning op de eerste verdieping. De deelnemers zitten tegenover elkaar aan een tafel. De opstelling is als volgt:

**Scene:**

Het gesprek vindt plaats om 11.30 uur en wordt gestructureerd door de regieverpleegkundige. De planner is al op de kamer aanwezig, de regieverpleegkundige komt naar deze kamer toe. Hiervoor hoeft hij/zij geen afspraak te maken; de afspraak met de plannen gebeurt routinematig en op vaste momenten, waardoor beide deelnemers van de afspraak op de hoogte zijn.

**Participants:**

De deelnemers aan deze communicatieve situatie zijn: de planner en de regieverpleegkundige. Beiden zijn deelnemende sprekers/hoorders.

**Ends:**

Het doel van deze situatie is te informeren, door vast te stellen welke bedden er vrij zijn, zodat duidelijk is wie waar kan liggen bij een eventuele op- of overname.

**Act sequence:**

De regieverpleegkundige is degene die initieert binnen het gesprek. De opeenvolgende communicatieve handelingen zijn als volgt: de deelnemers groeten elkaar, de regieverpleegkundige neemt plaats en geeft aan de hand van de informatie op zijn/haar lanlel aan wie er die dag naar huis mogen. Ook geeft de regieverpleegkundige door welke patiënten verwacht worden. De planner kijkt in haar agenda en schuift met de indeling van de bedden. Samen wordt gekeken hoeveel bedden er nog leeg staan, dit in verband met mogelijke opnames die dag. Wanneer de afdeling vol is, maar er wel nieuwe patiënten geplaatst moeten worden, worden sommige patiënten tijdelijk op een andere afdeling gelegd. Wanneer de patiënt later alsnog op de juiste afdeling geplaatst kan worden, verandert de planner dit in de agenda en koppelt de informatie terug naar de regieverpleegkundige.

**Key:**

De toon van de communicatie is serieus.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal dat bij de bespreking werd gebruikt, was mondeling (face-to-face) en schriftelijk (de planning wordt bijgehouden in een agenda).

---

**Normen:**

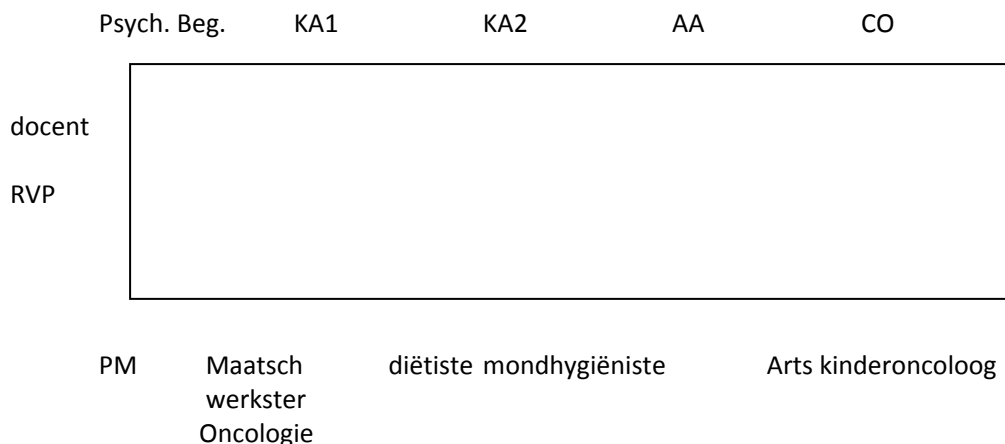
Beide deelnemers zijn over het algemeen serieus tijdens het gesprek.

**Genre:**

De gesprekken zijn voornamelijk georiënteerd op mondelinge informatie.

**13.30 Op dinsdag: Multidisciplinair Overleg****Situatie 7****Setting:**

Het Multidisciplinair Overleg (MDO) vindt plaats in een onderwijsruimte in het ziekenhuis.

**Scene:**

Het MDO vindt één keer in de maand plaats op een dinsdagmiddag, tijdstip: 13.30. De deelnemers komen op eigen gelegenheid naar deze kamer en nemen daar plaats aan de tafel. Wanneer iedereen aanwezig is, kan het MDO beginnen.

**Participants:**

De aanwezigen tijdens een MDO zijn de regieverpleegkundige, een onderwijzer, iemand van psychosociale begeleiding, twee kinderoncologen, een arts-assistent, een co-assistent, een PM'er, een maatschappelijk werkster, een mondhygiëniste en een diëtiste. De co-assistent neemt geen deel aan het gesprek, evenals de psychosociale begeleider. Zij zijn geratificeerde luisteraars. De rest is deelnemende spreker/hoorder.

De maatschappelijk werkster doet voornamelijk het woord. Zij brengt de patiënten in en legt hun situatie uit. De andere disciplines (voornamelijk de regieverpleegkundige, de arts-assistent en de kinderartsen) vullen aan. Samen praten zij over de casussen. Wanneer een patiënt is ingebracht door de maatschappelijk werkster, vult de kinderarts de informatie over de patiënt op medisch niveau aan. Soms brengt een kinderarts zelf een patiënt in.

**Ends:**

Deze groep mensen heeft multidisciplinair overleg over een aantal patiënten van de afdeling. Het MDO is vooral bedoeld voor het interdisciplinair bespreken van patiënten waar bepaalde problemen mee zijn. Dit kunnen gedragsproblemen zijn, problemen in de thuissituatie, problemen met leren, enzovoorts. De aanwezigen kunnen zelf inbrengen wie zij willen bespreken. Het communicatieve doel van de situatie is informeren en instrueren, zoals bij een bepaalde patiënt waarbij de maatschappelijk werkster aan de arts aangeeft dat het bij deze patiënt raadzaam is om te vragen 'Kan ik nog wat voor je doen?'. De verpleegkundige van de vorige dag had dit gedaan bij de patiënt en kon op die manier inderdaad contact leggen.

---

**Act sequence:**

De communicatieve handelingen binnen het MDO zijn als volgt gestructureerd:

1. KA2: [opent gesprek]
2. KA1: [brengt volgende patiënt naar voren]
3. MW onco: [geeft uitleg over patiënt, legt probleem/ moeilijkheden uit.
4. Toon hierbij is een beetje verontrustend]
5. AA: [geeft aan dat er structuur moet zijn bij deze patiënt]
6. KA2: [stuurt gesprek op gegeven moment en draagt mogelijke oplossingen aan]
- 7.
8. K1: [introduceert volgende patiënt]
9. Docent: [geeft uitleg en neemt vervolgens leiding in het gesprek.
10. Toelichting op patiënt wordt gegeven. Docent geeft vervolgens
11. advies aan regieverpleegkundige met betrekking tot de
12. communicatie]
13. RVP: [bespreekt laatste patiënt → ik denk dat we moeten kijken hoe we
14. die aan gaan pakken]
15. KA1: nou dan hadden we t he?
16. [Iedereen staat op en bespreekt onderling nog een aantal zaken]

Multidisciplinair Overleg, 15 mei

**Key:**

De toon van de communicatie is serieus.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal dat bij de bespreking wordt gebruikt, is mondeling (face-to-face).

**Normen:**

Tijdens het MDO wordt besproken hoe culturele verschillen een rol kunnen spelen: met bijvoorbeeld Turkse ouders wordt niet gesproken over de kanker van hun kind, maar over een tumor.

**Genre:**

Het werkoverleg is voornamelijk georiënteerd op mondelinge informatie die de verschillende disciplines inbrengen, gebaseerd op schriftelijke dossiers.

<b>13.30 Op donderdag: Psychosociaal overleg</b>	<b>Situatie 8</b>
--	-------------------

**Setting:**

Het psychosociaal overleg vindt plaats op donderdag 24 mei in de artskamer. Deze kamer is van zichzelf niet groot en nu vrij vol doordat er veel mensen in zitten/staan. De meeste aanwezigen zitten, sommigen op tafel, anderen op een stoel. De anderen staan. Ze vormen min of meer een cirkel.

**Scene:**

Een psychosociaal overleg vindt in principe elke donderdagmiddag plaats, afhankelijk of er kinderen zijn die besproken moeten worden. Wanneer dit niet het geval is, komt het PSO te vervallen. Tijdens dit overleg worden patiënten besproken die psychosociale begeleiding nodig hebben, vandaag komt hier één patiënt voor in aanmerking. Het gesprek vindt plaats van 15.30 tot 15.45. In de artskamer zijn de arts-assistenten al aanwezig, de overige deelnemers komen naar de artsenkamer toe. Het gesprek wordt gestructureerd door zowel de RVP als de kinderpsychiaters, twee stuks in totaal waarvan één vooral aan het woord is. Er wordt geen schriftelijk document gebruikt.



---

**Participants:**

Aanwezig bij de communicatieve situatie zijn de regieverpleegkundige, twee arts-assistenten, een supervisor, twee co-assistenten, twee kinderpsychiaters, een onderwijzer, en een onbekend persoon (waarschijnlijk een arts). De geratificeerde luisteraars zijn een arts-assistent en de onbekende persoon. Niet-deelnemende hoorders zijn de twee co-assistenten, zij staan op de achtergrond. De regieverpleegkundige, de arts-assistent, de onderwijzer, de supervisor en de kinderpsychiaters spreken tegen elkaar over de patiënt. Zij zijn deelnemende sprekers/hoorders.

**Ends:**

Het psychosociaal overleg gaat over een patiënt met gedragsproblemen. Het doel van de communicatieve situatie is het bespreken van de patiënt met de kinderpsychiaters om vervolgstappen te ondernemen ten aanzien van het verbeteren van het gedrag van de patiënt, oftewel: informeren en instrueren.

**Act sequence:**

De initiatie gebeurt om en om, maar de regieverpleegkundige structureert voor het grootste deel. De regieverpleegkundige legt probleem voor, de psychiater geeft mogelijke oplossingen, regieverpleegkundige geeft aan wat ze nu al doen. De psychiater bevestigt dat ze goed bezig zijn.

**Key:**

De toon van het gesprek is serieus.

**Instrumentalities:**

De gesprekken zijn voornamelijk georiënteerd op mondelinge informatie. De communicatiekanalen zijn dan ook face-to-face.

**Normen:**

Alle deelnemers zijn over het algemeen serieus tijdens het gesprek. Tijdens het psychosociaal overleg wordt niet over privézaken gesproken.

**Genre:**

Het genre van dit gesprek is een werkoverleg.

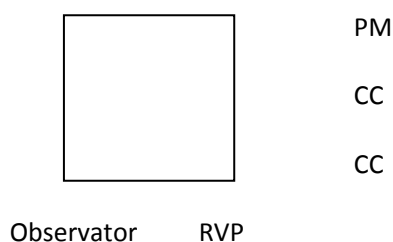
---

**13.30 Op donderdag: overleg met de Clini Clowns****Situatie 9**

Het overleg met de Clini Clowns duurt kort, ongeveer vijf minuten. Tijdens dit overleg, dat in de overdrachtskamer plaatsvindt, bespreekt de regieverpleegkundige met de twee Clini Clowns voor elk kind dat op de afdeling ligt of zij een bezoek kunnen/mogen krijgen van de Clini Clowns. De deelnemers aan deze situatie zijn de regieverpleegkundige en twee Clini Clowns. Soms zit er nog een pedagogisch medewerker bij het overleg. Het doel van de communicatieve situatie is informeren en instrueren: de regieverpleegkundige licht kort de patiënten toe en geeft instructies indien nodig. De Clini Clowns kunnen vragen stellen als ze bijvoorbeeld willen weten wat ze beter wel of niet kunnen doen bij een patiënt.

**Setting:**

De communicatie vindt plaats in de overdrachtskamer. De deelnemers zitten aan een langwerpige tafel. Binnen deze opstelling heeft de regieverpleegkundige oogcontact met alle deelnemers. De opstelling is als volgt:



---

**Scene:**

De communicatie vindt plaats om 13.50 uur. Binnen dit gesprek is het de regieverpleegkundige die het gesprek structureert. Beide Clini Clowns maken aantekeningen op hun lanel.

**Participants:**

De deelnemers in deze communicatieve situatie zijn de regieverpleegkundige, een pedagogisch medewerker en twee Clini Clowns. Alle deelnemers zijn deelnemende sprekers/hoorders. De regieverpleegkundige initieert het gesprek.

**Ends:**

Het doel van deze situatie is informeren: aan de Clini Clowns wordt duidelijk gemaakt met welke kinderen ze te maken hebben en wat ze eventueel wel of niet bij hen kunnen doen. Ook wordt vastgesteld of er ook nieuwe kinderen op de afdeling zijn die ook een bezoekje van de Clini Clowns mogen ontvangen.

**Act sequence:**

De opeenvolgende communicatieve handelingen zijn achtereenvolgens: welke patiënt wordt besproken, wat is de ziekte van de patiënt, wat is de leeftijd, is de patiënt al bekend bij de Clini Clowns. Per kind wordt bepaald of zij een bezoek kunnen/mogen krijgen van de Clini Clowns. De Clini Clowns stellen vragen ter verduidelijking: wat kunnen ze beter wel of niet doen bij de patiënt?

**Key:**

De toon van de communicatie is over het algemeen serieus.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal dat bij de bespreking werd gebruikt, was mondeling (face-to-face) en schriftelijk (de aantekeningen die de deelnemers maakten).

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over een patiënt gaat, en speels wanneer het gesprek niet-werk gerelateerd was.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op zowel mondelinge als schriftelijke informatie (respectievelijk face-to-face en informatie uit de dossiers).

<b>15.15 Overdracht van dag- naar avonddienst</b>	<b>Situatie 10</b>
---	--------------------

De overdracht van de dag- naar de avonddienst is qua communicatieve situatie hetzelfde als de overdracht van de nacht- naar de dagdienst. Daarom wordt deze overdracht niet nader uitgewerkt, maar wordt verwezen naar de overdracht zoals hiervoor uitgewerkt volgens het Speaking-model in situatie 1.

---

## Overzicht communicatieve situaties seniorverpleegkundige

### Gemiddelde dagindeling seniorverpleegkundige

Ook de dag van een seniorverpleegkundige verloopt volgens een bepaald patroon. Een gemiddelde dag voor een seniorverpleegkundige ziet er als volgt uit:

<b>07.30</b>	Start dagdienst, overdracht van nachtdienst naar dagdienst ( <i>opname 11</i> )
<b>07.45</b>	Ochtendronde
<b>08.00</b>	Medicatie geven
<b>09.00</b>	Visite met artsen ( <i>opnamen 2, 3, 5 en 12</i> )
<b>10.30</b>	Koffiepauze
<b>11.00</b>	Patiëntenverzorging
<b>12.00</b>	1 <sup>e</sup> pauze
<b>12.30</b>	2 <sup>e</sup> pauze
<b>12.00-13.00</b>	Medicatie uitdelen, kinderen gaan eten
<b>13.00-14.00</b>	Rustuur voor de kinderen, bijwerken van dossiers
<b>14.00</b>	Medicatie uitdelen en controles doen, vragen formuleren voor rondje bijzonderheden voor de arts
<b>15.00</b>	Rapportage bijwerken voor de avonddienst
<b>15.15</b>	Overdracht van dag- naar avonddienst ( <i>opnamen 7 en 10</i> )
<b>15.00-16.00</b>	Overdracht: afronden dagdienst, inlezen avonddienst
<b>15.00</b>	Dossiers doorlezen
<b>16.00</b>	Medicatie uitdelen
<b>17.00</b>	Kinderen gaan eten
<b>17.30</b>	1 <sup>e</sup> pauze
<b>18.00</b>	2 <sup>e</sup> pauze
<b>17.00-18.00</b>	Medicatie uitdelen
<b>19.00</b>	Grote lichten gaan uit, slaaptijd voor jonge kinderen
<b>20.00</b>	Medicatie uitdelen en controles uitvoeren
<b>21.00</b>	Rapportage bijwerken, koffie drinken in de verpleegpost
<b>22.00</b>	Medicatie uitdelen, uiterste slaaptijd voor grote kinderen
<b>23.00</b>	Dossiers klaarleggen voor nachtdienst
<b>23.15</b>	Overdracht van avond- naar nachtdienst ( <i>opname 8</i> )
<b>23.30</b>	Einde avonddienst, begin nachtdienst
<b>23.00-23.30</b>	Afronden avonddienst, inlezen dossiers nachtdienst
<b>07.00-07.30</b>	Afronden nachtdienst
<b>07.30</b>	Einde nachtdienst, begin dagdienst

---

## **Uitwerking communicatieve situaties seniorverpleegkundige volgens Speaking-model**

Ook de dag van een seniorverpleegkundige verloopt volgens een bepaald patroon. Een gemiddelde dag voor een seniorverpleegkundige begint met de overdracht:

<b>07.30 Overdracht van nachtdienst naar dagdienst</b>	<b>Situatie 11</b>
--	--------------------

**Setting:**

De overdrachten van nacht- naar dagdienst vinden plaats in zowel de overdrachtskamer als de koffiekamer. In de ene kamer vindt de overdracht van de cardiologiekinderen plaats en in de andere kamer die van de oncologiekinderen. De deelnemers zitten aan een vierkante dan wel ronde tafel, waarbij de opstelling niet vastligt. Fysiek zitten de deelnemers naast of tegenover elkaar.

**Scene:**

De overdracht van nacht- naar dagdienst vindt plaats om 07.30 uur. Tijdens de overdracht is het de regieverpleegkundige die het gesprek structureert.

**Participants:**

De deelnemers aan deze communicatieve situatie die 'overdracht' genoemd wordt, zijn: de regieverpleegkundige, de senior verpleegkundige en verschillende andere verpleegkundigen die in en uit lopen. Deelnemende sprekers/hoorders zijn degenen die informatie uitwisselen over de verlopen dienst. De geratificeerde afluisteraars zijn de verpleegkundigen die wel in de kamer aanwezig zijn, maar niet deelnemen aan het gesprek.

**Ends:**

Het doel van de communicatieve situatie is informeren: de dienstdoende verpleegkundigen op de hoogte brengen van het verloop van de nachtdienst en de toestanden van de kinderen. Ook eventuele bijzonderheden worden besproken tijdens de overdracht. Met de resultaten kunnen de verpleegkundigen die de dienst ingaan, inspelen op wat zij voor hun kinderen moeten doen.

**Act sequence:**

De communicatieve handelingen vanuit het oogpunt van de seniorverpleegkundige zijn opeenvolgend: plaatsnemen aan tafel, noteren welke patiënten hij/zij toegewezen krijgt, bijzonderheden noteren in de lancel, vertrekken. De initiator binnen het gesprek is de verpleegkundige die verslag doet. Hij/zij draagt daarmee het kind als het ware over aan de nieuwe dienstdoende verpleegkundige.

Verpleegkundige 1 initieert in eerste in het gesprek. Zij begint de bespreking met te vertellen hoe de nacht is verlopen en welke bijzonderheden er eventueel waren bij patiënten. Nadat zij dit heeft verteld verlaat ze de kamer en neemt verpleegkundige 2 het van haar over.

Er wordt rustig gepraat (een aantal personen is moe na de nachtdienst) en iedereen laat elkaar uitpraten. Zowel regie- als seniorverpleegkundige stellen aanvullende vragen. Ook piepernummers worden verdeeld en aan iedereen doorgegeven, zodat iedereen weet welk nummer hij moet hebben bij een bepaalde collega. De regieverpleegkundige heeft altijd hetzelfde piepernummer, dit is standaard informatie voor al het personeel.

**Key:**

De toon van de communicatie is in principe serieus, wanneer het over de patiënten gaat. De overdracht bleek echter ook een moment van sociale praatjes, en in dat geval was de toon vaak grappig/ontspannen. De deelnemers stemden dit over het algemeen op elkaar af.

---

**Instrumentalities:**

Tijdens de overdracht is er een aantal schriftelijke documenten die ingezet worden, zoals genoemd bij de overdracht voor de regieverpleegkundige: de dossiers met daarin de rode mappen en de tempelijsten, de lanlel, het rondje en de consultaanvraag pedagogisch medewerker. Het communicatiekanaal dat bij de overdracht wordt gebruikt, is mondeling (face-to-face) en schriftelijk, in de vorm van de genoemde schriftelijke documenten.

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over een patiënt gaat, en speels wanneer het gesprek niet-werk gerelateerd was.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie en informatie uit de dossiers.

<b>07.45 Ochtendronde</b>	<b>Situatie 12</b>
---------------------------	--------------------

**Setting:**

De communicatie vindt plaats in de kamer waar de betreffende patiënt op dat moment ligt.

**Scene:**

De communicatie vindt plaats op verschillende tijdstippende gedurende de dienst. De seniorverpleegkundige is degene die (over het algemeen) het gesprek structureert. Op de kamer is de patiënt al aanwezig, de seniorverpleegkundige komt naar de kamer toe. De patiënt ligt in bed. Wanneer er ouders aanwezig zijn, staan of zitten deze naast het bed. De seniorverpleegkundige staat veelal aan de andere kant van het bed, waar hij/zij zowel ouder als patiënt kan zien.

**Participants:**

De deelnemers aan de communicatieve situatie is afhankelijk van de setting; meestal zijn de seniorverpleegkundige, de patiënt en één of twee ouders aanwezig. Wanneer de patiënt op een kamer ligt met meerdere patiënten, zijn ook deze patiënt(en) en zijn/haar/hun eventuele ouders aanwezig. Dezen manifesteren zich meestal als geratificeerde afliuisteraars.

**Ends:**

Het doel van de communicatie is het uitvoeren van controles bij de patiënt. Hierbij wordt met de patiënt en eventuele aanwezige ouders gepraat, soms ter begeleiding van de handeling en soms ter afleiding.

**Act sequence:**

De opeenvolgende communicatieve handelingen zijn dat de seniorverpleegkundige de kamer binnenkomt, de aanwezigen begroet, vraagt hoe de patiënt geslapen heeft, aankondigd een aantal controles te willen uitvoeren, tijdens de controles aankondigd wat er gaat gebeuren en een ontspannen praatje met de patiënt maakt. De seniorverpleegkundige initieert over het algemeen. Het komt voor de de ouder of patiënt initieert, dit is meestal wanneer één van hun (of beiden) een vraag heeft voor de seniorverpleegkundige.

**Key:**

De toon van de communicatie is meestal ontspannen, vaak worden er grapjes gemaakt met de patiënt en ouders.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal is mondeling (face-to-face).

---

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen speels/ontspannen is, behalve wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat. De toon is dan vaak serieus.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

<b>08.00 Medicatie geven</b>	<b>Situatie 13</b>
------------------------------	--------------------

Een aantal specifieke voorbeelden met betrekking tot het toedienen van de medicatie wordt nu gegeven.

**07.05.09 08.00****Setting:**

De communicatie vindt plaats in kamer 6, dit is een zaal waar plek is voor vier patiëntjes. De opstelling tijdens het gesprek en de handelingen is zo dat de seniorverpleegkundige zowel de ouder als de patiënt kan zien, zij staat hierbij naast het bed. De patiënt zit of ligt in bed.

**Scene:**

Wanneer de seniorverpleegkundige om 08.00 uur binnenkomt in de zaal waar de kinderen liggen, begroet zij hen. Ze loopt vervolgens naar de eerste patiënt, begroet haar en haar vader. De seniorverpleegkundige is degene die het gesprek structureert.

**Participants:**

De deelnemers tijdens dit gesprek zijn de seniorverpleegkundige, de patiënt en de vader van de betreffende patiënt. De seniorverpleegkundige is in dit geval de spreker, de patiënt en de vader van de patiënt zijn deelnemende hoorders.

**Ends:**

Het doel van deze situatie is om een aantal standaard controles uit te voeren bij de patiënt. Het doel van de communicatie binnen deze situatie is om de betreffende patiënt bij de handelingen te betrekken, door hem of haar te informeren over wat er gebeuren gaat. Op deze manier wordt het kind gerustgesteld doordat weet hij wat er komen gaat.

Daarnaast heeft de communicatie ook een instructief doel, de patiënt wordt namelijk verteld wat hij moet doen (bijvoorbeeld heel stil blijven liggen zodat de medicatie toegediend kan worden).

**Act sequence:**

De seniorverpleegkundige kondigt de handelingen van tevoren aan. De handelingen worden begeleid door kindvriendelijk taalgebruik, zoals *'De beer houdt in de gaten of ie goed blijft zitten'*, wanneer het kind een thermometer onder de arm krijgt.

**Key:**

De toon van de communicatie is in principe serieus, maar heeft wel een grappige ondertoon. Er worden namelijk grapjes gemaakt om het doel van de communicatie te bewerkstelligen.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face to face).

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek over andere zaken gaat.

---

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

**07.05.25 08.00**

**Setting:**

De communicatie vindt plaats in kamer 11, dit is een zaal waar plek is voor twee patiëntjes. Tijdens het gesprek staat de seniorverpleegkundige naast het bed en ligt de patiënt in zijn bed.

**Scene:**

De communicatieve situatie vindt plaats aan het begin van de dag, om 08.00 uur. De seniorverpleegkundige is degene die het gesprek structureert.

**Participants:**

De deelnemers in deze situatie zijn de seniorverpleegkundige en de patiënt.

**Ends:**

Het doel van deze situatie is om de patiënt startklaar te maken voor zijn vertrek naar een andere afdeling. Het doel van de communicatie in deze situatie is de handeling die verricht worden te begeleiden.

**Act sequence:**

Voordat de ochtendronde begint moet eerst een patiënt naar een andere afdeling gebracht worden, dit in verband met een bestraling. De seniorverpleegkundige geeft aan dat ze de sonde afkoppelt en dat een collega van haar met hem mee gaat. Vervolgens vraagt ze of hij zich nog even op wil frissen.

**Key:**

De toon van de communicatie is serieus en vriendelijk.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face to face).

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek over andere zaken gaat.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

**07.05.25 08.15**

**Setting:**

De communicatie vindt plaats in box 14, dit is een geïsoleerde kamer waar plek is voor één patiëntje. Tijdens het gesprek is de opstelling zo dat de seniorverpleegkundige (oog)contact kan houden met de zowel de patiënt als zijn vader. Hierbij staat de seniorverpleegkundige aan de ene kant naast het bed, zit vader aan de andere kant van het bed en ligt de patiënt in zijn bed.

**Scene:**

De communicatieve situatie vindt plaats aan het begin van de dag, om 08.15 uur. De seniorverpleegkundige is degene die het gesprek structureert.

**Participants:**

---

Deelnemers in deze situatie zijn de seniorverpleegkundige, het patiëntje en zijn vader. Vader luistert alleen en is daarmee een niet-deelnemende hoorder.

**Ends:**

Het doel van de communicatieve situatie is om een aantal metingen uit te voeren bij een patiëntje. Hierbij praat de seniorverpleegkundige op het niveau van de patiënt, door bijvoorbeeld de term 'Chemo Kaspers' te gebruiken.

**Act sequence:**

De seniorverpleegkundige voert controles uit bij alle patiënt. Dit patiëntje weet inmiddels precies wat er gaat gebeuren en mag zelf helpen bij zijn eigen controles. Zo mag hij eerst zelf zijn temperatuur meten, de seniorverpleegkundige helpt alleen even om de meter goed onder zijn arm te plaatsten. De volgende dialoog ontstaat:

1. SVP: Ik heb de bloeddrukmeter ook al klaar staan, dat kan jij ook zo
2. goed he? Mag jij de knop zo indrukken.
3. P: Eerst de armband toch?
4. SVP: Ja, ik pak even een andere.
5. P: Waarom dan?
6. SVP: Omdat deze beter bij jouw spierballen past, en ik moet goed de
7. spierballen meten.
8. P: [Drukt knop bloeddrukmeter in]
9. SVP: Ja! Dank u!
10. P: Hoeveel Chemo Kaspers zitten er nu nog in dan?
11. SVP: [Gaat op bed zitten en vertelt dat ze dat ook niet precies kan
12. zeggen, maar dat ze vanmiddag een prikje doen en dat ze dan
13. kunnen zien of Chemo Kasper weg is]) Maar als je nu genoeg
14. blijft drinken, dan plas je ze allemaal weer uit.

**Key:**

Het doel van deze situatie is om een aantal standaard controles uit te voeren bij het patiëntje. De rol van communicatie in deze situatie is om het patiëntje te betrekken in de handelingen die gedaan worden. Daarnaast wordt communicatie ook ingezet om informatie te verstrekken.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face to face).

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek over andere zaken gaat.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.



---

### **07.06.03 08.30**

#### **Setting:**

De communicatie vindt plaats in kamer 10, dit is een zaal waar plek is voor vier patiënten. Tijdens de communicatie staat de patiënt naast zijn bed, samen met zijn vader en vriendinnetje. De seniorverpleegkundige gaat naast hen staan.

#### **Scene:**

De communicatieve situatie vindt plaats aan het begin van de dag, om 08.30 uur. De seniorverpleegkundige is degene die het gesprek structureert.

#### **Participants:**

De deelnemers in deze situatie zijn de patiënt, zijn vader en vriendinnetje en de seniorverpleegkundige.

#### **Ends:**

Het doel van de situatie is om de laatste controles bij de patiënt uit te voeren voordat hij naar huis gaat. Het doel van de communicatie in deze situatie is om de handelingen te begeleiden.

#### **Act sequence:**

De eerste patiënt die de seniorverpleegkundige in één van de ochtenden ziet, is een patiënt die dezelfde ochtend naar huis mag. De patiënt heeft hier nogal haast mee, maar moet nog wachten tot de laatste medicatie door het infuus is. De patiënt zegt: *“En als ik dan zo naar huis ga, dan gaat mn vap-naald eruit?”*. Waarop de seniorverpleegkundige antwoordt: *“Ja zeker, ik ga zo even heparine halen”*.

De seniorverpleegkundige geeft, als ze naar de medicijnkamer loopt, aan dat zij erop moet letten zich niet te laten dwingen door de patiënt. Als het aan namelijk aan de patiënt ligt, worden alle controles niet meer uitgevoerd en is het allemaal wel goed zo. De seniorverpleegkundige wil hem echter goed naar huis sturen.

#### **Key:**

De toon van de communicatie is vriendelijk en serieus.

#### **Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face to face).

#### **Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek over andere zaken gaat. In dit geval is het van belang dat de seniorverpleegkundige streng tegen de patiënt is, omdat deze het allemaal wel gelooft en het liefst zo snel mogelijk naar huis wil.

#### **Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

### **07.06.03 09.00**

#### **Setting:**

De communicatie vindt plaats in kamer 10, dit is een zaal waar plek is voor vier patiënten. Tijdens de communicatie is ligt de patiënt in zijn bed (voordat de situatie begint loopt hij rond door de zaal, de seniorverpleegkundige verzoekt hem in zijn bed te gaan liggen). De seniorverpleegkundige staat in deze situatie naast het bed.

---

**Scene:**

De communicatieve situatie vindt plaats aan het begin van de dag, om 09.00 uur. De seniorverpleegkundige is in principe degene die het gesprek structureert, al neemt de patiënt dit na haar eerste opmerking van haar over.

**Participants:**

Deelnemers in deze situatie zijn de seniorverpleegkundige en de patiënt.

**Ends:**

Het doel van de situatie om een aantal standaard controles bij de patiënt uit te voeren. Het doel van de communicatie binnen deze situatie is te introduceren welke handelingen er komen. Daarnaast wordt communicatie ingezet om de patiënt te wijzen op zijn gedrag (*“Nee hoor, je moet alleen even geduld hebben”*.) Ook wordt communicatie ingezet om vader bij de situatie te betrekken, aangezien hij zich niet bemoeit met het gedrag van zijn kind op dat moment.

**Act sequence:**

Op dezelfde kamer ligt een patiënt die om veel aandacht vraagt. Ook bij hem moeten een aantal controles uitgevoerd worden. De opeenvolgende communicatieve handelingen gaan als volgt:

1. SVP: Ik wil even wat controles bij je doen, ga je even op bed liggen?
2. P1: (op zelfde kamer) Wat zijn controles dan?
3. SVP: Temperatuur, bloeddruk, dat ga ik even meten
4. P2: Is ie kapot ofzo? (gaat over bloeddrukmeter)
5. SVP: Nee hoor, je moet alleen even geduld hebben
6. SVP: En, wat staat erop?
7. P2: 36.5
8. SVP: Helemaal goed

*Even later moet er medicatie toegediend worden bij dezelfde patiënt:*

9. SVP: Ik ga je nog even de medicatie toedienen
10. P2: Dan ga ik een spelletje doen
11. Kan je me niet een mes geven? Dat ding zit vast (spel)
12. V: Nee, dat doe je niet met een mes
13. SVP: Misschien kan je je vader even vragen of hij je kan helpen

**Key:**

De toon van de communicatie is serieus en bij bepaalde uitingen wat kortaf, zoals in zin 5 en 12.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face to face).

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek over andere zaken gaat.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

---

## **07.05.24 09.45**

### **Setting:**

De communicatie vindt plaats in kamer 7, dit is een zaal waar plek is voor twee patiëntjes. De opstelling tijdens het gesprek en de handelingen is zo dat de seniorverpleegkundige zowel de ouder als de patiënt kan zien, zij staat hierbij naast het bed. De patiënt ligt in bed. De vader en de collega verpleegkundige staan beiden aan de andere kant naast het bed, waarbij vader aan het hoofdeinde, direct naast zijn dochter staat.

### **Scene:**

De communicatieve situatie vindt plaats aan het begin van de dag, om 09.45 uur. Zowel de seniorverpleegkundige als verpleegkundige structureren het gesprek.

### **Participants:**

De deelnemers in deze situatie zijn de seniorverpleegkundige, een collega verpleegkundige, het patiëntje en haar vader.

### **Ends:**

Het doel van de situatie is om een katheter aan te brengen bij het patiëntje. Het doel van de communicatie in deze situatie is om de handelingen die uitgevoerd worden te begeleiden. Daarnaast wordt communicatie ingezet om het patiëntje te prijzen en om begrip te tonen.

### **Act sequence:**

Bij één van de patientjes moet een katheter ingebracht worden. De seniorverpleegkundige heeft zojuist om assistentie van een collega gevraagd. De collega geeft het patiëntje aan wat ze gaat doen: *“dan ga ik je even schoonmaken, dat is een beetje koud he”*. Het patientje moet vervolgens huilen en raakt geheel overstuurd. Vader probeert gerust te stellen. De seniorverpleegkundige vraagt aan haar collega: *“Zit ie goed?”*. En vervolgens zegt ze tegen het patientje: *“Hij zit goed hoor lieverd. Dat heb je knap gedaan hoor, dat ging snel!”* Dan moet ook de VAP-pleister nog verwijderd worden. Het patientje blijft huilen. De seniorverpleegkundige zegt tegen haar: *“Nee, dat is ook niet leuk he? Schat, ik ga even onder je pleister kijken. Je bent een knappe meid hoor! Het is bijna klaar. Zo, pleister erop!”*

### **Key:**

De toon van de communicatie is serieus en vriendelijk van aard

### **Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face to face).

### **Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek over andere zaken gaat.

### **Genre:**

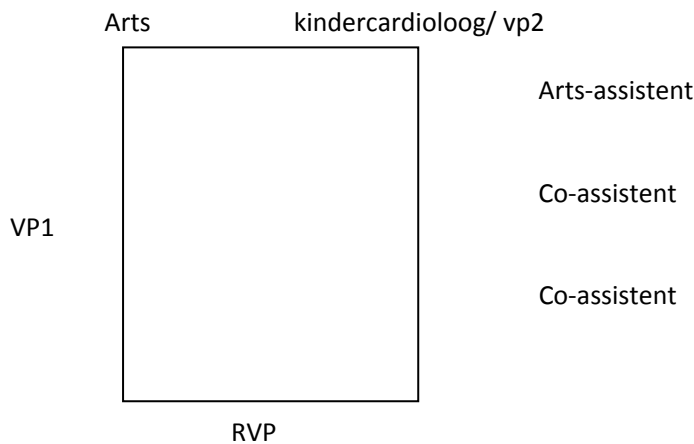
De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

---

<b>09.00 Visite met artsen</b>	<b>Situatie 14</b>
--------------------------------	--------------------

### **Setting:**

De communicatie vindt plaats in de overdrachtskamer of in de koffiekamer. Dit is afhankelijk van het specialisme van de betreffende artsen: in de overdrachtskamer vindt de visite voor de oncologiekinderen plaats en in de koffiekamer de visite voor de cardiologiekinderen. De deelnemers zitten in het geval van het specialisme cardiologie aan een langwerpige tafel. De opstelling is als volgt:



**Scene:**

De communicatieve situatie vindt plaats om 09.00 uur. Het gesprek duurt ten minste drie kwartier, maar in sommige gevallen langer, wanneer in de visite veel te bespreken is of wanneer er uitgebreide discussies plaatsvinden tijdens de visite. Het gesprek wordt gestructureerd door zowel de verpleegkundigen die om beurten binnen komen, als de arts-assistent. De verpleegkundige doet verslag van de patiënt en stelt de arts-assistent vragen. Vervolgens beslist de arts-assistent in samenwerking met de supervisor over onder andere de medicatie van de patiënt. De arts-assistent vult de schriftelijke informatie in het dossier aan en werkt de gegevens van de patiënten bij in de computer.

**Participants:**

Deelnemers in deze communicatieve situatie zijn de kinderarts, de arts-assistent, de regieverpleegkundige, de verpleegkundige die visite komt lopen en één of twee co-assistenten. Co-assistenten zijn over het algemeen geen actieve sprekers in het gesprek, meestal luisteren zij slechts naar wat er gezegd wordt. Daarmee zijn ze te typeren als niet-deelnemende hoorders. De overige deelnemers zijn alle deelnemende hoorders.

**Ends:**

Het doel van de visite is om een eenduidig beleid te krijgen in de behandeling van de kinderen. Daarnaast is de visite te bestempelen als een overlegmoment: verpleegkundigen kunnen eventuele vragen aan de artsen stellen en zij kunnen op dit moment ook vragen van de ouders doorspelen aan de artsen.

**Act sequence:**

De seniorverpleegkundige wordt opgeroepen voor de visite. Bij binnenkomst in de kamer start de arts-assistent het gesprek en vraagt de tempelijst van de verpleegkundige en kijkt deze in. Vervolgens neemt de verpleegkundige het woord en doet verslag van de toestand van de patiënt. De arts-assistent stelt vragen. Wanneer alle patiënten van een verpleegkundige besproken zijn, kan de volgende verpleegkundige de visite in. Deze wordt van te voren opgeroepen voor de visite. Dit gebeurt over het algemeen door de regieverpleegkundige. Hieronder volgt een fragment van een visite op 10 mei:

*(Opname 5)*

1. Aa: [noemt naam patiënt]
2. Vp: ja, klein meisje, die heeft een bt-chunt gekregen, maandag, nou
3. ze doet het eigenlijk heel goed
4. Aa: ja he?
5. Vp: ze springt door het bed heen
6. Aa: een leuk meisje is dat, gister de drain verwijderd, en hoe is het
7. nu met de ademhaling en de saturatie?
8. Vp: saturaties die, zijn een beetje gemiddeld, tussen 81 en 84,

- 
9. ademhaling tussen de 20 en de 40
10. Aa: ze is niet...
11. Vp: nee, ze is, heel relaxed zit ze erbij en ze lijkt ook geen pijn te hebben
12. te hebben
13. Aa: leukofine is gestopt gisteravond?
14. Vp: ja
15. Aa: en dat gaat ook goed
16. Vp: ja! Ze krijgt alleen nog paracetamol, drie keer daags.
17. Aa: is dat nog nodig denk je?
18. Vp1: .. heeft ze nodig dan hebben we in ieder geval nog een euh
19. mogelijkheid tot
20. Aa: ok, en de voeding hebben we weer op normaal euh?
21. Vp: thuis
22. Aa: en gaat dat goed?
23. Vp: nou ze eet niet heel erg veel, een broodje, dat kwam het eerste
24. hapje kwam er bijna kokhalzend weer uit vanochtend, en dan wil ze
25. wel chips, nou dat dacht ik niet
26. (gelach)
27. Eerst je broodje, lekker streng he. Maar gister ging op zich
28. redelijk. Een derde broodje, melk, frikadels, groente,
29. aardappeltjes, dus op zich doet ze het redelijk
30. Aa: en dan geef je dr 's avonds iets van 2 300
31. Vp: 's avonds 300 sondevoeding heeft ze gisteren gehad,
32. Aa: ok, prima

**Key:**

De toon van de communicatie is over het algemeen serieus, maar ook ontspannen en af en toe worden grapjes gemaakt.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal dat bij de bespreking wordt gebruikt, is mondeling (face-to-face) en schriftelijk (de aantekeningen die de deelnemers maakten).

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over een patiënt gaat, en speels wanneer het gesprek niet-werk gerelateerd was.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op zowel mondelinge als schriftelijke informatie.

<b>11.00 Patiëntenverzorging</b>	<b>Situatie 15</b>
----------------------------------	--------------------

**Setting:**

De communicatie vindt plaats in de kamer waar de betreffende patiënt op dat moment ligt. De patiënt ligt in bed. Wanneer er ouders aanwezig zijn, staan of zitten deze naast het bed. De seniorverpleegkundige staat veelal aan de andere kant van het bed, waar hij/zij zowel ouder als patiënt kan zien.

---

**Scene:**

De communicatie vindt plaats op verschillende tijdstippende gedurende de dienst. De seniorverpleegkundige is degene die het gesprek structureert.

**Participants:**

Wie de deelnemers aan het gesprek zijn, is afhankelijk van de setting: meestal zijn de seniorverpleegkundige, de patiënt en één of twee ouders aanwezig. Wanneer de patiënt op een kamer ligt met meerdere patiënten, zijn ook deze patiënt(en) en zijn/haar/hun eventuele ouders aanwezig. Dezen manifesteren zich meestal als geratificeerde afluisteraars.

Het fenomeen 'geratificeerde afluisteraars' is iets waar niet iedereen zich altijd van bewust is, zo blijkt uit het volgende voorbeeld van 7 mei:

Het infuus van een patiënt piept, dus de seniorverpleegkundige gaat een nieuwe aanleggen. Het kind ligt op kamer 10, dat is een kamer met vier bedden. Drie van de vier bedden is op dat moment bezet met patiënten, bij één patiënt is ook een ouder aanwezig. Zij zijn geratificeerde afluisteraars. Op de kamer is een schoonmaakster aanwezig, die een praatje aanknoopt met de seniorverpleegkundige. De schoonmaakster vertelt uitgebreid over een collega wiens contract niet is verlengd en waarom. De schoonmaakster realiseert zich waarschijnlijk niet dat de overige patiënten en de ouder dit gesprek opvangen.

**Ends:**

Het doel van de communicatie is het verzorgen van de patiënt, bijvoorbeeld door een nieuwe kuur op te hangen of andere medicatie te geven. Hierbij wordt met de patiënt en eventuele aanwezige ouders gepraat.

**Act sequence:**

De opeenvolgende communicatieve handelingen zijn dat de seniorverpleegkundige de kamer binnenkomt, de aanwezigen begroet, aankondigd een actie te willen uitvoeren, en een ontspannen praatje met de patiënt maakt. De seniorverpleegkundige initieert over het algemeen. Het komt voor de de ouder of patiënt initieert, dit is meestal wanneer één van hun (of beiden) een vraag heeft voor de seniorverpleegkundige.

Een voorbeeld van een gesprek tijdens de patiëntenverzorging komt van onderstaand gesprek:

**07.05.24 10.45**

De seniorverpleegkundige hangt een kuur op bij een patiënt. Het infuus gaat piepen:

1. SVP: Dat is altijd even zo hè, in het begin, dat hij
2. piept
3. P: [glimlacht]
4. SVP: Nou, om elf uur staat de punctie gepland dus dat is mooi
5. P: Hm-m. Wie doet die punctie dan?
6. SVP: Ik denk arts A of arts B. Ik heb het ze niet horen zeggen.
7. Gaat altijd wel goed hè bij jou?
8. Kan ik verder nog wat voor je doen?
9. Ik maak straks je bed wel op
10. Is wel lekker hè, het raam even open, lekker fris
11. P: Ja

---

**Key:**

De toon is ontspannen, de seniorverpleegkundige praat op vriendelijke toon met de patiënt.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal is mondeling (face-to-face).

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek niet over de aandoening gaat.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

Hieronder volgt de uitwerking van een aantal specifieke situaties:

**07.05.25 11.00****Setting:**

De communicatie vindt plaats in box 14, dit is een zaal waar plek is voor één patiëntje. Tijdens het gesprek is de opstelling zo dat de seniorverpleegkundige (oog)contact kan houden met de zowel de patiënt als zijn vader. Hierbij zit de seniorverpleegkundige aan de ene kant op het bed, zit vader aan de andere kant naast het bed en zit de patiënt in zijn bed.

**Scene:**

De communicatieve situatie vindt plaats aan het einde van de ochtend, om 11.00 uur. De seniorverpleegkundige is degene die het gesprek structureert.

**Participants:**

Deelnemers in deze situatie zijn de seniorverpleegkundige, het patiëntje en zijn vader. De seniorverpleegkundige structureert het gesprek, het patiëntje is een deelnemende hoorder en de vader, die alleen luistert, is een niet-deelnemende hoorder.

**Ends:**

Het doel van deze situatie is om wat bloed bij het patiëntje af te nemen wat vervolgens getest moet worden. Het doel van de communicatie in deze situatie is om het patiëntje bij de handelingen te betrekken en om informatie aan hem te geven.

**Act sequence:**

De seniorverpleegkundige moet een vingerprik bij één van de patientjes doen. Het patiëntje weet precies wat er gaat gebeuren, hij geeft zelfs aan hoe de handelingen moeten. Ook is hij nieuwsgierig en vraagt hij waarom bepaalde dingen gebeuren. De volgende dialoog ontstaat:

1. SVP: (Legt uit wat ze gaat doen) Kijk ik heb een pleister meegenomen, vind
2. je m mooi? (enige tegenspraak, patiëntje heeft er liever een draak op
3. staan)
4. P: (Vraagt waarom ze geen buisje gebruikt)
5. SVP: Dat buisje en ik zijn geen vriendjes.
6. P: Hoeveel Chemo Kaspertjes zitten er nog in dan?
7. SVP: Dat gaat de dokter met dit bloed bekijken.

---

*Er moet helaas, ondanks de grotere naald, toch nog twee keer geprikt worden om voldoende bloed te tappen, beide middelvingers worden voorzien van een pleister. Het patiëntje reageert heel nuchter:*

1. P: Nu kan ik niet meer tekenen.

**Key:**

De toon van de communicatie is vriendelijk en heeft een grappige ondertoon.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face to face).

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek over andere zaken gaat.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

**07.05.24 11.15**

**Setting:**

De communicatieve situatie vindt plaats op kamer 7. Dit is een kamer waar plek is voor twee patiënten. De opstelling in deze situatie is als volgt: de patiënt ligt in bed, haar vader staat ernaast en de seniorverpleegkundige staat aan het voeteneind van het bed.

**Scene:**

De communicatie vindt plaats aan het einde van de ochtend, om 11.15 uur. De seniorverpleegkundige is degene die het gesprek structureert.

**Participants:**

Deelnemers in deze situatie zijn de seniorverpleegkundige, de patiënt en haar vader.

**Ends:**

Het doel van deze situatie is om vader duidelijk te maken dat zijn dochter sondevoeding nodig heeft om de rest van de kuur aan te kunnen. Het doel van communicatie in deze situatie is om vader te overtuigen van het feit dat zijn kindje een sonde moet krijgen.

**Act sequence:**

Tijdens één van de diensten heeft de seniorverpleegkundige een gesprek met de vader van een kindje. Dit kindje is al bijna aan haar laatste kuur toe en heeft zich er tot nu toe goed doorheen geslagen. Voor de laatste kuur moet ze echter sterk zijn en heeft ze extra voeding nodig door middel van sondevoeding. Vader heeft hier echter zijn bedenkingen over: *“ja maar ja, ze is er bijna doorheen en dan denk ik, moet je haar dit nu nog allemaal aandoen? Uiteindelijk is het wel in haar belang natuurlijk, maar ja, ik heb wel sterk mn twijfels ja”*. De seniorverpleegkundige weerlegt deze twijfels *“als ze de volgende kuur ingaat, dan moet ze wel sterk zijn, en nu zit ze wel net op het randje”*. De seniorverpleegkundige geeft aan dat ze nog zal overleggen met de arts en diëtiste, deze zijn echter wel allebei van mening dat het patiëntje aan de sondevoeding moet. Dit maakt het verhaal van de seniorverpleegkundige ook sterker. De arts gaat later op de dag nog naar vader toe om hier nog over te spreken. Vader wordt overtuigd en 's middags wordt alsnog een sonde ingebracht.



---

**Key:**

De toon van de communicatie is serieus, vriendelijk en begripvol.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face to face).

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek over andere zaken gaat.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

**07.05.09 11.30****Setting:**

De communicatie vindt plaats in kamer 6, dit is een zaal waar plek is voor vier patiëntjes. De opstelling tijdens het gesprek en de handelingen is zo dat de seniorverpleegkundige zowel de ouder als de patiënt kan zien, zij staat hierbij naast het bed. De patiënt zit of ligt in bed.

**Scene:**

De communicatieve situatie vindt plaats om 11.30 uur. De seniorverpleegkundige is degene die het gesprek structureert, zij wordt hierin wel aangevuld door de vader van de patiënt.

**Participants:**

De deelnemers tijdens dit gesprek zijn de seniorverpleegkundige, de patiënt en de vader van de betreffende patiënt. De seniorverpleegkundige is in dit geval de spreker, de patiënt en de vader van de patiënt zijn deelnemende hoorder.

**Ends:**

Het doel van de situatie is om een bepaalde handelingen bij de patiënt uit te voeren. Het doel van de communicatie daarbij is om de patiënt gerust te stellen.

**Act sequence:**

Tijdens de ronde krijgt één van de patiëntjes nieuwe zakjes met vloeistof aangehangen die zojuist zijn voorbereid en klaargelegd. Een uur voordat de chemokuur begint, moet het lichaam van het patiëntje namelijk doorgespoeld worden met een zoutoplossing. Tijdens het aansluiten raakt het patiëntje in paniek. Zowel de seniorverpleegkundige als de vader helpen om het patiëntje gerust te stellen. Vader houdt een spiegel omhoog zodat zijn kindje kan zien wat de seniorverpleegkundige aan het doen is. De seniorverpleegkundige geeft aan dat zij alleen maar het dopje van het slangetje af hoeft te draaien en haar zeker geen pijn zal doen, dat belooft ze.

**Key:**

De toon van de communicatie is serieus en daarnaast ook medelevend van aard.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face to face).

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek over andere zaken gaat.

---

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

<b>12.00-13.00</b>	<b>Medicatie uitdelen, kinderen gaan eten</b>	<b>Situatie 16</b>
--------------------	---	--------------------

**07.06.03 12.20****Setting:**

De communicatie vindt plaats in kamer 10, dit is een zaal waar plek is voor vier patiënten. Binnen deze situatie zit de seniorverpleegkundige aan de linkerkant op het bed, zit de patiënt in zijn bed en staat zijn moeder aan de rechterkant van het bed.

**Scene:**

De communicatieve situatie vindt plaats aan het begin van de dag, om 12.20 uur. De seniorverpleegkundige is in principe degene die het gesprek structureert, al neemt de patiënt dit na haar eerste opmerking van haar over.

**Participants:**

De deelnemers in deze situatie zijn de seniorverpleegkundige, de patiënt en zijn moeder.

**Ends:**

Het doel van de situatie is om bloed af te nemen bij de patiënt wat vervolgens getest moet worden. Het doel van de communicatie in deze situatie is om medewerking te krijgen van de patiënt. Daarnaast is haar manier van communiceren zo dat ze niet ingaat op de negatieve aandacht die de patiënt probeert te krijgen.

**Act sequence:**

Die middag krijgt dezelfde patiënt een vingerprik. De volgende dialoog ontstaat:

1. SVP: Ik ga even een prikje doen. Welke vinger mag ik gebruiken?
2. P: Vraagt aan moeder [wil net weggaan voor lunch[ of ze nog even wil
3. blijven, omdat hij een prik krijgt.
4. P: [Wijst een vinger aan] Zit hier meer bloed in?
5. SVP: Dat maakt niks uit.
6. SVP: Jij mag kiezen, wordt t die of die? Anders kies ik er één voor je.
7. SVP: [Wil al gaan prikken...]
8. P: Hé, tellen!
9. SVP: Ja ik tel. (pakt intussen een andere naald)
10. SVP: 1...2...3
11. P: au!
12. P: Hoeveel nog?
13. SVP: Nog een heleboel
- 14.
15. *(het duurt even voordat t buisje vol genoeg is...)*
- 16.
17. P: Doe dat buisje er dan af!
18. SVP: Negeert gedrag van de patiënt, zegt hier niets op, verwijdert wel t
19. slangetje zodat het bloed rechtstreeks in het buisje loopt.
20. P: Doe hem maar goed vol, dan mag ik zeker naar huis.

- 
21. SVP: Ik weet niet of het zo werkt, maar nu hebben we in ieder geval genoeg  
22. monster.  
23. P: Niet te hard knijpen! Moet ik jou ook knijpen?  
24. SVP: Ik knijp jou niet om je te plagen, maar omdat je vanmiddag naar huis  
25. wil.  
26. SVP: Zo, klaar  
27. P: hè, hè.

**Key:**

De toon van de communicatie is serieus en een beetje kortaf. De patiënt vraagt namelijk behoorlijk wat aandacht, in negatieve zin, en de seniorverpleegkundige probeert dit zoveel mogelijk te negeren en er niet op in te gaan.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face to face).

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek over andere zaken gaat.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

**07.05.09 12.15**

**Setting:**

De communicatie vindt plaats in kamer 6, dit is een zaal waar plek is voor vier patiëntjes. De opstelling tijdens het gesprek en de handelingen is zo dat de seniorverpleegkundige zowel de ouder als de patiënt kan zien, zij staat hierbij naast het bed. De patiënt zit of ligt in bed.

**Scene:**

De communicatieve situatie vindt plaats om 12.15 uur. De seniorverpleegkundige is degene die het gesprek structureert, zij wordt hierin wel aangevuld door de vader van de patiënt.

**Participants:**

De deelnemers tijdens dit gesprek zijn de seniorverpleegkundige, de patiënt en de vader van de betreffende patiënt. De seniorverpleegkundige is in dit geval de spreker, de patiënt en de vader zijn deelnemende hoorders.

**Ends:**

Het doel van de situatie is om een bepaalde handelingen bij de patiënt uit te voeren. Het doel van de communicatie daarbij is om de patiënt gerust te stellen.

**Act sequence:**

Bij hetzelfde patiëntje is de neuspleister van het infuusje losgeraakt, en deze moet vervangen worden. Zodra de schaar, die vader vasthoudt, in zicht komt raakt het kindje in paniek. Ze moet echter wel stil liggen om geen schade te berokkenen. Vader probeert het kindje gerust te stellen en rustig te krijgen, geeft aan zijn kindje aan dat de seniorverpleegkundige het wel zal doen. Er wordt voorgesteld om de hulp van een andere collega in te zetten. Blijkt uiteindelijk niet nodig te zijn. Het kindje wordt rustig en de pleister kan vervangen worden.

---

**Key:**

De toon van de communicatie is serieus en daarnaast ook medelevend van aard.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face to face).

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek over andere zaken gaat.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

<b>13.00 Rstuur voor de kinderen, bijwerken van dossiers</b>	<b>Situatie 17</b>
--	--------------------

**Setting:**

Het bijwerken van de dossiers vindt plaats in de verpleegpost. Soms zit hier één verpleegkundige, soms zitten er meerdere.

**Scene:**

Het schriftelijke document dat wordt opgemaakt zijn de patiëntendossiers. Tijdens het bijwerken van de dossiers wordt af en toe gesproken, wanneer er meerdere verpleegkundigen aanwezig zijn in de verpleegpost. Deze communicatie vindt plaats op verschillende tijdstippen. De verpleegkundigen initiëren om beurten, afhankelijk van de interactie.

**Participants:**

Het aantal deelnemers is afhankelijk van de aanwezigen, meestal is er één of meerdere (senior)verpleegkundigen aanwezig in de verpleegpost om de dossiers bij te werken.

**Ends:**

Het doel van deze situatie is het bijwerken van de rapportage over een patiënt. Wanneer tijdens deze handeling gesproken wordt, is dat soms ontspannend en niet-werk gerelateerd, soms gaat de communicatie over patiënten of hun medicatie.

**Act sequence:**

De opeenvolgende handelingen zijn dat een (senior)verpleegkundige gaat zitten in de verpleegpost, de dossiers van de zijn/haar patiënten van die dag erbij pakt en deze gaat bijwerken. Voor, tijdens en na deze handeling kan gesproken worden met collega's, of met ouders die af en toe bij de verpleegpost komen staan. De onderwerpen kunnen werkgerelateerd zijn, maar kunnen ook gaan over privé zaken.

**Key:**

De toon is meestal ontspannen, maar soms ook serieus, voornamelijk wanneer het gesprek werkgerelateerd is.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal is mondeling (face-to-face) wanneer de seniorverpleegkundige met iemand praat en schriftelijk wanneer het het opschrijven van patiënteninformatie betreft.

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek over koetjes en kalfjes gaat.

---

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge en schriftelijke informatie.

<b>14.00 Medicatie uitdelen en controles doen, vragen formuleren voor rondje</b>	<b>Situatie 18</b>
--	--------------------

**07.05.25 14.00****Setting:**

De communicatie vindt plaats in kamer 10, dit is een zaal waar plek is voor vier patiëntjes. Tijdens de communicatie ligt het patiëntje in haar bed en staat de seniorverpleegkundige ernaast.

**Scene:**

De communicatieve situatie vindt plaats in de middag, om 14.00 uur. De seniorverpleegkundige is degene die het gesprek structureert.

**Participants**

Deelnemers in deze situatie zijn de seniorverpleegkundige en het patiëntje.

**Ends:**

Het doel van deze situatie is om het infuus te vervangen en een aantal standaard controles uit te voeren. Het doel van de communicatie in deze situatie is om de handelingen die gedaan worden te introduceren in te begeleiden om haar voor te bereiden op dat wat komen gaat. Daarnaast wordt communicatie ook ingezet om het patiëntje een beetje af te leiden door haar speelgoed erbij te betrekken.

**Act sequence:**

In de middag gaat de seniorverpleegkundige bij een patiëntje langs om het infuus te vervangen. Ze groet wanneer ze de kamer binnenkomt. *“Hoi (naam patiënt)! “Ik ga je infuus even vervangen. Zal ik ondertussen de thermometer even onder je arm stoppen? (patiënt knikt) “Dan haal ik deze (=verband) even los. Zullen we je hand even poetsen aan de onderkant? Hij is een beetje vies denk ik. (patiënt knikt) “Zo dat is wel een beetje koud hoor (doekje met alcohol) Koud is t he? Mag je je arm even omdraaien, zo, heel goed. Dus jij hebt een mobiel? Ik vind het wel een hele mooie! Zo, dan zit ie weer goed, ga ik m (=infuus) alleen nog even doorspuiten.”*

**Key:**

De toon van de communicatie is vriendelijk van aard.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face to face).

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek over andere zaken gaat.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

Het bijwerken van de rapportage voor de avonddienst vindt plaats in de verpleegpost en is een vervolghandeling van de eerder besproken communicatieve situatie van 13.00, wanneer de (senior)verpleegkundigen in de verpleegpost hun dossiers bijwerken.

### **07.05.23 15.30**

De ouders (Ou) van een patiënt lopen langs de verpleegpost. Zij zoeken een verblijf in het Ronald McDonaldhuis, het gastenverblijf of een hotel in de stad, maar dit lukt niet. De seniorverpleegkundige ziet de ouders langslopen en spreekt ze hierover aan:

1. SVP: Het loopt nog niet allemaal feilloos hè?
2. Ou: Nou, de artsen doen in ieder geval erg hun best
3. SVP: Jullie kunnen ook hier slapen hoor. Dan slaapt één van
4. jullie gewoon in de behandelkamer
5. Ou: We willen jullie niet tot last zijn
6. SVP: Nee, maar dat zijn jullie absoluut niet!

Dan komt de regieverpleegkundige aanlopen met een telefoonnummer, heeft nog een kamer in een bed en breakfast kunnen regelen. De verpleegkundigen zijn in deze situatie erg begaan met de ouders en proberen een oplossing voor hun probleem te vinden, wat uiteindelijk ook lukt.

### **Setting:**

De overdrachten van dag- naar avonddienst vinden plaats in zowel de overdrachtskamer als de koffiekamer. In de ene kamer vindt de overdracht van de cardiologiekinderen plaats en in de andere kamer die van de oncologiekinderen. De deelnemers zitten aan een vierkante dan wel ronde tafel, waarbij de opstelling niet vastligt. Fysiek zitten de deelnemers naast of tegenover elkaar.

### **Scene:**

De overdracht van dag- naar avonddienst vindt plaats om 15.15 uur. Tijdens de overdracht zijn het de (senior)verpleegkundigen die om beurten die het gesprek structureren. De schriftelijke documenten die ingezet worden zijn de dossiers met daarin de rode mappen en de templistjes, de lanlel en het rondje.

### **Participants:**

De deelnemers aan deze communicatieve situatie die 'overdracht' genoemd wordt, zijn: de regieverpleegkundige, de senior verpleegkundige en verschillende andere verpleegkundigen die in en uit lopen. Elke verpleegkundige uit de nachtdienst bespreekt hier zijn/haar patiënten, hun toestand en het verloop van de dag. De verpleegkundige van de nachtdienst noemt een aantal patiënten op, de verpleegkundige die in de volgende dienst verantwoordelijk is voor dezelfde patiënten geeft dit aan. De patiëntengegevens worden overgedragen. Deelnemende hoorders zijn degenen die informatie uitwisselen over de verlopen dienst. De geratificeerde afluisteraars zijn de verpleegkundigen die wel in de kamer aanwezig zijn, maar niet deelnemen aan het gesprek.

### **Ends:**

Het doel van de communicatieve situatie is de dienstdoende verpleegkundigen op de hoogte brengen van het verloop van de dagdienst en de toestanden van de kinderen. Ook eventuele bijzonderheden worden besproken tijdens de overdracht. Met de resultaten kunnen de verpleegkundigen die de dienst ingaan, inspelen op wat zij voor hun kinderen moeten doen.

---

**Act sequence:**

De communicatieve handelingen vanuit het oogpunt van de seniorverpleegkundige zijn opeenvolgend: plaatsnemen aan tafel, noteren welke patiënten hij/zij toegewezen krijgt, bijzonderheden noteren in de lancel, vertrekken. De initiator binnen het gesprek is de verpleegkundige die verslag doet. Hij/zij draagt daarmee het kind als het ware over aan de nieuwe dienstdoende verpleegkundige.

Verpleegkundige 1 initieert in eerste in het gesprek. Zij begint de bespreking met te vertellen hoe de nacht is verlopen en welke bijzonderheden er eventueel waren bij patiënten. Nadat zij dit heeft verteld verlaat ze de kamer en neemt verpleegkundige 2 het van haar over.

Er wordt rustig gepraat en iedereen laat elkaar uitpraten. Er worden aanvullende vragen gesteld door de verpleegkundige aan wie overgedragen wordt. Ook piepernummers worden verdeeld en aan iedereen doorgegeven, zodat iedereen weet welk nummer hij moet hebben bij een bepaalde collega. Er wordt bepaald wie de regiepieper zal dragen.

**Key:**

De toon van de communicatie is in principe serieus, wanneer het over de patiënten gaat. De overdracht bleek echter ook een moment van sociale praatjes, en in dat geval was de toon vaak grappig/ontspannen. De deelnemers stemden dit over het algemeen op elkaar af.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal dat bij de overdracht wordt gebruikt, is mondeling (face-to-face) en schriftelijk.

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over een patiënt gaat, en speels wanneer het gesprek niet-werk gerelateerd was.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie en informatie uit de dossiers.

<b>15.00-16.00 Overdracht: afronden dagdienst, inlezen avonddienst</b>	<b>Situatie 21</b>
--	--------------------

**07.05.24 15.00****Setting:**

De communicatie vindt plaats in box 13, dit is een geïsoleerde kamer waar plek is voor één patiëntje. De opstelling tijdens het gesprek en de handelingen is zo dat de seniorverpleegkundige zowel de ouder als de patiënt kan zien, zij staat hierbij naast het bed. De patiënt ligt in bed. Moeder staat aan de andere kant van het bed.

**Scene:**

De communicatieve situatie vindt plaats aan het einde van de middag, om 15.00 uur. De seniorverpleegkundige is degene die het gesprek structureert.

**Participants:**

Deelnemers aan dit gesprek zijn de seniorverpleegkundige, het patiëntje en zijn moeder.

**Ends:**

Het doel van de situatie is om de VAP-naald bij de patiënt te verwijderen. Het doel van de communicatie in deze situatie is om de handelingen van de seniorverpleegkundige te begeleiden en om de patiënt af te leiden door in te gaan op de thuissituatie.

---

**Act sequence:**

Eén van de patiëntjes mag vandaag naar huis. De VAP blijft zitten, maar bij kinderen die naar huis gaan wordt de naald wel verwijderd, zo ook bij dit patiëntje. Tijdens deze handeling geeft de seniorverpleegkundige aan wat ze gaat doen en probeert ze het patiëntje een beetje af te leiden. De volgende dialoog ontstaat:

1. SVP: Gaan we de pleister eraf halen
2. M: Dat doet geen pijn hoor
3. SVP: Goed zo, ja, pleisters zijn ook niet leuk hè?
4. M: Ben je vanmiddag lekker thuis en zie je de poes weer he?
5. SVP: En hoe heet die poes van jullie dan? Hoe ziet ie eruit? Heeft ie
6. zwarte haartjes of witte?
7. P: (knikt)
8. SVP: Dat gaat heel goed (naam patiënt). En wie is er nog meer thuis?
9. Nog meer beestjes?
10. M: [geeft antwoord]
11. SVP: Zullen we tellen als ik hem eruit haal? 1, 2, 3! En klaar!

**Key:**

De toon is serieus en vriendelijk van aard.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face to face).

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek over andere zaken gaat.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

**07.05.24 15.15****Setting:**

De communicatie vindt plaats in kamer 7, dit is een zaal waar plek is voor twee patiëntjes. De opstelling tijdens het gesprek en de handelingen is zo dat de seniorverpleegkundige zowel de ouder als de patiënt kan zien, zij staat hierbij naast het bed. De patiënt ligt in bed. De vader en de collega verpleegkundige staan beiden aan de andere kant naast het bed, waarbij vader aan het hoofdeinde, direct naast zijn dochter staat.

**Scene:**

De communicatieve situatie vindt plaats aan het einde van de middag, om 15.15 uur. De seniorverpleegkundige is degene die het gesprek structureert.

**Participants:**

De deelnemers in deze situatie zijn de seniorverpleegkundige, een collega verpleegkundige, het patiëntje en haar vader.



---

**Ends:**

Het doel van de situatie is om een sonde in te brengen bij het patiëntje. Het doel van de communicatie in deze situatie is om de handelingen die uitgevoerd worden te begeleiden. Daarnaast wordt communicatie ingezet om het om begrip te tonen.

**Act sequence:**

Één van de patiëntjes moet een sonde krijgen, aangezien ze extra voeding nodig heeft om sterk genoeg te zijn voor haar volgende kuur. De seniorverpleegkundige legt aan de vader uit wat ze gaan doen en waarom ze nu met z'n tweeën zijn. Haar collega zal namelijk de voeding er doorheen laten gaan, zodat ze er langzaam aan kan wennen. De seniorverpleegkundige is eerder op de dag bij hetzelfde patiëntje geweest, in verband met het inbrengen van een katheter. Wellicht roept dit vervelende gevoelens bij het patiëntje op. De seniorverpleegkundige spreekt het patiëntje aan: *“Weet je (naam patiënt), (naam verpleegkundige) gaat even kijken met dit slangetje. Ik doe nog niks hoor. Ik ga ‘m eerst even afmeten, zo achter je oren langs naar je buik. (Naam verpleegkundige) gaat nu het slangetje in je neus stoppen naar je maag. Zo, ja dat is ook niet leuk hè? Ik ben zo weg hoor’.* [Seniorverpleegkundige geeft aan dat ze genoeg vervelende dingen voor vandaag heeft gedaan]

**Key:**

De toon van de communicatie is vriendelijk en medelevend van aard.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face to face).

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek over andere zaken gaat.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

<b>16.00 Medicatie uitdelen</b>	<b>Situatie 22</b>
---------------------------------	--------------------

**07.05.23 15.30**

Tijdens een ronde over de gang wordt de seniorverpleegkundige (SVP) aangesproken door de ouders (Ou) van een baby. Zij vragen voor de voeding van hun kind hulp aan de seniorverpleegkundige:

1. Ou: Kunnen jullie een flesje klaar maken?
2. SVP: Eh, is dat nog niet uitgelegd hoe dat hier moet?
3. Ou: Nee
4. SVP: Oh dan kom ik zo even bij jullie

De seniorverpleegkundige laat aan de ouders zien hoe ze een flesje voor hun kind kunnen opwarmen. Heeft de fles aan de ouders gegeven:

1. SVP: Jullie redden je zo wel even?
2. Ou: Ja
3. SVP: Ok dan kom ik zo nog even langs

---

### **07.05.23 16.45**

#### **Setting:**

De communicatie vindt plaats in box 3, dit is een geïsoleerde kamer waar plek is voor één patiëntje. De opstelling tijdens het gesprek en de handelingen is zo dat de seniorverpleegkundige zowel de ouder als de patiënt kan zien, zij staat hierbij naast het bed. De patiënt zit in bed.

#### **Scene:**

De communicatieve situatie vindt plaats aan het einde van de dag, om 16.45 uur. De seniorverpleegkundige is degene die het gesprek structureert.

#### **Participants:**

De deelnemers in deze situatie zijn de seniorverpleegkundige, het patiëntje en haar vader. De seniorverpleegkundige heeft hierin de rol van initieerder. Het patiëntje is deelnemende hoorder. Zij luistert naar dat wat de seniorverpleegkundige tegen haar zegt en zegt een aantal keer 'ja' als antwoord op de vragen. De vader van het patiëntje mengt zich niet in de conversatie en is daarmee een niet-deelnemende hoorder.

#### **Ends:**

Het doel van deze situatie is om ervoor te zorgen dat het patiënte haar medicijnen krijgt. Het doel van de communicatie in deze situatie is aan de ene kant om de handelingen van de seniorverpleegkundige te begeleiden en aan de andere kant om de patiënt te prijzen.

#### **Act sequence:**

Een patiëntje krijgt een paracetamol toegediend. Wanneer de seniorverpleegkundige de kamer binnenkomt, betreft ze het patiëntje bij haar handelingen door het patiëntje aan te spreken op wat ze aan het doen is. Op dat moment is zij namelijk een groot hart aan het versieren in het kader van Moederdag. Het patiëntje mag de paracetamol innemen met een hap appelmoes. De seniorverpleegkundige zegt dan: *"kijk hier heb ik een beetje appelmoes voor je en een beetje poeder tegen de pijn. Dan krijg je één lepel met poeder en één lepel zonder. Zo, is het er allemaal door?"* (patiëntje knikt) *"Ja? Doe je mond eens open?"* (op vriendelijke toon) *Goed zo! Wat ben jij een kanjer zeg!"* (patiëntje kijkt trots).

#### **Key:**

De toon van de communicatie is vriendelijk.

#### **Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face to face).

#### **Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek over andere zaken gaat.

#### **Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

### **07.05.23 16.50**

#### **Setting:**

De communicatie vindt plaats in kamer 9, dit is een zaal waar plek is voor twee patiëntjes. De opstelling tijdens het gesprek en de handelingen is zo dat de seniorverpleegkundige zowel de ouder als de patiënt kan zien, zij staat hierbij naast het bed. De patiënt ligt in bed.

---

**Scene:**

De communicatieve situatie vindt plaats aan het einde van de dag, om 16.50 uur. De seniorverpleegkundige is degene die het gesprek structureert.

**Participants:**

Deelnemers in deze communicatieve situatie zijn de seniorverpleegkundige, de patiënt en haar moeder. De seniorverpleegkundige is degene die het woord doet en initieert daarmee.

**Ends:**

Het doel van deze situatie is om de patiënt en haar moeder duidelijkheid te geven in de samenstelling van de voeding. Het doel van de communicatie in deze situatie is om voorgaande te realiseren en daarnaast om de handelingen van de seniorverpleegkundige te begeleiden.

**Act sequence:**

De seniorverpleegkundige bereidt een infuus voor. Wanneer dit aangehangen wordt bij de patiënt geeft ze uitleg over de samenstelling. Ze hebben berekend dat ze 70 ml per uur moet krijgen, hier wordt verantwoording voor afgelegd aan moeder en patiënt. Moeder antwoordt door te zeggen: "Ik vind het allemaal best hoor". Dan vraagt de patiënt aan de seniorverpleegkundige: "Wat doe jij nou?", waarop de seniorverpleegkundige antwoordt: "Ik spuit m (het infuus) even door".

**Key:**

De toon van de communicatie is vriendelijk.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face to face).

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek over andere zaken gaat.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

17.00-18.00	Medicatie uitdelen	Situatie 23
-------------	--------------------	-------------

**Setting:**

De communicatie vindt plaats in de kamer waar de betreffende patiënt op dat moment ligt. De patiënt ligt in bed. Wanneer er ouders aanwezig zijn, staan of zitten deze naast het bed. De seniorverpleegkundige staat veelal aan de andere kant van het bed, waar hij/zij zowel ouder als patiënt kan zien.

**Scene:**

De communicatie vindt plaats op verschillende tijdstippende gedurende de dienst. De seniorverpleegkundige is degene die het gesprek structureert.

**Participants:**

Wie de deelnemers aan het gesprek zijn, is afhankelijk van de setting: meestal zijn de seniorverpleegkundige, de patiënt en één of twee ouders aanwezig.

**Ends:**

Het doel van de communicatie is het verzorgen van de patiënt, bijvoorbeeld door een nieuwe kuur op te hangen of andere medicatie te geven. Hierbij wordt met de patiënt en eventuele aanwezige ouders gepraat.

---

**Act sequence:**

De opeenvolgende communicatieve handelingen zijn dat de seniorverpleegkundige de kamer binnenkomt, de aanwezigen begroet, aankondigd een actie te willen uitvoeren, en een ontspannen praatje met de patiënt maakt. De seniorverpleegkundige initieert over het algemeen. Het komt voor de de ouder of patiënt initieert, dit is meestal wanneer één van hun (of beiden) een vraag heeft voor de seniorverpleegkundige.

**07.05.14 17.20**

Een patiënt (P) zit niet op één lijn met de seniorverpleegkundige over het toedienen van zijn medicatie:

1. SVP: Het is vijf uur geweest, ik ga jou je medicijnen geven.
2. P: Dat hoeft pas om zes uur.
3. SVP: Nee hoor, het moet toch echt om vijf uur.
4. P: Het moet om zes uur.
5. SVP: Weet je wat? Ik controleer het wel even in je dossier.

*De seniorverpleegkundige kijkt in het dossier en inderdaad, het moet om vijf uur. Ze schrijft de tijden voor de patiënt op een briefje en zegt:*

1. SVP: Kijk, ik heb het hier voor je opgeschreven, het moet om vijf uur, maar
2. zes uur mag ook, dat mag je zelf weten.

*De patiënt geeft aan te willen wachten.*

**Key:**

De toon is meestal ontspannen.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal is mondeling (face-to-face) en schriftelijk wanneer het het opschrijven van patiënteninformatie betreft.

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek over koetjes en kalfjes gaat.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

**07.05.23 17.15****Setting:**

De communicatie vindt plaats in kamer 6, dit is een zaal waar plek is voor vier patiëntjes. Tijdens het gesprek staan de seniorverpleegkundige en de ouders van een patiënt op de kamer. Hun kind is geopereerd en ligt op de Kipi. De ouders zijn op de kamer om een paar spullen van het kind op te halen.

---

**Scene:**

Tijdens het uitdelen van de medicatie komt de seniorverpleegkundige op de kamer waar ze de ouders van een patiënt treft. De seniorverpleegkundige spreekt ze aan. De communicatieve situatie vindt plaats om 17.15 uur. De seniorverpleegkundige is degene die het gesprek structureert.

**Participants:**

De deelnemers in deze situatie zijn de seniorverpleegkundige en de twee ouders van de patiënt.

**Ends:**

Het doel van deze situatie is om de ouders in te lichten over de gang van zaken op de Kipi. De seniorverpleegkundige zegt tegen de ouders: *“De intensive care is een afdeling met veel slangetjes en dingen, schrik daar niet teveel van. De patiënt zal waarschijnlijk ook aan een aantal apparaten liggen, maar daar weet ik verder niks van. Ik zal zo nog even navragen met hoeveel personen jullie erbij mogen.”*

**Act sequence:**

De ouders van de patiënt zijn op de kamer. De seniorverpleegkundige ziet hen en gaat naar ze toe. Daar geeft ze inlichtingen over de gang van zaken op de Kipi. Wanneer de seniorverpleegkundige de ouders achterlaat, wenst ze hen allen veel sterkte toe.

**Key:**

De toon van de communicatie is vriendelijk en geruststellend.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face to face).

**Normen:**

De norm die geldt tijdens dit gesprek is dat de seniorverpleegkundige zich ontspannen opstelt en de ouders gerust stelt.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

**07.05.23 18.30****Setting:**

De communicatie vindt plaats in kamer 8, dit is een zaal waar plek is voor twee patiëntjes. Tijdens het gesprek staat de seniorverpleegkundige naast het bed en ligt de patiënt in het bed.

**Scene:**

De communicatieve situatie vindt plaats aan het einde van de dag, om 18.30 uur. De seniorverpleegkundige is degene die het gesprek structureert.

**Participants:**

De deelnemers in deze situatie zijn de seniorverpleegkundige en de patiënt.

**Ends:**

Het doel van deze situatie is om de patiënt te voorzien van de noodzakelijke zorg op dat moment. De rol van communicatie in deze situatie is om informatie te geven aan de patiënt en daarnaast (aan het einde) om de patiënt gerust te stellen.

**Act sequence:**

In de avond, als de helft van de verpleegkundigen met pauze is, is er een patiënt die bloed op hoest. De seniorverpleegkundige gaat samen met een collega bij de patiënt langs. De collega geeft hierbij aan de

---

onderzoekers aan: *'Kijk zo hoort het nou, er is geen paniek, we doen wat we moeten doen'*. Aan bed bij de patiënt ontstaat de volgende dialoog:

1. SVP: Dan ruilen we even van bakje, dan hoef je het ook niet allemaal te
2. zien (= het bloed). Zal ik je mond even schoonmaken? (ondertussen
3. belt collega met arts, om te vertellen wat er met p gebeurt)
4. SVP: De dokter gaat zo even naar je bloedplaatjes kijken. Weet je wel wat
5. dat zijn?
6. P: (schudt nee)
7. SVP: Die zorgen voor een bloedstolling. Dus als je een wondje hebt, komt
8. er een korstje op. Dan ga ik nu even bij andere kinderen kijken en
9. dan kom ik zo bij je terug.
10. P: Dan kom je wel direct?
11. SVP: Ja natuurlijk, en als er iets is, als je weer moet hoesten, dan bel
12. je meteen hè?

**Key:**

De toon van de communicatie is serieus en vriendelijk, daarnaast is het ook medelevend van aard.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face to face).

**Normen:**

De norm die geldt tijdens dit gesprek is dat de seniorverpleegkundige zich ontspannen opstelt en de patiënt gerust stelt.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

<b>20.00</b>	<b>Medicatie uitdelen en controles uitvoeren</b>	<b>Situatie 24</b>
--------------	--	--------------------

**07.05.14 20.00**

Een seniorverpleegkundige voert controles uit bij een patiënt. Gaat ondertussen met de patiënt een potje handbal doen met een opblaasbal. Dit is goed voor de patiënt, die de bal heeft gekregen om oefeningen mee te doen. De patiënt, die normaal erg stil en teruggetrokken is, leeft door het spelletje wat op.

**Setting:**

De communicatieve situatie vindt plaats in kamer negen. Dit is een kamer waar plek is voor twee patiënten. De opstelling tijdens de situatie is als volgt: moeder, vader en zus zitten aan de rechter zijkant van het bed. De patiënt ligt in bed. De seniorverpleegkundige staat aan de linkerkant van het bed.

**Scene:**

De situatie vindt plaats om 20.00 uur. De seniorverpleegkundige is degene die het gesprek structureert.

**Participants:**

Deelnemers in deze situatie zijn de seniorverpleegkundige, de patiënt en diens vader, moeder en zus.

---

**Ends:**

De seniorverpleegkundige wil tijdens deze situatie de temperatuur en bloeddruk van de patiënt meten. Het duurt altijd een tijdje voor deze gegevens gemeten zijn, dus ondertussen maakt de seniorverpleegkundige een praatje met de patiënt en diens familie.

**Act sequence:**

De seniorverpleegkundige komt de kamer binnen in de kamer van de patiënt. Kondigt aan wat ze gaat doen. Voert de handelingen uit, en gaat ondertussen met de patiënt een potje handbal doen met een opblaasbal. Betreft de ouders hier ook in, en met z'n allen doen spelen ze met de opblaasbal, totdat de metingen voltooid zijn.

**Key:**

De toon van de communicatie is grappig en vriendelijk.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face-to-face).

**Normen:**

De norm die geldt tijdens dit gesprek is dat de seniorverpleegkundige zich ontspannen opstelt en grapjes maakt met de patiënt en diens ouders.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

**07.05.14 20.15**

Tijdens één van de controles van een patiënt worden zowel hartslag als temperatuur van de patiënt opgemeten. De ademhaling van patiënt klinkt niet goed, deze is erg onregelmatig. De ouders zijn hier erg ongerust over. De verpleegkundige geeft direct aan dat ze de arts hierover zal bellen. De ouders van de patiënt dringen er een beetje op aan dat ze dit wel meteen mag doen. De arts is echter niet direct bereikbaar, maar neemt pas na 5 keer bellen de telefoon op. Hij komt daarna wel naar de afdeling:

**Setting:**

De communicatieve situatie vindt plaats in kamer elf. Dit is een zaal waar plek is voor twee patiënten. De opstelling tijdens de situatie is als volgt: zowel moeder als seniorverpleegkundige staan aan de linkerklant van het bed. De patiënt ligt in bed en zijn vader zit er aan de rechterkant naast. De kinderarts staat aan het voeteneind van het bed.

**Scene:**

De situatie vindt plaats om 20.15 uur. De kinderarts is degene die het gesprek structureert.

**Participants:**

Deelnemers in deze situatie zijn de seniorverpleegkundige, de kinderarts, de patiënt en zijn vader en moeder.

**Ends:**

Het doel van deze situatie is om de arts een blik te laten werpen op de situatie van de betreffende patiënt. Het doel van de communicatie in deze situatie is om de ouders van deze patiënt gerust te stellen.

**Act sequence:**

De arts komt de kamer binnen in de kamer van de patiënt. In de kamer zijn de ouders van de patiënt aanwezig, die zich zorgen maken om de toestand van hun kind. De arts toont begrip aan de ouders: *'Ik zie dat u zich zorgen maakt, dat kan ik me ook heel goed voorstellen. We moeten alleen niet vergeten dat uw*

---

zoon erg ziek is'. Hij geeft aan dat de onregelmatige ademhaling waarschijnlijk een gevolg is van het gebruik van een bepaald medicijn. De arts maakt zich er nog niet meteen zo'n zorgen over en probeert dit ook over te brengen aan de ouders.

**Key:**

De toon van de communicatie is serieus, vriendelijk en medelevend.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face-to-face).

**Normen:**

De normen die gelden tijdens dit gesprek is dat de arts serieus is, omdat hij de ouders gerust probeert te stellen.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

*Diezelfde avond laat bellen de ouders naar de afdeling over hun kind. Ze willen weten hoe het met hem gaat. De seniorverpleegkundige stelt ze gerust en legt uit hoe nu het met hun kind gaat. Vervolgens zegt ze tegen de ouders dat ze altijd mogen bellen als ze ongerust zijn, ook 's nachts. Zij zullen de ouders zelf ook bellen als er wat aan de hand is.*

<b>21.00 Rapportage bijwerken, koffie drinken in de verpleegpost</b>
--

<b>Situatie 25</b>
--------------------

Tijdens het bijwerken van de rapportage is vooral te kenmerken als een sociale bezigheid: omdat de meeste kinderen slapen, is het erg rustig op de afdeling en hebben de verpleegkundigen tijd om met elkaar te kletsen. Het gevoel van saamhorigheid wordt tijdens deze situatie versterkt.

<b>23.15 Overdracht van avond- naar nachtdienst</b>
---

<b>Situatie 26</b>
--------------------

**Setting:**

De overdracht van avond- naar nachtdienst vindt plaats in de koffiekamer. Omdat er 's nachts maar weinig verpleegkundigen aan het werk zijn, kan de overdracht plaatsvinden in alleen de koffiekamer. De deelnemers zitten aan een ronde tafel, waarbij de opstelling niet vastligt. Fysiek zitten de deelnemers naast of tegenover elkaar.

**Scene:**

De overdracht van avond- naar nachtdienst vindt plaats om 23.15 uur. Tijdens de overdracht zijn het de verpleegkundigen die het gesprek om beurten structureren. De schriftelijke documenten die ingezet worden, zijn de lanlel en de dossiers met daarin de rode mappen en de templijsten.

**Participants:**

De deelnemers aan deze communicatieve situatie die 'overdracht' genoemd wordt, zijn: de senior verpleegkundige en verschillende andere verpleegkundigen die in en uit lopen. Elke verpleegkundige uit de avonddienst bespreekt hier haar patiënten, hun toestand en het verloop van de avond. De verpleegkundige van de avonddienst noemt een aantal patiënten op, de verpleegkundige die in de volgende dienst verantwoordelijk is voor dezelfde patiënten geeft dit aan. De patiëntengegevens worden overgedragen. Deelnemende hoorders zijn degenen die informatie uitwisselen over de verlopen dienst. De geratificeerde af luisteraars zijn de verpleegkundigen die wel in de kamer aanwezig zijn, maar niet deelnemen aan het gesprek.



---

**Ends:**

Het doel van de communicatieve situatie is de dienstdoende verpleegkundigen op de hoogte brengen van het verloop van de avonddienst en de toestanden van de kinderen. Ook eventuele bijzonderheden worden besproken tijdens de overdracht. Met de resultaten kunnen de verpleegkundigen die de dienst ingaan, inspelen op wat zij voor hun kinderen moeten doen.

**Act sequence:**

De communicatieve handelingen vanuit het oogpunt van de seniorverpleegkundige zijn opeenvolgend: plaatsnemen aan tafel, noteren welke patiënten hij/zij toegewezen krijgt, bijzonderheden noteren in de lancel, vertrekken. De initiator binnen het gesprek is de verpleegkundige die verslag doet. Hij/zij draagt daarmee het kind als het ware over aan de nieuwe dienstdoende verpleegkundige.

Er wordt rustig gepraat en iedereen laat elkaar uitpraten. De (senior)verpleegkundigen stellen aanvullende vragen. Ook piepernummers worden verdeeld en aan iedereen doorgegeven, zodat iedereen weet welk nummer hij moet hebben bij een bepaalde collega. Er wordt vastgesteld wie de regiepieper zal dragen.

**Key:**

De toon van de communicatie is in principe serieus, wanneer het over de patiënten gaat. De overdracht bleek echter ook een moment van sociale praatjes, en in dat geval was de toon vaak grappig/ontspannen. De deelnemers stemden dit over het algemeen op elkaar af.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal dat bij de overdracht wordt gebruikt, is mondeling (face-to-face) en schriftelijk.

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over een patiënt gaat, en speels wanneer het gesprek niet-werk gerelateerd was.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie en informatie uit de dossiers.

<b>23.30-07.30</b>	<b>Nachtdienst</b>	<b>Situatie 27</b>
--------------------	--------------------	--------------------

Tijdens de nachtdienst vinden er geen vaste overlegmomenten plaats. De communicatieve situaties die zich tijdens deze dienst voordoen, zijn gelijk aan die van de dag- en avonddienst: het uitvoeren van controles en het geven van medicijnen.

<b>07.30</b>	<b>Einde nachtdienst, begin dagdienst</b>	<b>Situatie 28</b>
--------------	---	--------------------

Om half 8 begint weer een nieuwe dag met een nieuwe dienst en nieuwe verpleegkundigen. De cyclus van activiteiten, zoals hiervoor beschreven, start weer opnieuw.

---

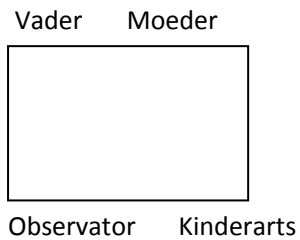
## Overige situaties

Tijdens de participerende observatie is een aantal gesprekken met een arts bijgewoond en vastgelegd. De Speaking-modellen hieronder geven deze situaties weer.

### 07.05.24 12.00

#### **Setting:**

De communicatieve situatie vindt plaats in een overlegkamer op de afdeling. De opstelling hierbij is als volgt:



#### **Scene:**

De communicatieve situatie vindt plaats aan het einde van de ochtend, om 12.00 uur. De kinderarts is degene die het gesprek structureert.

#### **Participants:**

Deelnemers in deze situatie zijn de kinderarts en de vader en moeder van één van de patiëntjes.

#### **Ends:**

Dit gesprek is standaard procedure voor kinderen die met ontslag gaan. Het doel van de situatie is om antwoord te geven op enkele vragen van ouders voordat hun kindje mee naar huis gaat. Het doel van de communicatie in deze situatie is om de ouders te informeren over wat zij de komende kunnen verwachten.

#### **Act sequence:**

In één van de middagen is het bekend dat ouders (Ou) hun kindje mee naar huis mogen nemen, hij is op die dag namelijk klaar met zijn kuur. Voordat zij samen naar huis gaan, hebben ze een gesprek met de kinderarts (A), omdat ze toch nog met enkele vragen zitten:

(M= moeder, V= vader)

1. A: de laatste kuur is bijna voorbij, hoe is dat nu? Went het?
2. Ou: [spreken gevoelens hierover uit] het wordt inmiddels wel geroutineerd
3. A: hebben jullie het gevoel dat hij er zelf tegenop ziet?
4. V: wij maken ons er waarschijnlijk meer druk om dan hij
5. A: en jullie hadden ook nog een aantal vragen?
6. M: ja, toch nog weer over de opbouw van de kuur
7. A: [geeft uitleg hierover]
8. Ou: [stellen een vraag]
9. A: dat was ook één van de dingen die ik wilde toelichten
10. Ou: [vragen zich af wat bepaalde kuur doet]
11. A: [legt eventuele bijwerkingen van de kuur uit]
12. V: hoe ziet normaal gesproken het verloop van de kuur eruit? Heeft de

---

13. laatste kuur ook de meeste impact?

14. A: er spelen een aantal dingen nu een rol. Het verloop van de kuur is niet  
15. geheel te voorspellen [Arts legt vervolgens mogelijke bijwerkingen uit]

16. V: worden de stamcellen na de kuur teruggeplaatst?

17. A: [legt aan de hand van een uitgeprint schema uit hoe dit gaat. Arts legt  
18. mogelijke risico's uit (één daarvan is dat P mogelijk niet naar huis  
19. kan) geeft vervolgens ouders gelegenheid om hier op door te vragen]

20. M: en wat nu? Misschien is dat ook wel te ver vooruit kijken hoor, maar na  
21. 6 maand is hij klaar en wat zijn dan de controleprocedures?

22. A: dan kijken we opnieuw wat er op dat moment mogelijk is. Hij heeft dan  
23. de chemo gehad en dan zijn er geen standaard procedures voor handen.

24. M: Nou ja, misschien moeten we daar nu ook niet over praten

25. A: nu is alles gericht op genezing. Ik denk dat het een heel erg als, als,  
26. dan geredeneer wordt.

27. M: ja inderdaad, daar moeten we t nu niet over hebben.

28. A: de controles zijn eerst 1x per 3 maand, daarna 1x per jaar. Het doel  
29. van die controles is om te kijken of de tumor niet terug komt.  
30. Daarnaast kijken we ook hoe de ontwikkeling is van de patiënt.

31. A: [geeft beeld hoe het leven eruit gaat zien voor ouders] je pakt alles  
32. weer op, alles gaat zijn gang weer en op het moment dat er weer een  
33. controle komt ben je weer onrustig. Jullie zijn bekend bij ons, dus je  
34. kan altijd bellen

35. M: is er iemand belast met de doorvoer van de kuur? Ik moest nu zelf na 14  
36. dagen aangeven dat hij medicijn X moest hebben. Niemand had daar dus  
37. aan gedacht.

38. A: [legt uit hoe dit mogelijk is] Als iemand namelijk tussendoor wordt  
39. opgenomen, dan kan het gebeuren dat u daar eerder aan denkt dan wij.  
40. daarom is het belangrijk dat u dit schema ook heeft.

41. M: kan ik het behandelplan ook van uur tot uur krijgen?

42. A: dat is een schema wat de verpleegkundigen hebben. Een schema met daarop  
43. hun planning.

44. M: je bent toch een soort waakhond. Als hij kuurt moet je erbij zijn als  
45. ouder. Een tijdje terug zag ik ook dat er een verkeerd infuus hing.  
46. Daarom is het belangrijk dat ik dat schema heb.

47. A: heeft u dat ook besproken met de verpleegkundigen?

48. M: ja, zij voelden zich heel vervelend.

49. A: [geeft aan dat ze verpleegkundigen hier op aan kan spreken ("  
50. triggeren") zo van, he wanneer is de volgende kuur?]

51. A: ik vind wel dat ik dit [voordat ze dus dat schema krijgt] even moet  
52. bespreken met een regieverpleegkundige.

53. M: het is niet negatief bedoeld hoor.

54. V: Het is ook voor onze eigen beeldvorming. Dat zou dan het enige tastbare  
55. zijn wat we hebben.

56. M: Wij vinden het fijn om te weten wat er allemaal in gaat en waarom.

57. A: misschien kan er een oudervriendelijk werkplan gemaakt worden in plaats

- 
58. van het werkplan voor de verpleegkundigen.
59. [samenvattend] Dus u heeft behoefte aan informatie op papier. Daar gaat
60. het om. De uitleg van een verpleegkundige, waar u aantekeningen van kan
61. maken, is niet genoeg. U wilt echt gedetailleerde informatie hebben?
62. Ou: [ouders bevestigen dit]
63. A: ja, dat is duidelijk
64. V: dan is het tastbaar en weten we hoe het eruit ziet.
65. A: wat we wel kunnen doen is bij deze medicijnen vast de dagboekbladen
66. voegen.
67. M: ouders geven ook nog een compliment over de behandeling. Geven aan dat
68. er heel snel allerlei mensen samen moesten komen, en dat dat heel goed
69. ging. Het oogsten van stamcellen, alles ging ontspannen. Fijn dat hun
70. zoon ook op een aparte kamer kon liggen.
71. M: er zijn 52 stamcellen afgenomen, maar er waren er 15 nodig. Wat gebeurt
72. er met de overige?
73. A: [geeft uitleg]
74. V: wat ik ook nog wilde vragen, hoe zit het met de groeicurve?
75. A: ik verwacht dat dat heel erg meevalt, want [...] dus ik verwacht niet
76. heel veel. Dan hebben we t natuurlijk wel over de lengte (niet gewicht)
77. M: ik heb geen vragen meer, jij? (= vader)
78. A: ik ga nog even achter de volgende dingen aan: dagboekbladen,
79. gehooronderzoek, etc.
80. M: en de communicatie met u gaat via de poli?
81. A: streven is om dat op de poli te doen ja. We hebben dan regelmatig
82. contact en dan kunnen we even bijpraten
83. M: we hebben uw telefoonnummer?
84. A: dat gaat via de secretaresse, en anders [geeft uitleg]
85. Tijdens opnames kom ik in ieder geval even langs. Vragen kunt u ook
86. altijd doorgeven aan de verpleegkundigen, zij bespreken dit in de
87. visites. Mocht ik er niet zijn, en het kan niet wachten, dan kunt u ook
88. altijd bij een collega terecht.

**Key:**

De toon van de communicatie is serieus en vriendelijk.

**Instrumentalities:**

Het communicatiekanaal in deze situatie is mondeling (face to face).

**Normen:**

De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over de aandoening van de patiënt gaat, en speels/ontspannen wanneer het gesprek over andere zaken gaat.

**Genre:**

De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

---

### **07.05.23**

Op woensdag 23 mei komt de anesthesist langs bij een patiënt. Ze overleggen over de aankomende operatie. Dit gebeurt op zaal waar ook andere ouders bij zijn:

1. Ou: Gaat de operatie wel door, of moet het eventueel uitgesteld
2. worden?
3. An: Dat is een vraag voor de chirurg, die komt er zo aan
4. *[chirurg komt binnen, ouders stellen vraag opnieuw]*
5. Ou: Wat gebeurt er als de operatie niet doorgaat?
6. C: Dan gaan we huilen, en dan maken we een nieuw plan
7. *[even later]*
8. C: Ik hoop dat jullie je realiseren dat ... *[duidt op eventuele*
9. *vervolgoperaties]*
10. Ou: Ja, maar zo is het gewoon
11. *[stellen vraag over een eventuele pacemaker]*
12. C: *[antwoordt, legt uit, stelt gerust]*

Gesprek chirurg, anesthesist en ouders, 23 mei 2007

De opstelling tijdens het gesprek is: de chirurg, anesthesist en ouders staan bij het bed van de patiënt. Ouders van andere patiënten staan niet bij het bed, maar bevinden zich wel binnen gehoorsafstand in de kamer. Een aantal verpleegkundigen heeft aangegeven het raar te vinden dat dergelijke besprekingen altijd op de patiëntenzalen plaatsvinden, in plaats van in een afgesloten ruimte. Met het oog op de privacy van de patiënt zou dit beter zijn, zeggen ze.

Een chirurg (C) komt kennis maken met een patiënt van zes jaar (P) die geopereerd gaat worden. Hij noemt zich tegenover de patiënt de 'operatiedokter'. Hij praat met de patiënt:

1. C: Waarom ben je hier? Kom je hier logeren? Wat gezellig!
2. *[vervolgens:]*
3. C: Gaan we alleen leuke dingen doen of ook een beetje nare?
4. P: *[geeft onduidelijk antwoord]*
5. C: Morgen gaan we een beetje nare dingen doen
6. C: Waar krijg je een pleister?
7. P: *[geeft geen antwoord]*
8. C: Krijg je een grote of kleine pleister?
9. P: *[wil weg, dus mag terug naar haar kamer]*
10. C: *[praat verder met ouder. Legt uit wat er gaat gebeuren]*

Gesprek chirurg en ouder 24 mei 2007

De communicatie vindt plaats in de behandelkamer. Dit is een afgesloten ruimte waar de chirurg op een stoel zit tegenover de ouder, die ook op een stoel zit en het kind op schoot heeft. Wanneer de chirurg met de patiënt praat, praat hij op haar niveau. Hij probeert haar voor te bereiden op wat er komen gaat, in 3 en 5. In 6 stelt hij een vraag die de patiënt moeilijk kan beantwoorden, dus herformuleert hij de vraag in 8. Wanneer de patiënt weg wil, zet de chirurg het gesprek voort met de ouder. Hij legt uit wat er komen gaat en geeft alle ruimte tot het stellen van vragen.

---

## Bijlage II Kernpunten in de speech events

### Collegialiteit

Een voorbeeld binnen het thema 'Collegialiteit' is wanneer tijdens een overdracht een verpleegkundige (VP) uit de nachtdienst bij de regieverpleegkundige (RVP) aangeeft dat hij niet snapt waarom de saturatie bij kleine cardiokinderen niet op het oor gemeten wordt:

1. VP: Waarom is het beleid zo dat we zo halsstarrig aanhouden aan die
2. onderwaarde van 85, alles krap vaststellen en daardoor continu
3. piepende monitoren hebben, terwijl dit bij het oor allemaal niet
4. nodig is?
5. RVP: Ik ga het even voor je uitzoeken. Ik zal het ook nog even nagaan
6. bij de kinderarts. **Goed dat je het zegt.**

Overdracht, 25 mei

De regieverpleegkundige geeft aan een antwoord te zullen zoeken op de vraag van de verpleegkundige, en geeft met de uiting in 6 bovendien aan dat ze het waardeert dat de verpleegkundige deze kritische opmerking plaatst. Ze geeft hiermee aan dat er ruimte is tot het stellen van kritische vragen en beloont de verpleegkundige voor het feit dat hij hun op iets attendeert.

Een ander voorbeeld van collegialiteit doet zich voor in de dagdienst op 3 juni. De seniorverpleegkundige komt een collega in de gang tegen. Ze stellen elkaar op de hoogte te brengen over de stand van zaken wat betreft het werk waarbij de verpleegkundige in regel 7 aangeeft dat ze de seniorverpleegkundige tegemoet zal komen in haar werkzaamheden. De volgende dialoog ontstaat:

1. SVP: Hoe gaat t met jou?
2. VP: Ja gaat goed, geeft vervolgens aan welke personen er allemaal al klaar
3. zijn met hun eerste ronde.
4. SVP: Ik zal zo de gegevens van P1 verwerken, dan is dat ook maar weer gedaan
5. VP: Heb je zijn gegevens ook al uit de computer gehaald?
6. SVP: Nee, dat nog niet
7. VP: Ok, dan ga ik dat doen

Dagdienst, 3 juni

Een tegenvoorbeeld van collegialiteit is het volgende. De regieverpleegkundige loopt naar de regiekamer om daar het dienstrooster te bekijken. Bij het zien van het rooster verzucht de regieverpleegkundige: 'Heeft ze het toch weer voor elkaar hè?!'. Op de vraag van de observeerder wat de regieverpleegkundige hiermee bedoelt, zegt de regieverpleegkundige het volgende: rond het Pinksterweekend zou zij met een collega-regieverpleegkundige eerlijk de regie verdelen over de dagen rond dit weekend, zodat ze allebei een dag vrij konden zijn: de één de dag vóór het Pinksterweekend en de ander de dag erna. Op deze manier konden beiden een extra dag aan het Pinksterweekend vastplakken. Bij het zien van het rooster moet de regieverpleegkundige echter constateren dat ze nu toch allebei de dagen moet werken, terwijl de bewuste collega er voor gezorgd heeft dat ze beide dagen vrij is. De regieverpleegkundige is hier duidelijk niet blij mee: 'Dan denk ik van ...'.

---

## Bejegening

### Bejegening van patiënt

Een voorbeeld van bejegening is tijdens een controleronde. De seniorverpleegkundige noteert temperatuur, bloeddruk, en gewicht van een patiënt in de controlelijst. Dan zegt de patiënt (P) tegen de seniorverpleegkundige:

1. P: Ik heb zin in kwart over elf
2. SVP: Wat is er dan om kwart over elf?
3. P: Dan komen de pedagogisch medewerkers
4. SVP: Oh en vind je dat leuk?
5. P: Ja
6. SVP: Wat ga je dan doen met de PM'ers?

Patiëntenzorg, 10 mei

Met de uitingen 2, 4 en 6 toont de seniorverpleegkundige belangstelling in de patiënt en gaat in op haar uiting dat ze het leuk vindt dat er om kwart over elf iemand komt die wat leuk met haar gaat doen.

Een ander voorbeeld van bejegening vindt plaats tijdens de dienst op 14 mei. De arts-assistent en de co-arts vergezellen de seniorverpleegkundige naar een tweepersoons patiëntenkamer om een kuur te starten. Tijdens het toedienen van de medicatie geeft de arts-assistent aan wat ze doet en wat de patiënt kan verwachten:

1. AA: Zijn we er klaar voor? Nog even een laatste check.
2. Dit is gewoon een beetje zout water.
3. M: Hij heeft al een snoepje in zijn mond [patiënt proeft medicatie
4. namelijk in mond]
5. AA: En dit is voor de misselijkheid.
6. Dat was ie alweer. Je doet het keurig (naam patiënt)
7. Dit is de laatste, dan zijn we klaar. Dit is weer een zoute. Even
8. kauwen?
9. (laatste medicatie is toegediend)
10. Doe je best he? Doeg!

Patiëntenzorg, 14 mei

Een laatste voorbeeld, afkomstig van vrijdag 25 mei om 15.00. De regieverpleegkundige springt een moment in in de zorg. Ze is op de kamer van een patiënt die net terug is van de Kipi. Deze patiënt moest eerder die week acuut geopereerd worden aan een tumor in de longen. De patiënt is nog wat versuft en kan moeilijk praten. De regieverpleegkundige vraagt aan de patiënt: 'Ben je ook benauwd?' en 'Voel je je al wat beter? Nee? Er is ook zo veel gebeurd'. Vraagt daarna nog een keer of de patiënt benauwd is. De regieverpleegkundige doet vervolgens een aantal metingen bij de patiënt en kondigt deze vooraf aan. Voordat ze de kamer verlaat, zorgt ze dat de bel onder handbereik is van de patiënt. Later op de gang zegt ze dat sommige collega's wel eens vergeten die bel in de buurt van de patiënt te leggen, maar dat zulke zieke kinderen dan geen kant op kunnen als er wat gebeurt. Dan liggen ze daar maar te liggen. Met deze handelingen leeft de regieverpleegkundige zich in in de patiënt en toont daarmee bejegening. Later op de gang komt ze de verpleegkundige tegen die eigenlijk voor de patiënt zorgt. De twee hebben overleg over de toestand van de patiënt. De regieverpleegkundige zegt tegen de verpleegkundige dat ze de patiënt nog wel wat benauwd vindt, ook zegt deze zelf van niet. Later werpt ze nog een keer een blik op de patiënt. De patiënt wordt goed in de gaten gehouden.

---

## Bejegening van ouders

Een voorbeeld van bejegening jegens ouders is van woensdag 9 mei om 15.30. De ouders van een geopereerd patiëntje komen op de afdeling. Ze moeten wachten tot hun kind terugkomt van de Kipi. Een verpleegkundige ziet ze de afdeling op lopen en begroet ze: 'Hoi! Hoe is het? Lang wachten hè?'. De communicatie switcht hier van inhouds- naar betrekkningsniveau.

Een seniorverpleegkundige is bij een patiëntje. De moeder (M) van het kind is er ook. Ze praten:

1. M: Ze is wel afgevallen
2. SVP: Ze was X kilo toen ze hier kwam, dus ze zit daar nog net onder

Patiëntenzorg, 24 mei

Over het heen en weer reizen van en naar het ziekenhuis zegt de moeder:

3. M: Het breekt op den duur wel op hoor
4. SVP: Ja hè? Ja het vraagt ook veel

Patiëntenzorg, 24 mei

De seniorverpleegkundige stelt gerust (in 2) en toont empathie (in 4).

Donderdag 24 mei, 07.45: de seniorverpleegkundige gaat naar een patiëntje, zingt voor het kind en houdt ondertussen de monitor van een andere patiënt in de gaten. De ouders van dat kindje hebben een vraag over de operatie die het kind moet ondergaan. De seniorverpleegkundige geeft antwoord, maar benadrukt ook dat het daarmee waarschijnlijk niet in één keer genezen zal zijn: *'Zoveel moet u er ook niet van verwachten'*. De seniorverpleegkundige probeert hiermee de ouders voor te bereiden op het feit dat hun kind waarschijnlijk vaker geopereerd zal moeten worden. Ze geeft hiermee geen valse hoop aan de ouders.

Donderdag 10 mei, 08.15: een seniorverpleegkundige geeft aan de moeder van een patiëntje toelichting op de voeding van haar kind. Het kind eet nu nog zelf, maar de kans bestaat dat het binnenkort aan de sondevoeding moet. De seniorverpleegkundige bereidt de moeder hierop voor. Ze stelt de ouder gerust, en zegt dat als dit gebeurt, dat het dan niet erg is. Ze zegt dat de ouders het niet moeten ervaren als een teleurstelling. Wanneer later de vader van het kind ook op de kamer is, gaat de seniorverpleegkundige er langs om het verhaal van de sondevoeding nogmaals uit te leggen. De seniorverpleegkundige verzekert hiermee zichzelf ervan dat ook vader de informatie over de sondevoeding krijgt. Ze eindigt met de geruststelling: *'Dat is een hoofdstuk voor dan, en dat komt dan wel weer'*.

Na afloop van het gesprek vraagt de seniorverpleegkundige aan de ouders: *'Hebben jullie verder nog vragen?'*. De seniorverpleegkundige vraagt vervolgens of de arts-assistent al is geweest. Dit is niet het geval. De seniorverpleegkundige benadrukt dat de arts-assistent twee dingen bij de patiënt moet komen bekijken. Dit laatste sluit aan bij het thema 'Misverstanden', het gebeurt namelijk vaker dat een arts zou langskomen en wanneer de verpleegkundige dit de volgende dag checkt, blijkt dat er nog niemand is geweest.

Tijdens de dienst van 3 juni wordt aan het einde van de ochtend een patiëntje van een andere afdeling overgeplaatst naar M2VA. De deelnemers bevinden zich in de kamer waar het patiëntje zojuist naar toe is gebracht. De seniorverpleegkundige groet de ouders en de begeleidende verpleegkundige. Ze heeft vervolgens overleg met deze verpleegkundige over onder andere de spuitpomp, er is er namelijk geen een meer op de afdeling. Ze vraagt of ze deze nog even hier kunnen houden. De seniorverpleegkundige krijgt vervolgens de nodige papieren over het patiëntje. Wanneer de verpleegkundige weg is, geeft de senior aan de ouders door dat zij zo naar de visite moet. Ze legt uit waar de pieper zit en hoe deze werkt. Mocht er wat zijn, dan kunnen ze dus altijd bellen.



---

### Bejegening van collega's

Een ander opvallend observatiepunt was dat de bejegening tussen verpleegkundigen over het algemeen goed is. Dit hangt echter vooral samen met de persoonlijkheid van de verpleegkundige; de één is socialer ingesteld dan de ander. Een voorbeeld hiervan is tijdens de overdracht. In de overdrachtskamer zijn drie verpleegkundigen aanwezig die dossiers doorlezen. Eén verpleegkundige geeft aan hoofdpijn te hebben vanwege de benauwdheid op de afdeling. De twee andere verpleegkundigen reageren hier niet op. Later komt de voedingsassistente binnen en vraagt uit zichzelf aan de verpleegkundige: 'Hoe is het met je hoofdpijn?'. De verpleegkundige reageert blij verrast dat het wel gaat, maar dat het gister wel naar was. De voedingsassistente toont wél belangstelling in de situatie van de verpleegkundige en deze ervaart dat duidelijk als prettig.

De verpleegkundigen bespreken geregeld hun meningen over patiënten en hun ouders met elkaar. Deze meningen zorgen ervoor dat opvattingen over patiënten en/of ouders van collega's gekleurd worden. Een voorbeeld hiervan is de volgende korte dialoog:

1. Vp: Ken je hem? (naam patiënt)
2. Svp: Ja
3. Vp: Ken je zijn ouders? Het zijn wel een beetje aparte ouders...
4. Svp: Jaa... úiterst aparte ouders!

### Bejegening interdisciplinair

Een voorbeeld van zondag 3 juni: de seniorverpleegkundige is met de kno-arts op de kamer van een patiënt. De seniorverpleegkundige vertrekt daarna uit de kamer om met de eigen werkzaamheden verder te gaan en laat de kno-arts alleen met de patiënt. Wanneer deze klaar is met het onderzoek, komt die de seniorverpleegkundige nog even opzoeken om te berichten over de patiënt. De kno-arts zegt tegen de seniorverpleegkundige: 'Nou, ik hoop dat ze zich snel wat beter voelt, wat een ellendig hoopje mens'. De seniorverpleegkundige zegt: 'Dat hoop ik ook, 't is heel zielig'. Ze laten zich hiermee medelevend uit over de toestand over de patiënt, en ook al hoort deze hen niet, het geeft toch aan dat ze empathie voelen voor het kind.

### Misverstanden op het gebied van communicatie

De verslaglegging in de dossiers is erg belangrijk. Dit gaat ook wel eens mis, zoals blijkt uit een voorbeeld van de overdracht op 23 mei: een seniorverpleegkundige zegt tegen een collega die komt overdragen: 'Heb jij hem maar 60 gegeven? Hij moet 75 hebben hoor!' Collega-verpleegkundige: 'Oh ja, ja, dat klopt, dat had ik verkeerd opgeschreven, sorry'.

Een ander voorbeeld waarbij de verslaglegging niet optimaal is uitgevoerd, blijkt uit het volgende voorbeeld. Rond de overdracht van dag- naar avonddienst op 14 mei is een bbypatiënt aan het huilen. De seniorverpleegkundige kijkt in het dossier van de baby of ze misschien drinken mag. Het is onduidelijk of de collega in de dagdienst de baby al gevoed heeft, en er staat niks over in het dossier van de baby. De seniorverpleegkundige kijkt of de verpleegkundige van de dagdienst er nog is, maar dat is niet het geval. Toevallig komt de seniorverpleegkundige op de gang een collega tegen die weet dat de baby inderdaad gedronken heeft, maar dat dit nog niet in het dossier staat. Hierdoor krijgt de seniorverpleegkundige alsnog een antwoord op het vraagstuk, waardoor voorkomen wordt dat de baby te veel of juist te weinig drinken krijgt, wat in beide gevallen niet goed is voor het kind.

Maandag 10 mei, 8.15: de arts-assistent zou nog even naar de patiënt komen kijken voordat deze later op de dag naar huis gaat. 'Is dat nog niet gebeurd?' vraagt de seniorverpleegkundige aan de ouder. Nee, het is dus nog niet gebeurd, terwijl de arts-assistent gister al zou komen. De seniorverpleegkundige zegt de arts-assistent nog even te zullen mobiliseren voordat de patiënt naar huis gaat.

---

Er is een patiënt met een piepende pomp. De arts-assistent was net bij de patiënt op de kamer toen de pomp ging piepen en had de pomp zo lang maar even uitgezet. Wanneer de seniorverpleegkundige later op de kamer van de patiënt komt, vertellen de ouders dat de dokter de pomp heeft stopgezet. Dit was blijkbaar niet de bedoeling, want de seniorverpleegkundige zegt: 'Dat had de dokter niet moeten doen'. De seniorverpleegkundige valt hiermee de arts-assistent af tegenover de ouders. Bovendien wordt de informatie niet teruggekoppeld naar de arts-assistent die de seniorverpleegkundige direct na dit incident op de gang treft.

Een ander voorbeeld waaruit blijkt dat de informatieoverdracht beter kan betreft een overdracht van nacht- naar dagdienst. Het blijkt er een probleem is met betrekking tot de hoeveelheid morfine die een patiënt krijgt toegediend. Er stond niks over in de groene lijst, dus de dienstdoende nachtverpleegster (NVP) heeft morfine aangehangen, maar volgens de dagverpleegkundige (DVP) heeft de patiënt dat al gekregen:

1. DVP: Dat heb ik gister mondeling aan X<sup>1</sup> overgedragen!
2. NVP: Oh dat heeft X dan niet aan mij overgedragen, en ik heb dat ook niet
3. gelezen, dus dan is daar een kink in de kabel gekomen. Dus dan krijgt
4. ze net te veel.
5. DVP: En X zei nog: 'Dan moet ik nog wel een spuit klaarmaken'.
6. NVP: Ja, en ik heb die spuit ook wel zien liggen, maar ik weet niet beter
7. dan dat er 33 milliliter in moet.

Conclusie: de patiënt krijgt de verkeerde dosis morfine (te veel), omdat X dit nergens heeft opgeschreven en ook niet mondeling heeft overgedragen, waardoor de nachtdienst van niets wist en de oude dosering heeft aangehouden.

Een voorbeeld van het gebruik van de tempelijsten: de tempelijsten worden de overdrachtskamer binnengebracht door een collega uit de nachtdienst: *'Er stond niks op de groene lijst, dat is misschien ook een beetje slordig'*. Een ander voorbeeld waarbij een verpleegkundige uit de nachtdienst over een tempelijst zegt: *'Ik heb maar een groot kruis bij 18.00 gezet, want er moesten nog heel veel urine-uitslagen ingevuld worden'*. Deze maakt later nog de opmerking: *'Er was niks overgedragen, zowel mondeling als schriftelijk. Toen kwam moeder zich er om 01.00 mee bemoeien. Het zou met de arts overlegd worden, maar ja, ik wist van niks'*.

Tijdens de dienst van 3 juni schrijft de seniorverpleegkundige een resumé voor de oncologie poli. Dit gebeurt standaard wanneer een patiënt weer naar huis gaat. De seniorverpleegkundige geeft aan de observeerder aan dat veel medewerkers vergeten hun naam bij hun stukje tekst te zetten. Zo kan je dus nooit terug zien wie wat over een patiënt heeft geschreven.

Het belang hiervan doet zich voor tijdens de visite van 9 mei: er is een tijdsduur opgeschreven bij het infuus van een patiënt, dat wil zeggen hoe lang het infuus moet lopen. De tijdsduur blijkt niet te kloppen, daar komen de artsen bij toeval achter. De tijdsduur van een infuus is echter wel cruciaal en het is dan ook belangrijk dat dit goed genoteerd wordt. Het is echter totaal onduidelijk wie die tijd heeft opgeschreven en waarom.

Vlak voordat een patiënt (die zojuist op de afdeling gearriveerd is) in de visite van 3 juni besproken wordt, bekijkt de seniorverpleegkundige de daglijst van het patiëntje, deze blijkt onvolledig. Er staat dat het

---

<sup>1</sup> (X is de collega uit de avonddienst van de dag ervoor. X fungeert normaal gesproken ook als regieverpleegkundige).

---

kindje 8 keer gevoed moet worden, maar het soort voeding ontbreekt. Daarnaast wordt gemeld welke medicijnen ze krijgt. Ook dit is niet volledig, want de hoeveelheid ontbreekt.

Onderstaande dialoog is een weergave van de overdracht op 14 mei. Één van de verpleegkundigen geeft in regel 2 aan dat de rapportage niet duidelijk is. In regel 9 controleert dezelfde verpleegkundige of er nou wel of geen nieuwe VAP in zit, blijkbaar is dat ook niet duidelijk. Ook in regel 15 heerst onduidelijkheid. De betreffende verpleegkundige vraagt zich af of een bepaald medicijn al is toegediend. Dit herinnert VP3 eraan dat ook een ander medicijn nog toegediend moet worden. De vraag is of zij hier ook aan gedacht zou hebben wanneer VP9 de vraag niet had gesteld.

*(Opname 8)*

1. Vp2: (naam patiënt)
2. Vp9: Loopt die, die VAP nou wel? Want dat begreep ik niet helemaal uit de
3. rapportage
4. Vp: nou, die euh heeft ze... haar VAP zat een knikje in
5. Vp9: ja
6. Vp3: in het slangetje van de VAP, toen is ze naar OK geweest
7. Vp9: ja
8. Vp3: en nu hebben ze t slangetje weer euh recht gemaakt, zeg maar
9. Vp9: dus er zit niet een nieuwe VAP in?
10. Vp3: nee, de VAP is hersteld
11. Vp9: ok
12. Vp3: ze ging er heen met de bedoeling VAP eruit en dan een nieuwe erin
13. maar ze hebben deze dus weer kunnen euh maken
14. Vp?: Nou das mooi
15. Vp9: en nou moet de rest van de Douma (???) nog gegeven worden?
16. Vp3: ja die moet ze nog hebben, en die ligt in de medicijnkamer in
17. zilverfolie. En dan moet ze ook de Zofran er nog bij. Er ligt ook
18. een spuitje Zofran drbij, die moet ze er dan ook bij hebben.
19. Vp9: maar hoe weet ik wat ze nu al gehad heeft dan?
20. Vp3: nou, dr is 0,8 uit, dat heeft ze gehad.
21. Vp9: 0,8
22. Vp3: cc
23. Vp9: milliliter
24. Vp3: ja

Overdracht, 14 mei

De seniorverpleegkundige treft een liaisonverpleegkundige in de verpleegpost. Ze hebben het over een patiënt die naar huis gaat. De seniorverpleegkundige geeft inlichtingen over de patiënt. 'Het is goed dat je dat zegt', zegt de liaisonverpleegkundige daarop. De seniorverpleegkundige heeft de liaisonverpleegkundige dus gewezen op iets dat anders misschien over het hoofd gezien was. De uiting van de liaisonverpleegkundige 'Het is goed dat je het zegt' is een veel gehoorde. Blijkbaar komt het vaak voor dat schriftelijke en/of mondelinge informatie onvolledig is, en moet men er min of meer bij toeval achter komen dat er nog meer informatie is, die bij de verpleegkundigen de uiting 'Het is goed dat je het zegt' uitlokt.

Woensdag 23 mei 17.30: de seniorverpleegkundige gaat kijken of een kweek weg is gebracht, die weggebracht had moeten worden. De kweek blijkt echter nog gewoon in de koelkast te liggen. De seniorverpleegkundige baalt hiervan en zegt: 'Dit is dus een vorm van slechte communicatie'. De

---

dagdienst had de kweek op moeten sturen naar het laboratorium, want dit kan maar van 8.00-17.00. Dit is niet gebeurd, terwijl het wel in het dossier van de patiënt stond. De seniorverpleegkundige zegt al vaak bij de regieverpleegkundigen te hebben aangegeven dat zij 's ochtends even in de koelkast moeten kijken. Dit is immers een kleine moeite en zo is er minder risico dat kweken blijven liggen, want dat is namelijk zonde omdat er dan langer op de uitslag gewacht moet worden. De regieverpleegkundigen hebben deze opmerking echter niet als tip in gebruik genomen, concludeert de seniorverpleegkundige.

De seniorverpleegkundige geeft aan de observeerder aan dat er een 'mooi' moment in de communicatie is: er zou een patiënt komen, maar niemand weet hoe of wat of wanneer. Het kind is ook niet op de poli geweest en niemand weet er wat van, alleen dat er iemand zou moeten komen.

Zondag 3 juni: de seniorverpleegkundige is ontevreden, want de verpleegkundige van de nachtdienst heeft bloedspiegels van twee patiënten neergezet, maar heeft er geen namen of andere etiketten bijgezet. De seniorverpleegkundige zegt hierover in de medicijnkamer tegen een andere verpleegkundige: 'Das dus weer handig [*cynisch*], dat heeft X zo neergezet'. De verpleegkundige: 'Oh zonder namen?'. De verpleegkundige beaamt dat dit inderdaad niet handig is. De seniorverpleegkundige gaat naar de balie om daar de formulieren in te vullen waarmee de bloedspiegels naar de apotheek moeten. De seniorverpleegkundige is ontevreden over de manier waarop X dit heeft neergezet, zo zonder namen erbij. Dit is a) niet handig, omdat de seniorverpleegkundige nu zelf de etiketten nog moet schrijven, terwijl dit eigenlijk een taak voor de vorige verpleegkundige was, maar is bovenal b) niet handig omdat nu onduidelijk kan zijn bij welke patiënten de bloedspiegels horen.

Aan de observeerders wordt een aantal keer aangegeven dat de communicatie met de verpleegkundigen onderling vaak wel loopt, maar dat de communicatie met andere disciplines vaak lastig is. Ook op zondag 3 juni geeft een seniorverpleegkundige dit aan. Zij vertelt over de dag ervoor toen er ineens niemand in de keuken was<sup>2</sup>, terwijl het hartstikke druk was: 'Er was gister niemand in de keuken. Punt'. De verpleegkundigen kwamen ineens voor deze onaangename verrassing te staan en moesten zelf maar uitzoeken hoe ze dat probleem op zouden lossen, terwijl zij aan de patiëntenzorg alleen al hun handen vol hebben.

Ook de communicatie tussen afdelingen loopt niet altijd optimaal. Een voorbeeld hiervan is het geval van een jong patiëntje met een ernstige hartafwijking. Het kind is overgebracht van neonatologie, met erbij een formulier over medicatie en dergelijke. Op het formulier ontbreken echter allerlei gegevens met betrekking tot voeding en medicatie. Hierdoor kan de verpleegkundige dus weinig met de informatie en weet daarom ook niet hoe de patiënt behandeld moet worden.

Tijdens de avonddienst op maandag 14 mei is de seniorverpleegkundige op zoek naar het zogenaamde rondje. Deze heeft geen vaste plek. Dit is het rondje die artsen tijdens de visite hebben ingevuld, en waar verpleegkundigen antwoorden op hun vragen hopen te vinden. Diverse verpleegkundigen willen dit nog graag inzien die middag. Aan het einde van de dienst is deze echter nog steeds niet gevonden en hebben de betreffende verpleegkundigen geen antwoord op hun vragen.

Een ander voorbeeld waaruit blijkt dat er niet volledig is gecommuniceerd vanuit andere disciplines vindt plaats tijdens de dienst op 23 mei. De seniorverpleegkundige komt bij een patiënt op de kamer om te kijken of alles goed gaat. De moeder van deze patiënt geeft aan dat ze zojuist 100 ml. Vitamel heeft gedronken. Blijkbaar heeft de diëtiste niet gecommuniceerd dat het patientje naast haar sondevoeding geen ander eten of drinken mag hebben (terwijl ze hier eindelijk weer eens zin in had na lange tijd). Wanneer ze namelijk wel extra eet of drinkt verhoogt haar bloedsuikerspiegel. Nu moeten ouder en patiënt min of meer teleurgesteld worden, omdat het patientje niks in had mogen nemen. Tenzij dit gemeld was, dan konden ze rekening houden met het toedienen van de hoeveelheid insuline.

---

<sup>2</sup> Normaal gesproken is er een voedingsassistent in de keuken, die alles rondom de voeding regelt. De voedingsassistent brengt de kinderen hun eten, zorgt dat de afwasmachine draait, helpt ouders die hun kind eten willen geven, enzovoorts.

---

Op een ander moment tijdens de visite van 9 mei is er onduidelijkheid over een patiënt. De patiënt wil overgeplaatst worden naar een ander ziekenhuis. Dit mag niet van de supervisor in verband met een ernstige complicatie. Deze reden is niet bekend bij de verpleegkundige, want die heeft deze patiënt niet eerder gehad. Er staat ook niks over in het dossier. Supervisor zegt: *'Zal ik het nu voor eens en altijd vertellen waarom die patiënt niet overgeplaatst mag worden? Schrijf het ook maar op, dan is het duidelijk voor iedereen'*. Zolang niet alle verpleegkundigen weten dat en waarom de patiënt niet overgeplaatst mag worden, kunnen zij verkeerde informatie doorgeven aan de ouders, voor wie ook niet duidelijk is waarom hun kind niet overgeplaatst kan worden. Na afloop van de visite benadrukt de regieverpleegkundige dat de arts-assistent langs de ouders moet gaan, om uit te leggen waarom hun kind niet overgeplaatst kan worden.

Een ander voorbeeld, afkomstig uit de visite van 24 mei, waarbij een onduidelijkheid in de rapportage leidt tot het ongewenst bloedprikken bij een patiënt: de seniorverpleegkundige draagt een patiënt voor, diverse metingen worden besproken en het sparen van de urine komt ter sprake. Dan zegt de arts-assistent: *'Daar zouden we gister toch al mee starten?'*. De seniorverpleegkundige zegt hierop: *'Oh, dat heb ik nergens staan.'* De arts-assistent zegt: *'Ik heb het gister aan een collega van je doorgegeven'*. De seniorverpleegkundige zegt: *'Dan moet het dus met een katheter?'* De supervisor gaat zich ermee bemoeien en zegt: *'Oh, dan moet er dus ook geen bloed geprikt worden!'*. Dat kan echter elk moment gaan gebeuren, daarom gaat de supervisor naar de patiënt toe om te proberen dit te voorkomen, maar komt even later terug: *'Te laat, ze is al geprikt'*.

Tijdens de visite van 24 mei geeft een cardiologiearts aan de visite vaak onnodig lang te vinden duren. Dit ligt ook aan de organisatie, zegt de arts: *'Soms is er een regie die de boel strak organiseert, maar soms ook niet, zoals vandaag nu er maar één regie is, dan moeten de artsen de visite zelf structureren'*. Ook geeft de arts aan dat de artsen zelf niet te veel in discussie moeten gaan tijdens de visite, want dit gaat ten koste van de tijd.

In de communicatie gaat wel eens wat mis. Dit komt naar voren tijdens de visite van 9 mei: bij de oncologievisite geeft een verpleegkundige aan dat een dermatoloog is langs geweest bij een patiënt. De arts-assistent was hier niet van op de hoogte en zegt dat het fijn zou zijn wanneer zijn bevindingen teruggekoppeld zouden worden aan de arts en verpleegkundigen: *'Het is zo jammer dat ze dat nooit even terugkoppelen!'*

In de visite van 25 mei blijkt dat dokter X bij een patiënt langs zou gaan, maar dit nog steeds niet heeft gedaan. De arts-assistent komt hier tijdens de visite achter en zegt: *'Oh, ik word hier zo moe van! Ik bel hem zelf wel even'*.

Op 10 mei kan één van de patiëntjes aan het einde van de middag naar de OK. Een uur van te voren worden er bloedplaatjes aangehangen. De moeder van een patiëntje komt met de vraag of er ook EMLA (laagje dat op de huid wordt aangebracht met een verdovende werking) moet worden aangeplakt. De regieverpleegkundige geeft aan dat hij dit zal informeren bij de verantwoordelijke verpleegkundige. De regieverpleegkundige gaat naar haar toe, verantwoordelijke collega geeft aan zojuist haar dienst overgedragen te hebben. Zij weet ook niet of ze op OK via VAP of EMLA prikken. Er heerst nu dus onduidelijkheid! De regieverpleegkundige neemt zelf het initiatief en plakt voor de zekerheid alsnog EMLA aan.

Tijdens de ochtendronde op 23 mei komt bij één van de patiënten ter sprake dat er geen tijdstippen zijn vastgesteld waarop de patiënt zijn mond moet sprayen. De volgende dialoog ontstaat:

1. SVP: Die mond (of neus) spray moet eigenlijk 3x per dag he?
2. P: Hoe laat moet dat?
3. SVP: T staat eigenlijk nergens op papier he? Ik zal er een lijstje van
4. maken. 0800, 1400 en 2000 uur, vind je dat goed?

- 
5. P: (knikt)
  6. SVP: Mag ik je temperatuur ook nog even meten? Kan dat onder het
  7. spelletje door (Patiënt speelt op dat moment een computerspel).

De seniorverpleegkundige neemt hier zelf het initiatief om de gemaakte afspraken schriftelijk vast te leggen, zodat een ieder hier in het vervolg op terug kan vallen.

De verpleegkundigen vinden over het algemeen zelf ook dat de communicatie onderling goed gaat. Een verpleegkundige geeft aan dat het onderzoek meer interdisciplinair gericht zou moeten zijn, want tussen hun [hun= de verpleegkundigen] loopt het allemaal wel. Een andere verpleegkundige zegt dat aan de hand van dit onderzoek nu wél zichtbaar is waar het misgaat: in de communicatie met de andere disciplines. De eerste verpleegkundige beaamt dit. Dit is een geluid dat tijdens het onderzoek vaker naar voren kwam: de verpleegkundigen vinden dat de communicatie met arts, polikliniek, intensive care en andere afdelingen een stuk beter kan.

### **Afwissling van serieus naar minder serieus taalgebruik**

Onderstaand voorbeeld geeft aan hoe de toon van het gesprek steeds wisselt tussen serieus en grappig taalgebruik. In zin 4 verstaat de onderwijzer de instructie van de regieverpleegkundige niet goed: 'Goed?'. In zin 5 geeft de regieverpleegkundige aan wat hij/zij bedoelt. In zin 6 maakt de onderwijzer daar een grapje van. In regel 8 is het de regieverpleegkundige die de serieuze toon weer oppakt:

#### *(Opname 1)*

1. RVP: ja, die is even naar huis geweest. Is weer teruggekomen voor een
2. kuur. Ook die is in contact geweest met euh waterpokken dus euh
3. ook daar graag goed poetsen
4. OND: goed?
5. RVP: poetsen, handen wassen!
6. OND: oh! spik en span (lachen)
7. RVP: poetsenn ja
8. RVP: hij had euh, eigenlijk was het alweer allemaal klaar, alle
9. blaasjes waren ingedroogd, dus we hadden zoiets van nou we zijn
10. klaar en euh, maar goed we hadden m nog even op zijn kamer laten
11. liggen, we hadden de box nog niet acuut nodig en toen kreeg ie
12. toch weer een blaasje terug. dus hij heeft nu weer euh strikt
13. euh isolatie. Nou dat waren ze!

Overleg PM'ers en onderwijzer, 7 mei

Onderstaand voorbeeld uit dezelfde opname geeft ook de afwisseling van serieus naar grappig taalgebruik weer. Regel 1 is serieus, maar regel 2 en 3 vormen al een aanloop naar de omschakeling van grappig taalgebruik in regel 4 tot en met 12. In regel 13 pakt de regieverpleegkundige de serieuze toon weer op:

1. RVP: maar patiënt P gaat niet meer naar school
2. OND: euh patiënt P wou niet meer naar school, die ging bloemen
3. schikken bij zijn vader of zoiets
4. RVP: neee tegels leggen, hij is stratenmaker
5. OND: nee, ja nee, ho ho zijn vader die verkoopt ook bloemen, of
6. zoiets

- 
7. RVP: ooooh  
8. OND: en als het tegel leggen te zwaar was dan ging ie bloemen  
9. verkopen  
10. Rvp/ PM'er: ok (gelach) oh heel leuk  
11. OND: vond ik eigenlijk wel heel leuk  
12. PM'er: ja dat is zeker leuk  
13. VP: (naam pm'er) dit is een boekje van de kindervereniging voor  
14. aangeboren hartafwijkingen, die zijn pas geleden ook beneden  
15. geweest

Overleg PM'ers en onderwijzer, 7 mei

Tijdens de dienst van 14 mei dient de arts-assistent in samenwerking met de seniorverpleegkundige medicatie toe aan een patiënt. De toon waarop gesproken wordt is serieus, maar er worden ook grapjes tussendoor gemaakt tussen arts-assistent en seniorverpleegkundige onderling. Zo moeten beiden een aantal spuitjes met medicatie toedienen.

SVP: 'Ik mag er wel meer toedienen dan jij!'.  
[er wordt gelachen]

Vervolgens pakt de arts-assistent de serieuze toon weer op en structureert de rest van het gesprek.

---

## Bijlage III Transcripten

### Opname 1: 07.05.07 08.15 - Overleg PM'er en Onderwijzer

RVP: regieverpleegkundige  
PM'er: pedagogisch medewerker  
OND: onderwijzer

1 RVP: patiënt X, met pleurokok, is in contact geweest met waterpokken, dus euh,  
2 als jullie goed je handen willen wassen dan zijn wij heel blij  
3 PM'er: daar hebben we geen aanvraag nog van he?  
4 RVP: Nee, wil je dat? Want hij is heel jong  
5 PM'er: ja euh  
6 RVP: We hebben op dit moment geen dingen waar wat mee moet, als dat wel zo is  
7 dan euh zal ik er nog één schrijven voor je.  
8 RVP: Patiënt Y, residief ALL, nou die is hier voor een kuur  
9 OND: oh een residief? Want ik ken, herinner me uit eerdere tijden  
10 RVP: ja  
11 RVP: ja dat klopt inderdaad, nou die doet t hartstikke goed. Ze heeft nu wel  
12 haar eerste kuur gehad, dus euh  
13 PM'er: dat is even wachten op de dip?  
14 RVP: ja, ze is  
15  
16 *(Gelach)*  
17  
18 RVP: in principe zou de kuur vandaag klaar zijn, moeten we even kijken of ze  
19 ook euh goed genoeg is om euh naar huis te gaan, of dat we nog even euh  
20 OND: en  
21 RVP: moeten wachten  
22 OND: euh, en dat is vandaag naar huis al waarschijnlijk?  
23 RVP: ja  
24  
25 *(Drie mensen praten door elkaar)*  
26  
27 RVP: ik heb niet helemaal het kuurschema in mijn hoofd, ik weet niet helemaal  
28 euh hoe laat euh  
29 OND: nee  
30 RVP: zij de laatste kuur heeft gehad  
31 OND: we zullen wel weer even hernieuwd kennis maken  
32 RVP: ja dat is misschien wel handig, en wat vroeg jij euh (naam PM'er)  
33 PM'er: nee dat zei ik zonet  
34 RVP: oh



---

35 PM'er: het is wel even handig om langs te gaan voor de volgende keer dan is dat  
36 weer opgestart .

37 RVP: ja ja, ze heeft nu één kuur en dan krijgt ze nog een kuur en dan gaat ze  
38 naar Leiden, dus euh het is haar tweede keer

39 OND: [...]

40 RVP: ja

41 RVP: haar ouders zijn geprikt en haar broertje is geprikt

42 OND: aha

43 RVP: kijken of ze donor kunnen zijn

44 OND: ok

45 RVP: patiënt Z, een jongen met een proces in de borstholte, er is vorige week  
46 euh uitgebreid overleg geweest over euh hoe ze dat willen benaderen of ze  
47 het er in één keer uit willen halen of dat ze dat eerst met een biopt  
48 doen. Ik heb daar de uitslag nog niet van gehoord

49 OND: (*kucht*)

50 RVP: maar dat hoor ik zo in de visite denk ik wel

51 OND: kun je daar nog niet een euh een plakkertje op doen van die en die kion?

52 RVP: het is euh het is een oncokind en euh euh het is waarschijnlijk een  
53 kiemceltumor, maar euhm, ja goed, hoe ze het verder gaan benaderen dat  
54 weet ik niet

55 OND: ja

56 RVP: Het kan zijn dat er in het weekend euh meer berichten zijn geweest, maar  
57 euh, dat weet ik zo verder nog even niet

58 OND: ok

59 RVP: patiënt A, is een euh hartkindje, die gaat morgen voor OK

60 OND: kucht

61 RVP: die heeft al een hele tijd op de neo gelegen op de high care en is euh  
62 vorige week bij ons gekomen, maar die is nog heel jong dus

63 PM'er: [...]

64 RVP: patient B, een jongen met een hersentumor, die is op M4 bekend geweest,  
65 ik weet niet of je hem daar van kent (naam onderwijzer)

66 OND: nee, nou ja, tenminste

67 RVP: die euh die is daar voor OK geweest, komt hier nu euh om te kuren

68 PM'er: het is duidelijk dat hij gaat kuren?

69 RVP: het is nu duidelijk dat hij gaat kuren, ja

70 OND: en hij wordt euh in augustus vier dus dan zal ie met school krijgen te  
71 maken

72 RVP: ja

73 OND: het is een hij neem ik aan? (naam patiënt)

74 RVP: ja, naam patiënt

75 OND: (naam patiënt)

76 RVP: een leuk ventje

77 OND: ja?

78 RVP: ja. Als t goed is, is ie ook al met kuren begonnen. Maar dat, tenminste  
79 dat was vrijdag was de planning, dus euh dat hoop ik maar want anders  
80 zijn ze nog langer op de (???)

81 RVP: euhm, patiënt C, die is vrijdag al gekomen van de kipi, die had een  
82 hartkatheterisatie gehad aan begin van de week, vorige week. En die is  
83 euh donderdag geopereerd. Nou ja hij heeft een nachtje op de kipi gelegen  
84 is daarna hier gekomen. Dat is aan de andere kant dus dat durf ik je niet  
85 te zeggen hoe het daar nu mee gaat.

86 OND: (*kucht*)

87 RVP: en patiënt D is nu onderweg naar OK. Patiënt E, meisje met een  
88 hersentumor, heel lang koorts gehad, nou dat gaat allemaal redelijk wat  
89 beter. Die zou ergens nu deze week moeten gaan beginnen met kuren dus we  
90 moeten even kijken hoe de bloeduitslagen zijn, of t ook kan.

91 RVP: Patiënt F die is ook donderdag voor OK gegaan, die heeft een sectio  
92 corputatio (?) gehad en die is vrijdag terug gekomen en dat ging euh  
93 eigenlijk al wel redelijk goed.

94 RVP: Patiënt G, die kennen we nog van eerder

95 OND: ja! [...]

96 RVP: als t goed is jullie ook, klopt dat?

97 OND: ja, ik geloof dat ik ook even kennis heb gemaakt

98 RVP: die jongen is euh wat jonger dan z'n kalenderleeftijd

99

100 (*andere vp komt binnen*)

101

102 VP: morgen!

103 RVP: goedemorgen! Ik was al begonnen aan jouw kant

104 VP: je bent al begonnen aan mijn kant? Oh ik wist niet

105 VP: nee je hebt de overdracht ook al gehad

106 RVP: (naam patiënt), heb je daar nog wat leuks over te vertellen?

107 VP: nou, er is toch wel sprake van een taalbarrière, in ieder geval bij  
108 moeder, dat die niet alles meekrijgt, en onduidelijk is euh dat euh  
109 antwoorden die gegeven worden anders geïnterpreteerd worden dan dat de  
110 bedoeling is

111 RVP: ja

112 OND: euh, hij spreekt, neem ik aan Nederlands?

113 VP: hij wel, maar zijn moeder in ieder geval minder

114 RVP: moeders helemaal niet

115 OND: moeder helemaal niet (schrijft hij ook op)

116 RVP: dat weet ik ook nog uit de vorige opname, dat is wel een probleem

117 VP: ok

118 OND: volgens mij hebben we daar ook even over gepraat in mijn herinnering.

119

120 (*Personen praten door elkaar*)

121

122 RVP: nou dat is nog niet duidelijk. Of het moet in het weekend duidelijk zijn  
123 geworden, dat weet ik niet

124 VP: nee dat is nog steeds euh [...]

125 RVP: hij heeft op M1 gelegen voor verder onderzoek, hij is vrijdag voor euh  
126 puncties, voor euh biopten gegaan. Hij heeft hier eerder gelegen toen

127 hadden ze ook zoiets goh dat zou iets oncologisch kunnen zijn, maar toen  
128 hebben ze toch euh, omdat het wel weg ging met antibiotica afgedaan als  
129 euh, of niet afgedaan maar, als toch een infectie, maar nu is het weer  
130 terug en hebben ze zoiets van dat kan toch niet euh. Ze hebben hem  
131 gevolgd hoor na die tijd, dus het is niet zo dat ze hem aan zijn lot  
132 hebben overgelaten, maar ze hebben t nu wel euh, ja, kweet niet wat het  
133 is

134 OND: geen onco, maar wat  
135 RVP: nou dat  
136 OND: toch een beetje  
137 RVP: nou, nee, dat is nog steeds niet zeker maar  
138 OND: ok  
139 RVP: goed, bedoel, het wordt wel weer hier bekeken  
140 OND: nee, ik spring er niet te gauw op  
141 RVP: Patiënt H, nou die is alom bekend  
142 OND: ja die is euh  
143 PM'er: gaat alweer kuren?  
144 RVP: wat zeg je?  
145 PM'er die is al gaan kuren?  
146 RVP: hij is niet gaan kuren  
147 Nee  
148 RVP: hij is euh een week thuis geweest, hij heeft het hartstikke goed gehad  
149 OND: oh mooi, dat we dat ook even weten  
150 RVP: ze hebben met z'n allen gekampeerd, zoals zn vader dat zei ze hebben met  
151 zn allen in de slaap kamer geslapen, of in de kamer  
152 VP: oh ja? Wat goed  
153 RVP: ja, en er hangen foto's, en ze hebben het echt, nou heel goed gedaan. Ik  
154 vind het echt knap, want de ouders hebben het helemaal zonder thuiszorg  
155 gedaan.  
156 OND: zo  
157 RVP: ja, dat wilden ze ook  
158 Oooohkee  
159 RVP: dus vader zei het was wel zwaar, maar t is wel euh, t is wel erg goed  
160 gegaan. Euhm hij is alleen niet gaan kuren want zijn bloedbeeld was niet  
161 goed. hij was euh ja toch ook weer euh , nou ja hij was bleek. hij heeft  
162 bloed gekregen, trombo's gekregen en hij heeft t weekend ook koorts  
163 gehad, dus 't 't , ja 't heeft of veel van 'm gevergd, of het was toch  
164 wel weer euh tijd om aan zn dip te beginnen. Maar hij is dus niet gaan  
165 kuren, dus euh we moeten gewoon kijken of ie euh, nou ja, nu gaat  
166 opknappen  
167 OND: hm  
168 RVP: Of ie dan wel kan gaan kuren, maar hij heeft t weekend nog koorts gehad,  
169 en euh zn electroliten waren ook wat verstoord. En de familie was euh  
170 niet zo lekker geweest. Maar dat gaat ook erg rond  
171 VP: ok  
172 RVP: buikgriep enzo gaat allemaal erg rond

173 Ik weet niet of zij buikgriep hadden maar ze waren in ieder geval met zn  
174 allen niet lekker geweest in het Ronald Mc Donald huis. Had jij daar nog  
175 aanvullingen van gehoord (naam vp)?

176 VP: nee

177 RVP: nee

178 RVP: patiënt I, is vorige week voor OK geweest, nou die kan hopelijk vandaag  
179 naar huis. Ik weet eigenlijk niet of zij voor echo moet, omdat euh

180 VP: nee ze mocht naar huis als ze goed ging eten en drinken

181 RVP: ik wou net zeggen, want volgens mij is ze

182 VP: maar ze was wel weer afgevallen

183 RVP: ok

184 VP: dus het is nog steeds de vraag of ze naar huis mag

185 RVP: goed, euh Patiënt J, meisje met ALL, kennen we ook uit het verleden.

186 OND: yes

187 RVP: is opgenomen met koorts, nou VAP was eruit , die zou vorige week dr weer  
188 in , maar toen had ze nog steeds koorts dus euh is niet geplaatst. Ze  
189 heeft t weekend ook nog wel koorts gehad. 'T is gewoon effe afwachten tot  
190 die koorts zakt en er een nieuwe VAP geplaatst kan worden.

191 OND: doen jullie dat voor (naam patiënt) Of met (naam patiënt)

192 PM'er: ja ze komt in de speelkamer of een individueel moment even kijken waar  
193 ze. Ze kreeg een beetje koorts donderdag, ze zou naar de speelkamer, daar  
194 is ze uiteindelijk niet geweest, was ze te ziek

195 RVP: ze wisselt wel hoor, want ze is wel de ene keer veel beter dan de andere  
196 keer

197 PM'er: ja want ze was woensdag geweest en dat ging hartstikke goed

198 RVP: ja ja precies

199 PM'er: ik weet niet wat ze vrijdag heeft gedaan, euh dat staat er niet bij, maar  
200 donderdag euh lukte toen niet

201 RVP: nee, nee

202 VP: maar ze kan wel naar school, ze is vier dus kan ook wel naar school

203 OND: ja, qua leeftijd zeker, maar ik weet niet of dat ooit gebeurd is al

204 RVP: nou dat denk ik niet

205 VP: nee want ze is pas vier

206 RVP: Dus ik denk dat ze nog niet naar school is geweest

207 VP: nee maar goed [...] sta te denken (?)

208 OND: ok

209 PM'er: maar het is wel een meisje die euh van verven en knutselen en euh

210 OND: ok, nou goed

211 PM'er: uitdaging houdt

212 RVP: ja leuk

213 RVP: wou je een pen?

214 OND: nou ja

215 RVP: hij is niet, hij is een beetje vlekkelig hoor, maar

216 OND: ik heb gister mijn huis opgeruimd en vond ik deze oude pen weer (gelach)

217

218 VP: hij is wel heel oud (naam ond)

---

219 RVP: die had je ook wel op de schroothoop kunnen gooien  
220 OND: die had ik bijna op de schroothoop gegoooid, maar och ik denk het is een  
221 mooie Parker pen  
222 RVP: Patiënt K, ook een meisje met ALL, is ook bekend hier, die heeft een euh  
223 pancreatitis, ofwel alvleesklierontsteking, erbij ontwikkeld. Euhm, nou  
224 goed, daar zijn de verhalen euh een beetje euh wisselend over van de één  
225 die zegt ze is nog heel ziek en euh heel zwak en de ander zegt weer ze  
226 moet gewoon gestimuleerd worden want ze wil eigenlijk niet. Ze wil, ze  
227 ligt alleen maar in bed. Dus euh ja, dat is denk ik een beetje  
228 schipperen. Het is wel een meisje die aangespoord moet worden, die niet  
229 uit zichzelf de dingen gaat ondernemen  
230 OND: nou, dat is voor ons misschien ook nog wel wat  
231 RVP: dus ik zou inderdaad euh, en zij willen heel graag over naar zwolle. dat  
232 is wat dichterbij huis. En ik, ik ja denk ook dat ze daar dan euh wat,  
233 nou wat meer op een eenpersoonskamer komt te liggen, terwijl dat hier  
234 niet zo is. euh er zijn wel problemen ook in pedagogische omgang, maar  
235 dat heb ik vorige week denk ik al verteld (naam PM'er) of is het niet  
236 opgeschreven?  
237 Zij snauwt euh moeder en commandeert moeder, nou ja, of ouders erg af en  
238 euh daar zou contact over opgenomen worden door één van jullie, maar ik  
239 weet niet of dat inmiddels is gebeurd.  
240 PM'er: er is wel een dagprogramma opgesteld  
241 RVP: oh ok  
242 PM'er: Ik denk dat euh  
243 RVP: dan is daar al wel aandacht voor geweest  
244 RVP: maar het is wel echt een een, dat is het echt nu dit weet je wel of nu  
245 dat  
246 OND: nou, stuur dr maar naar school, kunnen we daar  
247 PM'er: vorige week ook euh, had ze buikpijn: kruik  
248 RVP: ja ik wou net zeggen terwijl hoe ziek je ook bent, of hoe euh naar je je  
249 ook voelt, je kan best wel zeggen 'goh mag ik een kruik' ofzo.  
250 OND: jaa  
251 RVP: weet je dat doet ze eigenlijk bij iedereen, euh bij haar ouders is dat  
252 nog een stuk erger  
253 OND: ja  
254 RVP: en dat is voor ouders ook thuis euh erg moeilijk  
255 RVP: patiënt K, ostiosarcoom, die is hier geweest voor een kuur. Nou daar is  
256 nog niet alles voor geregeld dus die euh, we hopen dat dat vandaag lukt  
257 zodat ie weer naar huis kan.  
258 RVP: Patiënt L, Residief ALL, die gaat ook naar Leiden zometeen  
259 OND: oh!  
260 RVP: hadden jullie een overdracht geschreven (naam PM'er)  
261 Had ik gevraagd vorige week aan  
262 PM'er (noemt naam)  
263 RVP: ja  
264 PM'er een overdracht voor leiden maken, dan vrees ik

---

265 OND: dat is vandaag he?  
266 RVP: ja, hij gaat om negen uur weg  
267 PM'er: dat ie nagestuurd wordt  
268 RVP: ok  
269 PM'er: ik kan in de map kijken of ie daar al in zit  
270 RVP: ja  
271 PM'er: maar hier staat nog overdracht maken  
272 RVP: ja  
273 PM'er: (naam collega) die kent m ook goed dus dat is in elk geval makkelijk  
274 RVP: het gaat met hem op zich nu wel goed hoor. Nou moet ook wel, bedoel euh  
275 PM'er ja ha  
276 OND: ja  
277 RVP: anders kan ie daar niet eens beginnen  
278 PM'er allemaal Leiden kindjes ja  
279 RVP: ja, heel veel  
280 PM'er: ja  
281 Ja allemaal  
282 VP: het wordt weer een kale boel  
283 RVP: Het wordt weer euh, ja gauw een vol Groningen  
284 PM'er: dat was een tijdje geleden ook he?  
285 PM'er: groningen ja  
286 OND: de gang groningen ja, haha  
287 RVP: Patiënt M, infant ALL, nou die is denk ik te jong voor jullie, misschien  
288 dat jullie wel betrokken zijn geweest?  
289 PM'er: wij zijn wel betrokken  
290 RVP: ja, ok. Nou heb ik geen bijzonderheden van gehoord  
291 RVP: patiënt N, meisje met ALL,  
292 OND: is dat een nieuwe patiënt?  
293 RVP: ja, patiënt M is nieuw en patiënt N is ook nieuw, die zijn allebei  
294 vorige week gekomen. Patiënt N gaat vandaag nog voor wat onderzoeken,  
295 maar, nou tis leuk om even kennis te gaan maken.  
296 Ond ok  
297 RVP: tis wel een leuk meisje  
298 PM'er: wij zijn ook betrokken, ik ken haar zelf niet dus ik weet niet iets  
299 bijzonders, maar  
300 RVP: ja in de artsenoverdracht stond dat ze wat angstig was. Daar heb ik  
301 vorige week niks van gemerkt, maar  
302 PM'er: Z is er geweest en X kent haar ook en die is er vandaag weer dus  
303 RVP: ja ja  
304 RVP: en patiënt O, een jongen met non hodgekin  
305 OND: komt ie van een andere afdeling? Ik ken die naam  
306 RVP: wie, patiënt O?  
307 OND: ja? Oh nee, ook op M2  
308 RVP: ja, die is even naar huis geweest. Is weer teruggekomen voor een kuur.  
309 Ook die is in contact geweest met euh waterpokken dus euh ook daar graag  
310 goed poetsen

---

311 OND: goed?

312 RVP: poetsen, handen wassen!

313 OND: oh! spik en span (lachen)

314 RVP: poetsenn ja

315 RVP: hij had euh, eigenlijk was het alweer allemaal klaar, alle blaasjes waren

316 ingedroogd, dus we hadden zoiets van nou we zijn klaar en euh, maar goed

317 we hadden m nog even op zijn kamer laten liggen, we hadden de box nog

318 niet acuut nodig en toen kreeg ie toch weer een blaasje terug. dus hij

319 heeft nu weer euh strikt euh isolatie. Nou dat waren ze!

320 PM'er dan gaan we nog even langs euh patiënt

321 OND nou t is is nog geen schoolkind qua leeftijd, dus ik weet niet of

322 RVP: jawel hij is vijf!

323 PM'er vijf wordt ie straks

324 RVP: hij is bijna vijf

325 OND: ach, ik kijk verkeerd

326 VP: Je kijkt verkeerd, dat kan

327 OND: ik kijk verkeerd

328 RVP: ah je hebt vakantie gehad, je moet er even weer inkomen

329 PM'er [...]

330 OND: jaaaaaaaa dat klopt, jaa

331 OND: wij gaan langs (gelach)

332 Ik keek verkeerd haha

333 RVP: patiënt O komt vandaag, en patiënt P die zijn allebei bekend

334 RVP: maar patiënt P gaat niet meer naar school

335 OND: euh patiënt P wou niet meer naar school, die ging bloemen schikken bij

336 zijn vader of zoiets

337 RVP: nee tegels leggen, hij is stratenmaker

338 OND: nee, ja nee, ho ho zijn vader die verkoopt ook bloemen, of zoiets

339 RVP: ooooh

340 OND: en als het tegel leggen te zwaar was dan ging ie bloemen verkopen

341 Rvp/ PM'er: ok (gelach) oh heel leuk

342 OND: vond ik eigenlijk wel heel leuk

343 PM'er: ja dat is zeker leuk

344 VP: (naam pm'er) dit is een boekje van de kindervereniging voor aangeboren

345 hartafwijkingen, die zijn pas geleden ook beneden geweest

346

347 PM'er: die hebben ze ook aangeboden volgens mij

348 VP: ooh, maar hebben jullie m ook? Of niet?

349 VP: Niet, nou deze is hier voor de afdeling

350 PM'er: volgens mij had A toen zoiets, zo van reik eens even uit en toen hebben

351 we zelf volgens mij

352 VP: dan istie gelezen, daarom heb ik hem ook besteld voor jullie

353 Dan kun je ook zien wat er euh precies in staat





---

## Opname 2: 07.05.07 09.00 - Visite

**VP:** verpleegkundige  
**VP2:** verpleegkundige 2  
**RVP:** regieverpleegkundige  
**AA:** arts-assistent  
**A:** kinderarts

### Deel 1

1 AA: oh, die is ook van ons?  
2 VP: oh nee maar euh, niks voor cardio  
3 RVP: cardio is eruit gehaald  
4 AA: Oh ok, ik snap t  
5 VP2: je bent gewoon heel belangrijk  
6 AA: ja precies  
7 VP2: dr liggen genoeg kinderen  
8 AA: (naam patiënt) heeft een kleine voorgeschiedenis, is naar huis gegaan  
9 VP: ja  
10 AA: nu weer voor zn kuur gekomen he?  
11 VP: nou, hij zou inderdaad beginnen met zn kuur, maar omdat ie koorts heeft  
12 is dat nog niet euh zeker  
13 AA: oohke, koorts [...]  
14 VP: ja, ennuh het weekend ging ie euh, voelde hij zich niet zo heel erg  
15 lekker, ennuh  
16 AA: wacht even hoor, hij is gestart met 60? Denk ik, dan?  
17 VP: volgens mij wel  
18 AA: [...]look nog?  
19 VP: niet dat ik weet  
20 A: dacht dat ie vandaag in de loop van de dag begonnen was, dus in principe,  
21 we zitten vandaag op 48 uur [...] gister opgeknaapt was  
22 VP: gister inderdaad ging het wel wat beter, ennuh, koorts, hij nu 37,9, wel  
23 wat gezakt maar verder krijgt is z'n sondevoeding nog via z'n duedenum en  
24 dat zou vandaag euh zou begonnen worden met de sondevoeding over de maag,  
25 heb ik begrepen van de vader ennuh, ja we moeten het maar proberen  
26 AA: even wachten hoor, hij knapt op zeg jij  
27 VP: ja  
28 AA: hoe, hoe knapt ie op? In de zin van voelt zich beter  
29 VP: voelt zich ja  
30 AA: meer  
31 VP: nou weet je, hij was ook misselijk en euh gewoon niet lekker  
32 AA: hm hm  
33 VP: en dat is nu wel beter  
34 AA: ok, is hij niet meer misselijk?  
35 VP: nee  
36 AA: heeft ie gebraakt?

---

37 VP: nee  
38 AA: maar eerst wel?  
39 VP: euhm,  
40 AA: of niet?  
41 VP: ja  
42 AA: hij heeft gebraakt wel eerst, oh ja hier, misselijk, spugen, verhoging,  
43 zus en moeder voelde zich ook niet goed en heeft ook gespuugd, dunne der  
44 VP: ja  
45 AA: en nu, hoe is t nu met zn ontlasting?  
46 VP: nog steeds dun  
47 AA: hoe vaak per dag?  
48 VP: even kijken hoor, vijf keer  
49 AA: vijf keer per dag, ok  
50 AA: mag ik even z'n temperatuurlijst zien?  
51 VP: hm hm  
52 AA: ja, dank je wel  
53 VP: alsjeblieft  
54 AA: even kijken, dit, de bovenste is de koorts  
55 VP: hm hm  
56 AA: hier een piek van 39, toen daalde hij weer en toen heeft ie nog een keer  
57 boven de 39 en nu is hij eigenlijk zo rond de 38, vanochtend dus  
58 daaronder net iets, ok dus mogelijk een virale gastroenteritis  
59 is geweest  
60 VP: ja  
61 A: hij heeft natuurlijk wel een forse stomatitis he dus mogelijk ook nog wel  
62 een effect van zn aplasie ennuh chemo zou kunnen zijn  
63 AA: chemo,  
64 A: ja precies  
65 AA: [...]  
66 A: [...]stond, dat is natuurlijk ook niet zomaar  
67 AA: nee  
68 AA: euh, je had t over dat z'n sondevoeding over z'n duedenum euh ging,  
69 waarom was dat, want die had ie over zn maag  
70 VP: ik denk omdat hij veel moet spugen. Het is mij ook niet helemaal goed  
71 duidelijk hoor, maar ik had  
72 AA: klinkt logisch hoor  
73 VP: ik denk dat ze daar euh  
74 A: voorgeschiedenis euh is wel uit gebleken dat ie een andere voeding beter  
75 verdraagt als ie in deze situatie zit dus ik denk dat hij het daarom over  
76 de duedenum heeft  
77 VP: ja  
78 AA: en het plan was om dat nu weer over zn  
79 VP: ja want vader die zei van dat voorheen euh is t ook zo gegaan dat euh euh  
80 dat ze dan als t weer over de maag zouden geven, ze dat gewoon rustig  
81 opbouwen. Dan heeft ie gewoon twee pompen en heeft ie eentje over de

---

82           duedenum lopen en eentje over de maag en dan over de maag beginnen met 20  
83           cc en dan zo rustig opbouwen  
84 AA:       ja ok dus dat[...] vandaag  
85 VP:       ja  
86 VP3:      en hoe lang zit die duedenum er al, weet je dat?  
87 VP:       al vrij lang, euhm  
88 A:        [...] eruit halen  
89 RVP:      ja dat. Maar goed, ik zit een beetje met die zes weken grens, dat die  
90           misschien weer een keer vervangen moet worden  
91 A:        hm hm  
92 A:        maar het is de vraag even of ie vervangen moet worden, want  
93 AA:      krijgt ie nog medicijnen over zn duedenum? In principe krijgt ie nu alles  
94           over zn maag he?  
95 VP:      hij krijgt euhm  
96 AA:      hij wil m er niet uit  
97 RVP:      Nee precies  
98 AA:      dat is psychisch, maar inmiddels krijgt volgens mij wel alles over zn  
99           maag  
100 VP:      ja hij krijgt volgens mij alleen de euh tramal, omdat ze denken dat t dan  
101           beter wordt opgenomen  
102 AA:      ja, maar krijgt ie nog tramal?  
103 VP:      ja  
104 AA:      Dat is afgebouwd euh  
105 VP:      dat krijgt ie, ja  
106 AA:      hoeveel nog?  
107 VP:      drie keer 25  
108 AA:      drie keer, en heeft ie nog pijn?  
109 VP:      nee  
110 AA:      [...]  
111 VP:      lijkt mee een goed idee  
112 AA:      maar goed de vraag is dus even of ie een nieuwe duedenum of sonde moet  
113           hebben überhaupt.  
114 VP:      ja ik zit even te kijken, maar ik kan het zo nog niet terug vinden  
115 AA:      ik weet inderdaad dat zij dat zelf wel heel graag wil, hem er nu uit  
116           willen, maar als je hem [...] en hij moet daarvoor een nieuwe gaan plaatsen  
117           met een interpunctie  
118 RVP:      ja precies  
119 VP:      dat is voor hem natuurlijk ook euh  
120 RVP:      ja en weet je, hij heeft heel lang inderdaad die duedenum gehad alleen  
121           voor de tramal, terwijl nou ja, wat mij betreft had dat dan gewoon ook  
122           over de sonde gekund euh, maar  
123 AA:      en de prednison, heeft ie die wel, als je prednison [...] moet hebben, weet  
124           niet of hij die nog moet hebben, maar die heeft hij in ieder geval wel  
125           gehad, want die ging volgens mij ook volgens mij over zn duedenum, omdat  
126           ze bang waren voor die maag  
127 A:        ja, klopt

---

128 AA: dus dat gaan ze wel vragen denk ik, als ie prednison krijgt willen ze  
129 niet over de maag denk ik  
130 A: nee, maar daar kan ik me ook wel iets bij voorstellen, alles wat we  
131 gewonnen hebben moeten we nu verliezen bij hem. ik weet alleen niet voor  
132 wat voor kuur hij nu zou komen, staat voorin denk ik?  
133 AA: [...]   
134 A: en waarschijnlijk ook [...]   
135 AA: [...] ja   
136 A: dat gaat bijna nooit zonder   
137 AA: ik heb 5 milligram, dat is niet heel hoog, maar goed dat maakt voor hem  
138 niet uit. En moet ie nog veel [...]   
139 RVP: dan moeten we waarschijnlijk ook een paar gluco tests gaan doen , he als  
140 ie dextra krijgt?  
141 AA: ja doe t (gelach)   
142 RVP: zullen we dat doen?  
143 AA: ja, maar goed, die krijgt ie nu niet he?  
144 A: ik wou net zeggen, hij gaat nog niet beginnen  
145 RVP: oh hij is, hij begint nog niet  
146 AA: hij is nog aan t euh  
147 A: hij is in de aplasie nog  
148 RVP: ja  
149 A: dus hij heeft het plan voor zijn kuur, maar  
150 RVP: ja, als ie gaat beginnen dan  
151 A: [...]   
152 AA: ok, dus hebben we koorts bij aplasie en na twee dagen drainen en daarbij  
153 de stomatites, [...] Of een echte bacteremie  
154 A: [...]   
155 AA: en de bloedkweken?  
156 A: die zijn nog niet terug denk ik  
157  
158 (*stilte*)  
159  
160 AA: 718 en zijn leuco's waren gister nog 0.3  
161 Euhm, nou ja, dus de antibiotica moet nu doorgezet worden, tot, nou ja  
162 niet zomaar koortsvrij en dat die bloedkweek negatief is geen (nam  
163 medicijn) bij omdat ie nu koortsvrij is [...] en kuur nog uitgesteld tot  
164 nader orde.  
165 AA: Zijn er verder nog dingen?  
166 VP: nee  
167  
168 A: [...] zo omhoog gegaan is, maar  
169 AA: en is t nog, dat je hem nu antibiotica geeft voor koorts en [...]?  
170 A: nou, op zich niet, maar ik verwacht niet dat het zo snel omhoog zal gaan.  
171 Infectie, viraal[...] kan het misschien iets langer duren schat ik nog tot  
172 midden van de week, minstens, nodig hebben  
173 AA: ok, had ie nog bloed gehad gister?

---

174 VP: ja  
175 RVP: euhm, nou kun jij dan komen voor de onco?  
176 Ok! Hooi (= aan de telefoon)  
177 (naam collega) komt, die heeft (naam patiënt) en (naam patiënt)  
178 A: (naam patiënt) is in elk geval weg gegaan he?  
179 RVP: die is euh, die wordt nu opgehaald  
180 A: wordt nu opgehaald  
181 RVP: ja, die gaat nu met de ambulance naar euh  
182 A: ja  
183 VP: (naam RVP:) piepte jij mij net op?  
184 RVP: euh nee  
185 AA: moeder heeft de brief gecorrigeerd  
186 RVP: moeder?  
187 AA: die had (naam collega AA) opgemaakt, toen zei ze ja dit is 2006 in plaats  
188 van 2007 en dit de bectarimel staat niet bij de medicatie (lachend) of ik  
189 dat er even bij wilde zetten  
190 RVP: ja! Nou,  
191 A: [cynisch] attent, heeft ze hem ook mede ondertekend of niet?  
192 AA: nee, dat nog net niet (gelach)  
193 AA: (naam patiënt)  
194 RVP: ze doen het goed hoor, tis wel even spannend allemaal  
195 A: jaaa, dat kan ik me ook heel goed voorstellen  
196 RVP: vorige week hadden ze echt plezier samen, dat was echt leuk om te zien,  
197 dat euh, ja, hij was heel erg aan t donderjagen en ze konden erg van  
198 mekaar genieten  
199  
200 (*stilte*)  
201  
202 VP2: iedereen loopt in verwarring bij de visite en de volgorde  
203 RVP: nou  
204 VP2: goedemorgen  
205 A: hai  
206 RVP: ik weet niet of (naam regie collega) het allemaal goed heeft opgeschreven  
207 VP2: nee heeft niets gedaan  
208 VP2: (naam collega) en (naam collega) moesten er ook heen, ik zeg nu weet ik  
209 het ook niet meer, ik ga nu eerst hier wel heen  
210 VP2: (naam patiënt) meisje met module blastoom heeft stamceloogsten gehad. Zij  
211 heeft euh koortspieken, hoest behoorlijk,  
212 AA: ja  
213 VP2: en kapotte billen  
214 AA: [...]positief staat hier, want euhm ik weet het tot vorige week, toen had  
215 ze steeds koorts toen leek het op een gegeven moment op te knappen. Toen  
216 daarna heeft ze nog steeds koorts gehouden? Klopt dat of niet?  
217 VP2: 37,5 afgelopen paar dagen zit het zo rond de 37. vanmorgen was het ook  
218 37,1

---

219 AA: afgelopen hele week is het toch niet boven de 38 geweest? 1 mei nog een  
220 keertje.

221 VP2: bloedkweken en dan was t net weer te laat

222 AA: wat krijgt ze dan aan antibiotica?

223 VP2: ze krijgt nu niks meer

224 AA: niks meer

225 VP2: nee

226 AA: [...]

227 VP2: ja flagil krijgt ze nog! Voor die clostridium

228 AA: even kijken hoor, koorts bij aplasie en [...] efanco(?)dat was de tweede,  
229 clostridium voor metrositnasol (?)en nu de derde was de galatomenoom (?)  
230 positief die werd herhaald, is eerst niks mee gedaan

231 RVP: ik dacht dat zij vorige week al uit barrière was gehaald

232 VP2: nee hoor nee

233 RVP: en dat de flagil ook was gestopt

234 VP2: ze zou twee weken flagil krijgen begreep ik vorige week bij de visite en  
235 dan euh zou dr weer euh defkweken euh

236 AA: de vierde is de antibiotica gestopt in ieder geval en toen heeft ze dus  
237 eigenlijk ook helemaal geen koorts meer gehad

238 VP2: nee

239 AA: dus ze is gewoon uitbehandeld voor iets waarvan we volgens mij nog geen  
240 positieve bloedkweek hebben

241 AA: En toen is het gestopt, omdat ze geen koorts meer heeft gekregen. Daar  
242 komt het op neer ja. Die galatomenoom was positief maar die is even  
243 kijken, 2.11 op de ratio weet jij dat

244 A: ja, dat is denk ik [...]dat zou ik even moeten nakijken, ik weet het niet  
245 100% zeker of ze [...]dan zit ie er net boven

246 VP2: en wat is dat euh (naam AA)

247 AA: dat is voor schimmels

248 VP2: schimmels ok

249 AA: [...]van de schimmel doe je dan om te testen

250 VP2: hm hm

251 A: hebben ze dat hier gedaan? Of nijmegen

252 AA: dat staat er niet specifiek bij. het is van 27 april al en er staat bij  
253 dat ie [...]zou worden, is dat wel nog [...]oh ja dit is een galatomenoom(?)  
254 van 3 mei is inderdaad herhaald maar daar hebben we nog geen uitslag van,  
255 die komt dan nog

256 Ze krijgt geen [...]ofzo he? Nee alleen [...]zalf en die [...]

257 VP2: er zou ook nog een herpeskweek van die billen gedaan worden. Ik weet niet  
258 of daar, of dat überhaupt al eens een keer euh

259 Volgens mij dermatologie erbij geweest

260 AA: herpes, negatief

261 VP2: ok, nou gelukkig

262 AA: [...]

263 AA: en hoe is het met haar?

---

264 VP2: zou, ze is 's morgens heel vroeg wakker, om half vijf, dan wil ze van  
265 alles en dan denkt moeder och kind ik wil slapen.

266 AA: ok

267 VP2: en 's morgens dan is ze iedere, elke morgen valt me dat op, ik heb vorige  
268 week heel veel verzorgd en gisteren niet, maar toen was ik wel op die  
269 zaal dan krijgt ze buikpijn 's morgens, soms wat misselijk en dan voelt  
270 ze zich, dan moet ze ook eerst weer een poos liggen, dan voelt ze zich  
271 toch op de een of andere manier niet lekker. En in de loop van de morgen  
272 dan zie je haar weer wat euh opknappen.

273 AA: en braakt ze een boel?

274 VP2: wat zeg je?

275 AA: braakt ze een boel?

276 VP2: nou, niet, nee, een klein beetje af en toe, niet zo heel veel, maar ze  
277 klaagt wel steeds over buikpijn.

278 AA: dan vroeg ik me vorige week even af bij haar, of die weer ervoor, hoe  
279 reëel dat was, want wat ze ook doet, als je haar moet prikken dan klaagt  
280 ze opeens ook over buikpijn.

281 VP2: hm hm

282 AA: dus ik had het idee dat ze het ook een beetje gebruikte.

283 VP2: ja dat

284 AA: indruk ook he?

285 VP2: ja dat was laatst ook een kind dat was bij

286 AA: (naam patiënt) doet het ook

287 VP2: (naam patiënt) was dat ook, dat was heel erg, maar

288 AA: was ook maar één keertje hoor, maar ik weet niet in hoeverre dit reëel is

289 VP2: maar nu wist ze nog niet dat ze geprikt moest worden, daarna moest ze dus  
290 wel, maar toen was het voor die tijd en toen wilde ze even fietsen, maar  
291 dan, nee, moet ze eerst weer liggen en dan zie je toch dat ze niet zo  
292 lekker is

293 AA: ok, hoe is t met de ontlasting?

294 VP2: ze heeft euh ontlasting, normaal brijige

295 AA: geen diarree dus?

296 VP2: nee, nee

297 AA: ze heeft geen koorts dus?

298 VP2: nee, haar hartactie die blijft een beetje, maar ik begreep van moeder dat  
299 de ECG die was gemaakt goed was

300 AA: ok

301 VP2: ze heeft bij die rustige temp toch hartacties van rond de 160 170 nog  
302 steeds

303 AA: ennuhm, hoe is t met de billen?

304 VP2: die knappen op

305 AA: kan ze er op zitten al?

306 VP2: ja kan een beetje zitten, dat zegt ze zelf ook: ik kan zitten, ik kan  
307 fietsen!

308 AA: aah

309 VP2: billen worden beter zegt ze dan zo tegen mij

---

310 AA: nou mooi!

311 VP2: ik heb het inderdaad vorige week.. toen is de dermatologie erbij geweest,  
312 weer een ander beleid en sinds ze dat doen, schoonmaken euh zout, gazen  
313 ertussen

314 AA: zout?

315 VP2: ja zoutgazen even ertussen, dat dat vocht er even wat uit kwam

316 RVP: fysiologisch zout

317 AA: ooh ok

318 RVP: nee het is geen keukenzout (gelach)

319 VP2: want ze had echt van die kraters ertussen op een gegeven moment

320 AA: ok

321 VP2: en dan zinkolie erop en nu zie je het echt opknappen

322 AA: ok, mooi, dus, wat doet ze hier nog?

323 VP2: nou, ze blijft erg hoesten

324 AA: oh

325 VP2: vind dat ze een heel raar hoestje heeft en dat wordt niet beter

326 AA: ok, en ze heeft geen zuurstofbehoefte?

327 VP2: nee

328 AA: heeft ze een snelle ademhaling?

329 VP2: 28

330 AA: geen [...] ofzo

331 VP2: nee, is mij niet opgevallen, maar ze hoest echt en dat, dat wordt gewoon  
332 niet beter

333 AA: bij mij, ik denk dat ze [...] pneumonie, volgens mij heeft ze die wel  
334 gehad. Toen had ze koorts en kreeg ze antibiotica en toen had ze ook al  
335 wat [...] toen had ze ook al een tijdje zuurstof gehad, dus ik weet niet of  
336 [...] pneumonie heeft gehad. We hebben er toen niet zoveel aan gedaan,  
337 omdat ze [...] kreeg

338 A: ja

339 AA: en dat knapte toen ook wel weer op, maar dat hoesten is dan  
340 dat hoesten blijft hoor, dat wordt echt niet beter

341 A: er is toen een foto gemaakt he?

342 AA: ja en toen is er één herhaald en die was[...] geloof dat dat niet zo heel  
343 veel uitmaakte

344 VP2: ik begreep van moeder dat t niet echt verbeterd was

345 AA: nee, dat dacht ik ook, wacht even hoor. In vergelijking met eerder  
346 onderzoek, een andere maagsonde. Iets vlekigs op beeld zie, rechtsonder.  
347 Een beetje hetzelfde als die vorige keer inderdaad

348 A: en die van 4 mei? Of

349 AA: euh, 3 mei

350

351 (*stilte*)

352

353 AA: hier is ie ook wel wat streperig

354 A: en dan hebben we een foto van [...]



---

355 AA: we zouden het kunnen herhalen, maar ze heeft geen koorts en is niet  
356 benauwd

357 A: [...] komen we er dan nog achter als die verder is opgelopen, dan heb je  
358 daar misschien toch een aanknopingspunt. Zou je eventueel een CT moeten  
359 maken, maar euhm verder maken van een thoraxfoto heeft nu niet zoveel  
360 zin, want dat hoestje bestond vorige week ook al

361 VP2: die bestaat al een hele tijd, die bestond vorige week al, eigenlijk al  
362 een hele poos, ja

363 A: nou ze heeft [naam medicijn] en fragil

364 AA: gehad

365 A: gehad

366 AA: fragil heeft ze nu dus nog niet nodig, dat is gestopt

367 A: nee

368 A: ja om even die galactomen (?) afwachten

369 AA: ennuhm, moet zij weer verder met kuren ook?

370 VP2: dat wilde ik nog vragen inderdaad ja, dan hoor ik steeds in de  
371 wandelgangen wat, maar

372

373 (stilte)

374

375 AA: hechtingen gaan [...]

376 VP2: ja die werden wat rood die houden we goed in de gaten

377 AA: ok [...]

378 VP2: van de lies.

379 AA: Oh die lijn?

380 VP2: heeft ze, voor die stamcelogsten heeft ze een lijn gehad

381 AA: kan die er al lang uit?

382 VP2: die moet nog een poosje blijven zitten begreep ik gister bij de visite.

383 AA: goed

384 VP2: Maar die worden ietsje rood, maar dat houden we in de gaten

385 A: [...]

386 VP2: wanneer heeft ze die stamcelogsten gehad? Vorige week

387 A: Week 4

388 RVP: niet afgelopen donderdag maar die donderdag daarvoor

389 A: 24 april dus dat is euh, ja

390 AA: Meestal duurt het toch drie weken?

391 A: nee de VAP moet meestal drie weken ennuh ja dat heeft met wondgenezing te  
392 maken

393 RVP: ja

394 A: maar goed, dat euh

395 VP2: ik zal

396 A: en als ze geïrriteerd raken dan

397 AA: kijk even of ze dat nog weer

398 A: in principe zouden we vandaag moeten kijken of ze weer verder moet, kan,  
399 want de vorige kuur was

400 AA: nou er staat 27 april

---

401 A: maar begin?  
402 AA: [...] nee 17 , 18<sup>e</sup> en dan hier [...]vincristine  
403 A: [...]  
404 AA: [...] en toen is het omdat ze koorts had ene tijdje uitgesteld volgens mij,  
405 en toen is deze in ieder geval met die stamceloogsten nog een paar dagen  
406 uitgesteld  
407 VP2: ja  
408 A: maar dan moeten we even kijken met het protocol erbij  
409 AA: ja  
410 A: [...] onderbreking  
411 AA: nee  
412 AA: dus, we doen eerst even niks, we wachten die galactoom [...]af  
413 VP2: hm hm  
414 AA: en dan gaan we kijken wanneer ze weer gaat kuren  
415 RVP: ja  
416 AA: ok, mag ik die ene lijst nog even?  
417 VP2: ja  
418  
419 VP2: (naam patiënt) die jongen heeft een proces in zn mediastrium, is hier  
420 eerder geweest, heeft nog steeds dezelfde klachten. Vorige week een  
421 bioptie gedaan. En daar zitten ouders met zeer veel spanning op te  
422 wachten. Op de uislag.  
423 AA: is hij van een andere afdeling?  
424 RVP: M1  
425 VP2: heeft op M1 gelegen  
426 AA: even kijken [...] hij is eerder geweest met, dachten ze aan iets  
427 infectueus. [...] pleurcard vocht  
428 A: is toen euh, ja hij had een [...] pleurovocht er is toen een medi[...]scopie  
429 gedaan en daarna is een bioptie gepleegd en die [...] maar de vraag was wel  
430 hoe [...] dat was natuurlijk [...] en is toch gedacht dat het een infectie  
431 was  
432 AA: ja  
433  
434 A.. nou goed hij heeft wel antibiotica gehad, dat was ergens half maart, toen  
435 is ie hier dus teruggeplaatst en  
436  
437 *einde tape*  
438  
439 **Deel 2**  
440  
441 [...]  
442 RVP: maar dan gewoon thuis neem ik aan? Moet ik even thuiszorg regelen  
443 A: ja  
444 RVP: vanaf 15 mei  
445 A: ze komt dan wel hier op de polie natuurlijk, de 15<sup>e</sup>, maar  
446 RVP: maar daarna? Hoe lang moet ze 'm daarna nog gebruiken?

---

447 A: tot herstel neutrofielen  
448 RVP: ja, dan regel ik gewoon thuiszorg  
449 A: ja  
450 VP: dat doe jij?  
451 RVP: ja  
452 VP: En vader had het erover dan moesten er ook weer nieuwe recepten ge euh  
453 gemaakt worden voor in verband met de houdbaarheid  
454 RVP: ja  
455 VP: dat, nou ja,  
456 A: ja dat is vooral om [...] bedoeld denk ik  
457 RVP: ja en jullie moeten dan even een recept meegeven dat ze dan van de 15<sup>e</sup> dat  
458 euh gaat krijgen en dan euh, nou ze maken t altijd voor een week  
459 VP: ja, maar dan moet dat eerst volgende week ingaan ofzo?  
460 RVP: ja het moet de 15<sup>e</sup> ingaan dus als jij gewoon een recept schrijft dat ze  
461 vanaf de 15<sup>e</sup> dat gaat krijgen dan kunnen ze gewoon voor een week maken en  
462 dan krijgt ze het gewoon iedere dag en dan euh nou ja  
463 Ennuh komt ze tussendoor waarschijnlijk wel op de polie om te kijken of  
464 het goed is of niet. En ik regel de thuiszorg  
465 AA: (op achtergrond) ... 240 miligram hebben ...  
466 A: dus gewoon vijf miligram euh microgram per kilo [...]  
467 VP: ze heeft hier 240  
468 A: ja dat is tijdens die kuur geweest  
469 VP: ja  
470 A: Maar  
471 VP: daar staat ook 200  
472 AA: hoe zwaar is ze dan?  
473 VP: 48,6  
474 AA: ja  
475 A: 40 kilo, ja...  
476 VP: en dan moest ze ook nog een recept van de enalapril euh drank hebben  
477 AA: hm hm  
478 VP: voor thuis  
479 AA: ja  
480 VP: en er was nog een vraag over of dat dan ook euh opgehoogd moet worden,  
481 maandag regelen staat erbij  
482 AA: nou, (naam cardioloog) is net weg  
483 A: een cardio [...] ze heeft  
484 RVP: ja  
485 A: ze heeft alles ook ongeveer vijf microgram per kilogram gedaan hoor, 200  
486 microgram per vierkante meter is 6,5 milligram per kilo.  
487 AA: ok, dus dat moet ze nu ook weer hebben  
488 A: ja nou, dat zou ik afronden op 200  
489 AA: microgram  
490 A: vijf microgram per kilo is een normale dosering he? Alleen zij heeft het  
491 hier in microgram per vierkante meter opgegeven. Dat is een factor dertig  
492 AA: goed en [...] beenmergpunctie op het OMC een chemo krijgen?

---

493 A: nee dat  
494 AA: alleen euh [...] en moet ze daarna naar de polie?  
495 A: ik zou haar dinsdagochtend op de polie laten komen [...] dan kan t dus mooi  
496 gecombineerd worden. Moet ze nuchter komen, maar dat weten ze  
497 VP: dr is een euh polie afspraak voor 15 5 gemaakt  
498 AA: das mooi  
499 VP: en dat is gecombineerd met de euh dokter euhm Simons, de  
500 fertiliteitstarts. Dat was de vraag  
501 A: ja  
502 VP: ja?  
503 RVP: is dat de vraag, nog?  
504 VP: dat is gedaan, ja  
505 RVP: nee, want er stond een afspraak voor aanstaande vrijdag  
506 VP: en dat kwam haar niet goed uit  
507 RVP: dat is nu euh gecombineerd  
508 VP: ja  
509 RVP: prima  
510 VP: dat heeft euh (naam collega)vandaag nog  
511 RVP: ja  
512 RVP: goed  
513 VP: ja? Dus dan is alleen nog dat [...]  
514 RVP: de bloedsuiker  
515 VP: ja, verder heb ik geloof ik niks. Dat ze naar huis mag kan ik haar  
516 vertellen? Wacht even, doe jij?  
517 VP: weet je wat ik ook tegenkwam? Euh dr moet twee keer per dag euhm was dat  
518 bij haar? Nee, bij wie moest ik nou, ja toch bij (naam patiënt) de  
519 nystagmus euh controleren, maar ik weet hoe ik dat moet doen  
520 AA: weet jij wat een nystagmus is?  
521 VP: ja volgens mij euhm dat de ogen euh, ja hoe moet je dat zeggen, zo'n euh,  
522 ik weet niet hoe ik het uit moet drukken. Euh, dat de ogen euh euhm  
523 nystagmus, dan knippen ze, nee bewegen ze heel kort achter elkaar. Zeg  
524 ik dat goed? De pupillen  
525 CO: het ook kan of zo heen en weer gaan  
526 VP: ja  
527 CO: of, [...] kan toch ook? Of niet [...]  
528 AA: meestal is het langzaam één kant op en dan snel weer terug zeg maar, maar  
529 dat is een nystagmus  
530 A: [...] fenomeen he?  
531 VP: ja, hoe moet je dat nou  
532 A: het kan ook verticaal maar dat komt heel weinig voor  
533 AA: meestal horizontaal, inderdaad één kant op en dan gaat ie zo en dan  
534 schiet ie zo weer terug, steeds achter elkaar, maar die had ze ook niet  
535 bij opname zie ik hier dus die hoeft je dan, als ze die niet heeft hoeft je  
536 ze niet te controleren lijkt mij  
537 A: kan zijn dat t een [...] is, ze krijgt ook [...] in deze kuur he?  
538 AA: [...]

---

539 VP: nou ja, t stond hier bij de opdrachten en ik ben vandaag weer begonnen,  
540 na een nachtdienst, dus vandaar dat ik daar dan over val misschien, maar  
541 goed ik wist niet wat ik ermee moest, maar ik heb vanmorgen naar haar  
542 gekeken en ik zie niks, maar dat klopt dus

543 AA: ja

544 VP: goed, heb ik dat ook besproken

545 AA: goed

546 VP: ik denk, ik vraag t

547 A: de vraag is dan wel of niet in t weekend gedaan is

548 VP: ik ben niet in de rapportage tegengekomen, euh, niet, niet dat ze t heeft  
549 en ook niet dat ze er naar gekeken hebben

550 A: maar als iedereen niet weet wat t is

551 RVP: iedereen weet wel wat t is [...]

552 VP: ok

553 A: want dan zou t er wel in moeten staan

554 VP: ik denk dat als er geen bijzonderheden zijn, dat het niet gerapporteerd  
555 is, maar er wordt naar gekeken

556 A: we hebben net een ouder [...] gehad en kan je zeggen dat men dus met dit  
557 soort dingen geen genoeg neemt, he als je dus op iets moet letten

558 RVP: moet je het ook aftekenen

559 A: moet er expliciet staan dat het niet aanwezig is, en niet euh,

560 RVP: dat klopt hoor, ben ik helemaal met je eens, ja

561 AA: heb jij nog euh

562 CAR: net zoals bij (naam patiënt) [...], precies op moment suprême weer euh weg  
563 loop

564 AA: ja (gelach?)

565 CAR: maar, wat heeft ze nu? [...] 2 keer 2? 2 keer 3?

566 VP: ik zal eventjes de lijst pakken, dan zit ik niet uit mn nek te kletsen.  
567 Euh ze krijgt 2 keer 2

568 CAR: ja, mag je naar 2 keer 3 milligram. En wat was nou het plan, gaat ze naar  
569 huis of niet?

570 AA: vandaag

571 CAR: en dan over twee weken terug?

572 A: volgende week disdag al

573 CAR: ok, dan mag ze euh vrijdag, thuis, de medicatie naar 2 keer 4 milligram

574 VP: schrijf jij dat op? Want jij moet ook euh recept

575 AA: (naam car) wil jij dat ook opschrijven?

576

577

578 [...]

579

580

---

581 **Deel 3**

582

583 AA: eten wil ze niet?

584 RVP: een rijstwafel, nog een rijstwafel, paar hapjes eten en gister één

585 boterham nog. Dat het vaste voedsel is nog niet euh heel veel, maar ze

586 drinkt wel melk dus daar krijgt ze nog wel wat calorieën

587 AA: en de diëtiste is ook al bij haar geweest?

588 RVP: weet jij dat, bij (naam patiënt)?

589 VP: ik weet niet. Ik heb er net euh enzymen gegeven, ik heb gezegd dat ze dat

590 wel moet gaan drinken nu.

591 AA: ja, ze moet gewoon gaan eten

592 VP: Ik haar net een euhm, ze wil dus geen boterham dus ik zeg nee je moet nu

593 wel wat gaan eten, zegt ze ik wil een beschuit, ik zeg goed, dan begin je

594 met een beschuit maar dan moet je zo kijken of je een boterham wil. Ik

595 zeg nog zo hou je niet zo veel over.

596 AA: ze heeft dus geen last van eetbuien van de pred

597 VP: nee

598 AA: he en hoe is t met de ontlasting? Want daar heeft ze problemen mee en

599 hier was dat nog niet geobjectiveerd???

600 RVP: ja, kan dat gister heeft ze niet gepoept de dag daarvoor wel

601 AA: misschien is het wel een idee om daar toch wel wat te gaan starten, want

602 volgens moeder is het duidelijk afname [...]

603 AA: ja, ik denk euh dat het goed is als je haar stimuleert om te eten, als

604 dat niet euh lukt vandaag, want morgen moet ze natuurlijk ook alweer

605 nuchter zijn

606 VP: ja

607 RVP: dan wordt het anders toch

608 VP: ze is veel nuchter geweest ook he tot nu toe

609 AA: vrijdag

610 RVP: ja, dus gister niet, en dan eet ze ook niet echt heel veel

611 VP: hm hm

612 RVP: ja een rijstwafel word je niet echt dik van

613 AA: nee, zullen we anders sowieso vragen of de diëtiste even bij haar langs

614 wil lopen?

615 VP: ik denk dat dat wel goed is

616 AA: (naam) wil jij ze dan even bellen?

617 VP: ja

618 RVP: willen jullie de bactrimel in tabletten afspreken?

619 AA: [...]

620 RVP: wordt ze misselijk van

621 VP: en een gemalen tablet gaat goed

622 AA1: ja, hoe zwaar is ze?

623 RVP: 33 kilo

624 AA1: [...]

625 RVP: en moeder wou een gesprek met de oncoloog

626 [...]

---

627 A: nou dat moeten we maar even niet doen denk ik, dan wordt het een beetje  
628 over informatie  
629  
630 [...]  
631  
632 AA: nee, moeder heeft ADHD en (naam patiënt) heeft asperge en moeder heeft  
633 zelf ook [...]  
634 AA1: dan zegt ze honderd dingen, dus ik zei al, hier komen we morgen nog wel  
635 even op terug, en na een kwartier zei ze al nou ik weet het nu al niet  
636 meer  
637 AA: nee  
638 AA1: en we hebben donderdag anderhalf uur met die moeder gepraat en vrijdag  
639 rapporteert ze weer dat ze niets meer weet van het gesprek  
640  
641 AA1: Misschien moet ze aantekeningen maken  
642 AA: geeft wel aan dat er weinig van is blijven hangen  
643 RVP: Ja en moeder is ook  
644 AA: of je moet elke dag met haar gaan praten  
645 A: nee, dat is reden te meer om het goed te structureren, misschien gewoon  
646 afspreken dat je één keer per week een gesprek  
647 AA1: zullen we voor het eind van de week ofzo zo'n gesprek inplannen?  
648 A: ja en kijk als er aanleiding is om eerder een gesprek te hebben  
649 bijvoorbeeld als de [...] uitslag binnen is en die blijkt positief te zijn  
650 dan moet ze dus [...] en heb je reden eerder te praten  
651 En dan gewoon één keer per week afspreken zolang hier is de dat kan op de  
652 polie en dan goed structureren, anders geeft iedereen de verkeerde  
653 informatie  
654 AA: ja  
655 A: dat komt dan toch niet over kennelijk  
656 AA: en moet (naam)dan met ze praten?  
657 A: ja, (naam) is de vaste dokter denk ik, dus dat lijkt mij ook het meest  
658 voor de hand liggende om met (naam) af te spreken  
659 AA: [...] heeft alleen met moeder gesproken, anders moeten we ervoor zorgen dat  
660 euh, of de biologische vader, of de pleegvader of in ieder geval iemand  
661 erbij is.  
662 AA: de pleegvader moet erbij zijn denk ik, en dat wil ze ook graag die euh  
663 bij de gesprekken erbij is, die kon er vorige keer niet bij zijn  
664 VP: durf eerlijk gezegd niet te zeggen wie er nu is, maar ik dacht dat dit de  
665 biologische vader was  
666 RVP: vader heeft euh langer haar volgens mij  
667 AA: ja  
668 VP: een beetje krullerig  
669 RVP: een rustige, of in tenminste, hij komt heel rustig over.  
670 VP: krullen?  
671 RVP: ja  
672 VP: krullen, langer haar, ja die is er nu ook

---

673 RVP: ja, das de biologische vader. En moeder is ook heel erg euh, tenminste  
674 dat was vorige week zo van nou ze wil echt alles ook weten, en ook als er  
675 wat, kweet niet of ze die biologische vader niet vertrouwd, of dat ze  
676 euhm nou ja, ze heeft wel zoiets van IK moet gebeld worden. Want, nou ja,  
677 zij wil wel alles controleren en

678 AA1: zij ziet zichzelf zeg maar als de leidend euh ouder, om het zo maar te  
679 zeggen dat met die pleegvader, en die biologische vader zegt ze kan ik  
680 niet omheen, hij die is biologisch vader maar heeft geen officieel  
681 zeggenschap over haar

682 RVP: ok

683 AA1: die heeft alleen tot nu toe één keer in de veertien dagen contact

684 RVP: ja

685 AA1: met (naam patiënt) en de biologische vader, ze zegt ook die hoort er ook  
686 wel bij, maar wij zijn eigenlijk het gezin waar ze

687 VP: maar hij is er wel heel vaak, hij is er heel

688 AA: ja

689 VP: hij slaapt er ook

690 AA: redelijk lijkt 't, en ze zeggen ook van we gaan om de beurt slapen dus  
691 dat die biologische vader dan zei, dat stemmen dan toch redelijk af nog

692 AA1: das op zich wel goed, want moeder heeft heel weinig draagkracht

693 VP: ja

694 A: die moeder heeft veel behoefte aan structuur denk ik

695 AA: ja precies

696 A: dat is absoluut duidelijk, maar ik denk dus dat wij de moeder als  
697 aanspreekpersoon moeten gebruiken, en dat het dan aan moeder is om de  
698 biologische vader er wel of niet bij te betrekken. ik hoop niet dat zij  
699 gesprekken gaan organiseren met verschillende mensen

700 RVP: nee, dat heeft (naam) ook al wel duidelijk gemaakt

701 A: ja, bedoel, dat is hun eigen verantwoordelijkheid

702 VP: ja

703 A: he, als zij vindt dat de biologische vader er bij moet zijn dan prima,  
704 maar dat regelen zij dan op moment dat we de afspraak maken

705 VP: ja

706 AA: maar zullen wij dan, of hoe zullen we dat dan praktisch euh doen  
707 Ik vraag even aan (naam) wanneer

708 A: ik zal het (naam) in ieder geval euh even zeggen dat, als ie dat zelf nog  
709 niet bedacht heeft, maar dat heeft ie vast wel bedacht, even contact moet  
710 opnemen met de moeder ennuhm als er reden is om opnieuw te praten dan euh  
711 zullen we dat gewoon

712 AA: .. kan zien wanneer het is dan .. eventueel die pleegvader

713 A: ja en dat is natuurlijk, op zich is dat euh gewenst dat ze even de  
714 gelegenheid hebben om dat te organiseren

715 [...]



---

**Opname 3: 07.05.09 09.00 - Visite**

**Vp1:** verpleegkundige 1  
**Vp2:** verpleegkundige 2  
**Rvp:** regieverpleegkundige  
**Aa:** arts-assistent  
**A:** kinderarts  
**Co:** co-assistent  
**BA:** bezoekende arts

[...]

1 Vp1: Ik heb hier [naam patiënt] maar heb jij die ook of niet?  
2 Aa: Ja  
3 Vp1: Ja? Meisje van eh, hoe oud is ze? Tien, bijna tien, met ALL. Inductie  
4 BVS. Gister een Vap gekregen, alleen de Vap is nog niet aangeprikt  
5 Aa: Nee. Want er was geen naald meegegeven na OK.  
6 Vp1: Nou maar die zit altijd in het pakket  
7 Aa: Nou die was niet meegegeven want de nachtdienst had gezegd dat het niet  
8 hoefde  
9 Vp1: Nou maar normaal gesproken zit ie ook in het pakket maar als ze dan geen  
10 naald meegeven kan je er weer mee terug  
11 Aa: Ok. Ja  
12 Rvp: Ja of ze krijgen die van ons niet  
13 Aa: Nee hoor  
14  
15 [gepraat door elkaar heen]  
16  
17 Vp1: Maar eh hij is nog steeds niet aangeprikt dus ik hoop wel dat ze heparine  
18 hebben achtergelaten  
19 Aa: Ja dat hoop ik ook  
20 Vp1: Op de OK want anders hebben we nu natuurlijk een probleem  
21 Aa: Nou zullen we dat vandaag doen? Want gister had ze nog een lopend infuus  
22 en was ze net geopereerd dus vond ik het sneu om daar in te gaan prikken  
23 zeg maar, maar dan kunnen we het straks wel even doen  
24 Vp1: Ja. Want dan kunnen we het infuus ook overzetten. Zal ik ook een Emla  
25 plakken dat jij dan de naald aanprikt?  
26 Aa: Is goed  
27 Vp1: Okee  
28 Aa: Hoe is het met haar?  
29 Vp1: Nou voor de rest eh gaat het wel eh redelijk met haar. 't Gaat een beetje  
30 op en neer wat ik zo lees uit de rapportage qua stemmingen enzo ook. Maar  
31 vanochtend had ze de goede pruik op. Begin van de nacht wel weer wakker  
32 gelegen, dan kan ze niet slapen, daarna is ze wel in slaap gevallen.  
33 Aa: Drinkt ze wel een beetje? Dat ze niet vastloopt he

---

34 Vp1: Ja nou, volgens die lijst heeft ze 600 gedronken gister, maar ze eet wel  
35 eh behoorlijk hoor.

36 Aa: Ja

37 Vp1: Beschuiten, rijstwafels, broodjes ze heeft nu ook alweer twee broodjes op  
38 en een rijstwafel

39 Rvp: Dat gaat werken, ja [lacht]

40 Aa: Vochtbalans. Oh dat is niet uitgerekend

41 A: Poept ze nog?

42 Aa: Gister vraagteken en daarvoor twee keer, een keer

43 A: Das niet zoveel dus he?

44 Aa: Nou dat ligt eraan wat het vraagteken is. Anders zou ze nu een dag niet  
45 gepoept hebben. En anders twee keer, een keer

46 Vp1: Volgens mij...

47 Aa: En anders een keer vraagteken. Ik weet niet of jij daar nog aanvullende  
48 informatie over had

49 Vp1: Nou wat ik hier het laatste terug kan vinden is de eh vijfde

50 Aa: Nee de zesde ook nog twee keer staat hier

51 Vp1: Ze heeft wel twee keer flink gespuugd de zesde. 'k Weet niet of dat die  
52 twee keer is

53 Aa: Oh. 't Is dat ik nog

54 A: He

55 Vp1: Zie, maag

56 Aa: Ok

57 Vp1: Zie je, maagproductie

58 Aa: En hier staat een streepje, ok

59 Vp1: Bij gister staat ook eh

60 Aa: Dus dan...

61 A: Daar moeten we dus wel aan denken, want die loopt zo vast als een huis

62 Aa: Waarom, want ze krijgt nog helemaal geen Vinchristine of zo nu toch

63 A: Maar van de Pretnison

64 Aa: Ga je daarvan vastlopen?

65 A: Veel eten, en ja

66 Aa: Ja?

67 A: Ja

68 Rvp: Forlax

69 Aa: Beetje Forlax?

70 A: Ja dat zou 'k maar doen. Je kan beter ook maar een beetje op tijd  
71 beginnen want toen die [naam patiënt] hebben we hier weer beneden gehad,  
72 nou die kon zowat gespoeld worden eh... das wel zonde he, want dan zeggen  
73 die ouders ook heel goedbedoeld 't kind heeft al twee dagen niet gepoept  
74 dus so what

75 Aa: Ja

76 Vp1: Ja, ik zal 't ook even eh navragen hoor

77 A: En tis wel een groot probleem eh en tis ook wel heel naar

78 Vp1: Goed

79 A: 't Voelt ook heel naar hoor

---

80 Aa: Geeft ze 't aan dat ze buikpijn heeft?  
81 Vp1: Nee ze geeft 't niet aan. Ik zal ook even vragen of ze inderdaad niet  
82 gepoept heeft. Voor 't zelfde geld heeft ze gepoept maar heeft ze t niet  
83 gezegd  
84 A: Doorgespoeld  
85 Vp1: Ja maar dat kan natuurlijk ook nog  
86 A: Ja  
87 Aa: Vochtbalans van gister is niet uitgerekend volgens mij  
88 Vp1: Nee want die was heel onduidelijk want de helft van de dingen was  
89 allemaal niet opgeschreven  
90 A: Hmm  
91 Rvp: En ze is heel lang nuchter geweest gister  
92 Aa: En het gewicht?  
93 Vp1: Het gewicht was 34.0 plus 8, 7 ons  
94 Aa: Zelfde als eh vier dagen geleden. En was dokter [naam arts] gister nog  
95 geweest? Weet je dat, toevallig? Die zou komen  
96 Vp1: Volgens mij...  
97 A: Volgens mij is ie geweest maar heeft ie d'r niet getroffen want ze waren  
98 op de OK. En hij is er de rest van de week niet meer  
99 Aa: Oh  
100 A: Dus dat wordt volgende week  
101 Aa: Want eh  
102 A: Volgens mij was dat zo ...  
103 Aa: Ok  
104 Vp1: Maar zij is vrijdag op dag 8 of niet?  
105 A: Ja. Vrijdag is dag 8, dus dat is ook als het goed is aangevraagd dat er  
106 dan strijkjes naar beneden moeten. Klopt  
107 Vp1: Maar als het dan verder in principe goed gaat dan, wordt ze dan ook  
108 ergens in het weekend ontslagen of?  
109 A: Nou dat is wel heel snel denk ik  
110 Aa: Ja, is aangevraagd  
111 A: Ik denk eh, ik denk dat dat ergens in het begin van de week zal zijn. We  
112 hebben de cytostatica aangevraagd voor vrijdag, das allemaal geregeld en...  
113 nou ik denk dat dat begin volgende week moet en ik denk dat er thuis wel  
114 even wat geregeld moet worden of niet?  
115 Aa: Ja, hebben we het gister over gehad he?  
116 A: In 't MDO ook, dus ik denk dat we even,  
117 Rvp: Ja  
118 A: Ja begin volgende week zou een mooi moment zijn  
119 Aa: En ouders weten nog niet van de CLS l...  
120 A: Ok. Nou dat is heel gunstig  
121 Aa: En ik wil ze dat wel vertellen, maar dan moet jij mij vertellen wat dat  
122 ook alweer precies is, want drie is slecht, twee is ietsje minder  
123 A: Drie, drie dan heb je overt eh, CLS leukemie  
124 Aa: Ja

---

125 A: Als je dat hebt dan moet je eh dan dan krijg je een ander plan. En daar  
126 kan je over twisten of je iemand moet bestralen bijvoorbeeld op zijn  
127 brein

128 Aa: Hmm

129 A: Als je eh CLS 2 hebt of CLS 1, CLS 1 is ik heb én geen hoog aantal cellen  
130 gevonden, dat heb je niet

131 Aa: In de LP, nee

132 A: En die paar cellen die ik heb gevonden, daar zitten ook geen blasten bij.  
133 Das CLS 1. CLS 2 is ik heb een laag celgetal, maar in die paar cellen die  
134 ik eruit heb getoverd, heb ik toch blasten gevonden. We weten niet  
135 precies wat dat tweede betekent. D'r is ooit een studie geweest en die  
136 laatte zien dat je een wat minder goede survival hebt als je eh  
137 retrospectief kijkt en je zou toch blasten hebben in je liquor, evident  
138 blasten, maar met een laag celgetal. Daarvoor is die actie met die twee  
139 tripols op week 1 en week 3. Je kan je afvragen van tjonge, zou dat het  
140 nou doen, de trick, de bewijs is ook, eh het bewijs dat dit ook een  
141 duidelijk evident slechtere survival geeft, dat dat het ook is, is niet  
142 heel hard. Aan de andere kant denken we allemaal als je het met twee  
143 tripols zou kunnen afkopen,

144 Rvp: Ja

145 A: Wel gemakkelijk

146 Aa: Dus CLS 1 is eigenlijk... D'r is geen CLS 0

147 A: Nee dat bestaat niet, er is alleen 1, 2, of 3

148 Aa: Maar 1 is [...] Ja

149 A: 1 is perfect, 3 eh, overtu leukemia, nou dat wens je niemand toe, ehm, 2,  
150 mwoah,

151 Aa: Beetje dubieus

152 A: Doen we niet zo moeilijk over. Krijg je twee extra tripols en dan laden  
153 we die op. He want dat is voor het traumatische punctie krijg je dat ook

154 Aa: Ok

155 Rvp: Tsja

156 A: Nee daar hebben we niet het gevoel bij dat je ineens in de morbiditeit of  
157 de mortaliteit eh omhoog gaat he?

158 Aa: Ok

159 Rvp: Zou jij aan eh aan moeder willen vragen als zij naar huis gaan wat zij  
160 zelf aan thuiszorg zou willen hebben? Nodig vindt?

161 A: Dat lijkt me handig ja

162 Rvp: Want ik kan wel van alles gaan aanvragen maarre, ik

163 Vp1: Wou je niet wachten tot [...] dan?

164 Rvp: Nou ja goed ik eh...

165 Vp1: Ik weet niet wat er gister besproken is namelijk

166 Rvp: Moeder... Ik denk namelijk, ik denk dat ik het ben hoor

167 A: Nee ik ben het

168 Rvp: Oh

169 Rvp: Ik denk dat moeder eh... namelijk heel goed in staat is als wij gewoon haar  
170 medicijnen laten meegeven om alles gewoon zelf te kunnen doen. Als je

---

171 maar structuur biedt aan haar dan kan ze het wel alleen ehm, ze,  
172 gesprekken die ze niet gevisualiseerd krijgt wat wat er is besproken, dan  
173 dan is ze het zo weer kwijt

174 Vp1: Hmm

175 Rvp: Maar het is geen domme vrouw en ik denk ook zeker dat ze het thuis wel  
176 gaat trekken alleen eh... kijk [naam patiënt] geeft ook geen sondevoeding

177 Vp1: Nee tis in eerste instantie nu alleen nog maar de pret die ze heeft en de  
178 bactrimel natuurlijk

179 Rvp: Daarom. Dus dat

180 Vp1: Is ook wel te overzien

181 Rvp: 'k Wou zeggen dat moet gewoon goed komen dus ik

182 A: Ja

183 Vp1: En ik denk ook nog niet ja, nou ja ik denk ook niet dat ze

184 Rvp: Wat zeg je?

185 A: En de forlax

186 Rvp: Ja

187 Vp1: Direct aan de sondevoeding moet want ze red t eerst ook wel even met de  
188 pret

189 Rvp: Nee dat denk ik ook niet, nee, nee. Maar goed

190 A: Overleg t gewoon

191 Rvp: Ze hadden het er gister al over ja dan moeten medicijnen uitgezet worden,  
192 ik denk nou, volgens mij is dat helemaal niet nodig

193 A: Maar was dat niet voor die eh, eh, voor dat andere kind, die [naam  
194 patiënt]

195 Rvp: Nee, nee

196 Aa: Dat was voor deze

197 Rvp: Dat was voor deze

198 A: Oh dat was voor deze. Weet je, overleg het gewoon

199 Rvp: Volgens mij is het prima

200 A: Eh kijk gewoon wat moeder wil en hoe ze het zelf ziet en of ze d'r al  
201 over nagedacht heeft

202 VP1: Ja, nou ik zal 't 's even aan d'r voorleggen

203 A: Wie weet, komen we dan wel verder. Maar begin volgende week moet zeker  
204 haalbaar zijn. En als het super super is eh ja kunnen we het ook altijd  
205 eind van de week doen

206 Rvp: Ja

207 A: Maar dan heeft ze net eh, een heleboel stuff gehad die vrijdag dus dat is  
208 een beetje ongelukkig vind ik altijd om op vrijdag naar huis te gaan, als  
209 je het nog niet eerder hebt gedaan

210 Vp1: Had zij nog...

211 Aa: Hyperhydratie?

212 Vp1: Ja

213 Aa: Ja

214 Vp1: 2,5 liter

215 Aa: Moeten we daar ook es wat aan doen?

216 A: Ja...

---

217 Aa: Gister was het prosporbinezuur 0.32, eergister 0.33 Maar t kalium en  
218 fosfaat zijn prima  
219 A: Tja. Hoe lang zijn we nu bezig, hoeveel dagen?  
220 Aa: Sinds vrijdag  
221 A: En vandaag is 't woensdag. Joah, probeer maar gewoon  
222 Aa: Stoppen en de natriumbic ook?  
223 A: Ja. Doet haar celgetal wat? Op die eh cytostatica?  
224 Aa: Die was 8  
225 A: Het was 8 en het is 8?  
226 Aa: Het was, 8 en het is 2  
227 A: Ok, dus het doet ook wel wat. Ok.  
228 Aa: Paracetamol, moet ze die nog hebben, voor die vap? Ja he? Van gisteren  
229 Vp1: Ja ze heeft dubbele sticker d'r op staan want ze heeft een  
230 paracetamolsticker van 500 zo nodig en ze heeft een paracetamolsticker  
231 A: Nou, daar doen we niet zo heel moeilijk  
232 Vp1: van 1000  
233 Aa: Ja en dan had de anesthesie had 4 keer 1000, dat vond ik wel echt een [...]  
234 Vp1: Nou dan doe je die stop en dan doe je laat je die van 500 zo nodig staan  
235 Aa: Kijk. Had ik gedaan. En dan de natriumbic kan ook stoppen  
236 Vp1: Ok  
237 Aa: Ehm, saneren vandaag. Dus dan hebben we nog cortrimaxol, paracetamol,  
238 pret en dan krijgen we straks nog de forlax  
239 Vp1: Ja  
240 A: Ja  
241 Vp1: En dan kunnen we de ph stoppen  
242 Aa: En de gluco  
243 A: Nou, scheelt weer  
244 Aa: Doen we ook nog de glucosticks?  
245 Vp1: Heb ik vanochtend gedaan, was negatief  
246 Aa: Wat hebben we hier? Hier, die. En de vap gaan we dus doen. Wat zijn we  
247 vandaag, 9 mei alweer  
248 Vp1: Heb je dan ook een minimale instelling  
249 Rvp: Jij staat nog op out of office tot 9 mei  
250 A: Klopt  
251 Rvp: Ok  
252 A: Dat heb ik me, bedacht ik me  
253 Rvp: Ja  
254 A: Ik zag het op m'n eigen mail, op de andere mail terug gisteravond, zag ik  
255 acht, toen dacht ik ach [zucht]  
256 Vp1: Ja dat weet ik niet want misschien wil je wel. Ga je ineens [...]  
257 Rvp: Ik wist niet of je het wist, maar  
258 A: En gister ben ik er gewoon niet meer aan toegekomen door eh, heb ik er  
259 ook niet meer aan gedacht. Ik zal het hier bovenop zetten  
260 Rvp: Geeft niks, maar  
261 A: Klopt. Nou het ontmoedigt misschien  
262 Rvp: Ja [...] kijk maar op m'n mail

---

263 A: Oh, 't is vreselijk  
264 Aa: Vrijdag in ieder geval [...]  
265 Vp1: Ja, nou dat we er niet dan vrijdag achterkomen [...] dat ze naar het ODBC  
266 moet, das natuurlijk niet zo netjes  
267 Aa: We trekken m aan, we doen er gewoon heparine in, zetten we op het blokje  
268 en dan weten we dat ie het doet en dan kunnen we er vrijdag [...]  
269 Rvp: Ja, slim  
270 Aa: Okee  
271 Vp1: Dan heb ik [naam patiënt]  
272 A: Vat je het even samen voor [naam bezoekende arts]?  
273 Aa: Ik ga hem nu net lezen  
274 A: Oh ja jij [...] is ook zo  
275 Vp1: [lacht]. Infant ALL  
276 Rvp: En jij komt uit een ander ziekenhuis of eh?  
277 BA: Nou uit eh Stadskanaal  
278 Rvp: Ok  
279 A: Infant ALL he?  
280 Aa: Ja  
281 A: En dat is eh, wat we nog niet weten wat belangrijk is voor infant ALL is  
282 het eh, de hoogte van het leukocyten getal, maar nog veel belangrijker is  
283 een bepaalde gen eh eh rangschikking, als je een eh bepaalde eh bij  
284 chromosoom 11 een bepaalde eh breuk hebt zitten, dan is dat prognostisch  
285 slechter. En bij die infant ALL's is eigenlijk gebleken in de historie  
286 dat er eh een groep is, eh die het relatief gezien eigenlijk wel aardig  
287 doet, en dat valt dan relatief gezien heel erg mee want vroeger dachten  
288 we dat infants altijd per definitie slecht waren, die reageren best op  
289 voldoende chemotherapie, maar d'r is ook een groep en die doet het  
290 eigenlijk ontzettend slecht, en dat zijn de MRL rearrangements, en dat  
291 ligt op chromosoom 11, en dat is een heel belangrijk item als je dat  
292 hebt, ga je dus in het protocol naar een eh, ja verzaamd regime in de  
293 hoop, dat dat wat soelaas biedt. En ehm, waar we natuurlijk mee bezig  
294 zijn is om te kijken of je die kinderen niet zou kunnen gaan blootstellen  
295 aan de anonieme drugs die opkomen, alle allerlei inhibitors van [...], en  
296 d'r is ook voor MRL rearrangements is iets in de in de ontwikkeling, maar  
297 daar is men nog mee bezig eigenlijk, zover is 't nog niet. Dus de plannen  
298 zijn om de komende twee groepen wat meer uit elkaar te halen, dit is als  
299 het ware de standaardbehandeling voor de infant ALL en dan heb je  
300 ongeveer 40% kans dat je het haalt, eh, als je een MRL rearrangement hebt  
301 dan heb je gewoon veel minder kans  
302 BA: En, hoe snel moet je dan weten? Bijvoorbeeld als je nu start, en dan eh  
303 inductie of inuïde  
304 A: Nee inductie  
305 BA: Bij inductie, eh na inductie krijg je dus  
306 A: Dus je hebt een maand  
307 BA: Aha  
308 A: Je hebt een maand

---

309 BA: OK  
310 A: Das altijd heel fijn voor ons  
311 BA: Ik dacht dat bij inductie afhankelijk van  
312 A: Nee  
313 BA: Ok  
314 A: Inductie blijft de inductie  
315 BA: Ok  
316 A: Ja. Maar inductie gaat meestal ook wel bij infants.  
317 Aa: Tot welke leeftijd ben je infant? Gewoon onder een jaar?  
318 A: Ja  
319 Aa: En dan is dus sowieso de prognose veel slechter dan bij gewoon zeg maar?  
320 A: Ja. Maar dat is dus niet zozeer door de leeftijd  
321 Aa: Hmm  
322 A: Dat je eh 365 of 364 dagen bent, maar dat is het type leukemie. En we  
323 weten dat als je over type leukemieën praat, over lymfatische leukemie,  
324 dit is bijvoorbeeld leeftijd he, dit is 80 jaar, nul, en dit even voor  
325 het gemak 10, en dit is eh eh de type leukemie dan zie je hier dit als  
326 dit 1 is, dan zie je hier de infants eh, die hebben een bepaald type  
327 leukemie met MRL rearrangements hoog leukocyten getallen vaak en relatief  
328 gezien een slechte outcome. Ook dat denk ik, we hadden het gister over  
329 die leukemic stamcel, we denken dat dit die infant ALL-en in een veel  
330 vroegere leukemic stamcel zit, dan de ALL-en die we meestal zien en die  
331 zitten hier natuurlijk ergens, op de peuter kleuterleeftijd, want die  
332 gaan allemaal hartstikke relatief gezien kun je nou heel onaardig zeggen  
333 relatief hartstikke goed he, hier ben je blij met 40%, hier eh vind je  
334 80%, dat haal je wel. We denken dat als je aan die leukemic stamcels  
335 denkt, je hebt verschillende eh, ook in stamcels zitten kleine gradaties  
336 alweer van ontwikkeling, dat je alweer meer progenator-achtig bent. We  
337 denken dat dit, die infants zitten waarschijnlijk veel vroeger, is de  
338 hypothese, dit zit veel later en je kan je voorstellen, dat als je wat  
339 later in die ontwikkeling zit, echte stamcellen zijn heel erg gewapend  
340 tegen allerlei gif, eh met allemaal pompen, om te zorgen dat als je  
341 stamcellen zou verliezen in het leven, dan heb je geen leven meer, dus  
342 die zijn gewoon van nature ontzettend gewapend. Dus hoe vroeger je daar  
343 je aboratie van de kanker in hebt, hoe meer kans je hebt dat zoiets zal  
344 overleven. Het voordeel hierbij is, dat is dat het waarschijnlijk denkt  
345 men iets later zit, cellen zijn ook minder gewapend, en leggen gewoon bij  
346 een gelijke stimulus eerder het loodje. Nou en dan heb je nog de tieners  
347 he, die komen op een gegeven moment komen hier een andere groep op en dat  
348 is misschien lijkt dat weer meer op de adults, nou daar daar hebben we  
349 nog een vraagteken bij, wij doen het in ieder geval beter dan adults in  
350 overleving, dat scheelt 30% dus das wel veel, eh, maar in hoeverre dat  
351 nog ligt aan eh dat hier nog een groep zit die toch nog meer hier op  
352 lijkt, he dat deze groep een beetje meer zo gaat en dat hier onderwijl  
353 die andere opkomt, nou dat moet allemaal nog blijken, dat weten we nog  
354 niet. We denken dat adults in ieder geval, de echte volwassenen, die



---

355 hebben waarschijnlijk ook net als de infants in een veel vroegere fase  
356 van hun leukemic stamcel de de chromosomale afwijking. En dat bepaalt  
357 voor een deel dus je outcome.

358 Aa: Ja. Die infant ALL is toch gewoon iedereen onder de 1 is sowieso infant  
359 ALL je kan niet het zien nog aan eh aan je [...] ofzo?

360 A: Nee. We weten nog, nee. Het enige waar we ondertussen uit zijn dat is dat  
361 we al wel weten dat het twee groepen lijken te zijn, en dat als je geen  
362 MRL herschikking hebt dan hoor je tot deze groep en dat is sowieso  
363 gunstiger. En het enige wat er nu bekend is dat nou dat heb ik je nu  
364 verteld, ja, dat blijft, laat ik zeggen dat is, wat we in ieder geval wel  
365 weten vanuit de historie dat is als je deze kinderen op een protocol van  
366 gewoon de vier, drie vier jarigen doet,

367 Aa: Hmm

368 A: Dat dan in principe de overleving kleiner dan 10% is, want dat hebben we  
369 jarenlang gedaan vroeger, dat heeft gewoon geen zin

370 Aa: Hm

371 A: Dan krijg je allemaal recidief bij tijdens behandeling of direct  
372 aansluitend. Zinloos

373 Aa: En maakt het nog uit of die kinderen eh hoge leukocyten getallen hebben  
374 of niet? Of hebben ze dat gewoon, bijna altijd

375 A: Hebben ze bijna altijd en het maakt volgens mij nog wel voor de  
376 risicostratificatie maar dat weet ik niet helemaal zeker, MRL is in ieder  
377 geval het belangrijkste

378 Aa: Hmm

379 A: Maar volgens mij is het hoge leukocyten getal ook een item in de  
380 risicostratificatie

381 BA: Dus die mortaliteit is bij 40% nog steeds aanzienlijk lager eh hoger dan  
382 dan

383 A: Ja das overleving he

384 BA: Die 40%

385 A: Helaas overleving

386 BA: Is helaas veel lager dan dan in de

387 A: Deze. Das 80

388 BA: Standaardgroep. Komt dat toch deels door problemen in de behandeling of  
389 is dat de biologie van de tumor?

390 A: We denken dat die infant ALL's lijken we, laat ik zeggen we missen d'r  
391 niet veel in de toxiciteit, als je dat bedoelt. Aan toxiciteit van de  
392 infant ALL-en we hebben denk ik, nou nauwelijks kinderen verloren aan  
393 toxiciteit, maar we verliezen wel helaas kinderen aan recidieven.

394 Aa: En dan kan je toch, dan weet je toch dat je dus veel meer chemo kan geven  
395 [...]

396 A: Das de vraag he, das de vraag. Want je je zit ergens op een grens dat zie  
397 je bij die AML-en ook, ik denk dat een AML kan niet meer meer chemo  
398 krijgen, want die krijgt cardiotoxiciteit enorm, de fertilititeit, d'r  
399 komen he steeds meer problemen. Dus de vraag is eigenlijk of dat wel of  
400 je daar gelijk in hebt, ik denk dat je je ook kunt afvragen of als je

---

401 blijft schieten met olifanten, eh, dus met losse flodders eigenlijk op  
402 iets waarvan je gewoon niet precies weet hoe 't in elkaar zit, of dat de  
403 beste strategie is. Dat doen we natuurlijk wel,  
404 Aa: Maar 't blijkt nu dat er geen kinderen doodgaan aan infecties en dat  
405 soort dingen,  
406 A: In ieder geval lukt het onze supportive care zo op niveau te houden  
407 Aa: Ja  
408 A: Dat we die kinderen er door heen slepen, misschien moet je 't zo zeggen  
409 Aa: Maar ze gaan wel dood aan hun kanker, dus dan moet je toch iets, dan moet  
410 je toch  
411 A: Ja  
412 Aa: Meer chemo gaan geven?  
413 A: Ja maar de vraag is als je dan, als je dan 20% gewoon dood maakt door de  
414 chemo zal je overall survival nog slechter zijn. Want dan heb je al de  
415 eerste 20%, hier heb je 60% dood door de leukemie, heel banaal  
416 Aa: Hmm  
417 A: Stel nou dat je protocol 10% beter uitkomt  
418 Aa: Hmm  
419 A: Maar je hebt 20 25% meer  
420 Aa: Ja ok  
421 A: Dat gaat snel hoor  
422 Aa: Ja?  
423 A: En dan hoeps zit je ineens hier. Dan, dan heb je dus evident gewoon meer  
424 verschil  
425 Aa: Je weet het gewoon niet maar het kan toch ook gewoon zijn dat je  
426 overleving 30% beter wordt, dat weet je niet toch?  
427 A: Nee dat weet je niet, maar die kans is wel heel klein  
428 Aa: Ok  
429 A: Dat weten we langzaamaan wel. We, als je ziet in de geschiedenis van de  
430 afgelopen dertig jaar van de kinderoncologie, zijn er maar een paar  
431 dingen die ons reeds 30% vooruitgang hebben geboekt  
432 Aa: Hmm  
433 A: En dat is het invoeren van de bestraling op hersenen van kinderen met een  
434 ALL, nou hebben we ook weer afgevoerd, want ze werden allemaal hartstikke  
435 dom, maar eh dat heeft ons heel veel eh eh heel veel dat heeft ons heel  
436 veel inzicht in deze gebracht, en het andere wat ons eh dat is dat we  
437 twee jaar zijn gaan behandelen, ehm dat heeft ons ook ineens heel veel  
438 inzicht gebracht. Maar, verder zijn er maar heel weinig eh, verder zie je  
439 als je de curve hier over de jaren ziet, zo langzaamaan stijgt die curve  
440 een beetje langzaamaan stijgt die curve een heel klein beetje maar hele  
441 kleine spaarzame dingen. Maar een paar grote dingen. Dus, nou ja  
442 BA: Nieuwe doorbraak  
443 Aa: Ja  
444 A: Altijd, altijd  
445 (.)

446 Vp1: [naam patiënt]. Nou die is gisteravond of middag en avond erg misselijk  
447 geweest, heeft ook veel gespuugd  
448 Aa: Gister hadden we hem zn chemo gegeven he  
449 Vp1: Ja  
450 Aa: Infratecaal  
451 Vp1: Ja. En eh zn sofran is ook gestopt weer vanochtend, maar ik denk dat ie  
452 wel even eh  
453 A: Wat heeft ie gehad gisteren precies?  
454 Vp1: Eh douno,  
455 A: Vinchristine  
456 Vp1: Arsc en vinchristine  
457 A: Ok  
458 Vp1: En vandaag krijgt ie eh douno en arsc  
459 A: Ja  
460 Vp1: Dus ik denk wel dat ie ook even sofran eh  
461 A: Ja, dat mag ie zeker hebben  
462 Vp1: Vooral bij die douno op  
463 A: Ja. En ook met z'n LP  
464 Aa: Staat dat niet in de, oh nee  
465 A: Nee. Handgeschreven gebeuren  
466 Aa: Dat is dan twee milligram denk ik  
467 A: Nee vier. Vier  
468 Vp1: Ja hij er is twee afgesproken  
469 A: Oh ja?! Ik dacht dat wij alleen maar kozen tussen vier en acht!  
470 Rvp: Ah eh  
471 Vp1: De laatste tijd hebben we af en toe  
472 Rvp: De laatste tijd wordt het steeds twee  
473 Vp1: Weer kinderen die twee krijgen  
474 Rvp: Wij eh, wij hebben liever vier. [lacht] Dat gaat beter  
475 Vp1: Die hele kleintjes krijgen soms tegenwoordig maar twee, [naam patiënt]  
476 krijgt ook maar twee bijvoorbeeld weet ik  
477 A: Huh?  
478 Vp1: Ggh  
479 A: En wie heeft dat dan afgesproken? Ik dacht dat wij alleen maar kozen  
480 tussen vier en acht  
481 Vp1: Dat staat nu soms ook in de protocollen  
482 A: Oh? Staat dat in dit protocol ook? Nee, kan helemaal niet  
483 Vp1: Nee, maar 't staat nu af en toe ook in de protocollen bij sommige  
484 kinderen  
485 A: Twee, tsjonge. Nou je mag best vier proberen, kijken of dat beter gaat  
486 Aa: Mag ie dat ook drie keer hebben dan?  
487 A: Ja. Gewoon hebben, vier. Wat we ons wel moeten realiseren is dat je 't  
488 ook weer echt op tijd stopt want eh, die beelden als eh, zo'n [naam  
489 patiënt] zijn natuurlijk wel ook, kunnen ook op basis van sofran zijn he?  
490 Dus 't is ook geen snoepgoed  
491 Vp1: En dan eh

---

492 Aa: Zo'n cycliomapathie?  
493 A: Ja, kan ook. Die wat zij had he, das natuurlijk niet zomaar een  
494 cycliomapathie  
495 Aa: Nee. Dat was toch bij een asparginator hadden ze gedaan?  
496 A: Oh ja, kan. Maar dit soort beelden kunnen ook voorkomen op basis van eh  
497 medicatie  
498 Aa: Paracetamol stop? Of niet  
499 Vp1: Nee, eh maar dexamethason is nu 0,1 milligram per milliliter  
500 voorgeschreven, dus misschien wil jij 1 milligram per milliliter  
501 voorschrijven want dan hoeft ie maar 16 in plaats van 6 cc  
502 A: Moet je het wel heel precies in dat spuitje doen he, kunnen jullie wel  
503 he?  
504 Vp1: We hebben 1 cc spuitjes dus eh  
505 A: Want anders dan eh  
506 Aa: Eh  
507 A: Anders dan zit je d'r ook ineens een milligram naast he, dan zit je  
508 ineens gewoon 10% wijk je af  
509 Aa: Nul komma  
510 Vp1: Nou nu spuugt ie het af en toe gewoon uit want omdat het eh, te veel is  
511 dus dan is het ook niet goed  
512 A: Word je ook niet blij over  
513 Rvp: Nee, en die gradering want je hebt net zulke grote spuiten voor 1  
514 milliliter als voor 10 milliliter dus dan dan dan  
515 A: Nee dat is ook zo, als je eh een halve milliliter verschil hebt op een  
516 oplossing van nul komma een  
517 Vp1: Ja  
518 A: Een milliliter  
519 Vp1: Nee ik begrijp het hoor  
520 A: Ach, dat scheelt niks, das dat kan je, homeopathisch scheelt dat. Zeker  
521 voor thuis eh  
522 Aa: Controles stabiel, fijn. En drie keer veel braken, vochtbalans dus 250 en  
523 het gewicht?  
524 Vp1: 8500. Trouwens z'n scrotum ziet heel opgezwollen  
525 Aa: Oh  
526 Vp1: Dus, je zou juist denken dat ie vocht vast zou houden en dat soort  
527 dingen. Hij heeft geen dikke voeten of handjes ofzo, maar hij heeft wel  
528 een heel eh opgezwollen eh scrotum  
529 A: Heeft ie een hydrocele dan?  
530 Aa: Is 't beiderzijds dan?  
531 Vp1: 't Is wel beiderzijds ja  
532 A: Zou kunnen, of hij moet beide hydrocelen hebben  
533 Aa: Bij opname had ie het niet een hydrocele  
534 A: Ok. Nou daar moet je even naar kijken  
535 Aa: En, z'n eh z'n ogen ook niet?  
536 Vp1: Nee  
537 Rvp: Nee hoor. Dat zijn alleen pancrocietten

---

538 A: En hij is verder niet aangekomen?  
539 Vp1: Nee afgevallen  
540 A: Oh  
541 Vp1: Dat strookt niet daarbij zeg maar  
542 A: Nou dan moeten we het even afwachten. Misschien moet je 't scrotum wat  
543 hoger leggen  
544 Vp1: [lacht]  
545  
546 *[door elkaar gepraat, gelach]*  
547  
548 A: He was de thuiszorg, komt dat goed?  
549 Rvp: Ja, hier  
550 Vp1: Nee hier hier staat, hier lees ik iets van eventueel eh met ontslag  
551 A: Ja  
552 Vp1: Maar ik lees er verder helemaal niks over  
553 Aa: Sorry? Thuiszorg voor [naam patiënt]? Hoe eh zit dat?  
554 Vp1: Ja  
555 Rvp: Is eh opgestart  
556 Aa: Kijk  
557 A: Dat lijkt allemaal te gaan lukken  
558 Aa: Nou mooi  
559 Aa: En dan moet ie maandag op de poli he?  
560 Vp1: Ja  
561 A: Voor z'n eh LP of, of beenmergpunctie, wat was het. Staat in de status  
562 Vp1: Eh  
563 A: In de status kan je zien waarvoor ie er moet komen. Hier, nee daar,  
564 voorop, daar, op het eerste vel, staat een datum bij met beenmerg  
565 Aa: BM? En KRZ?  
566 A: Ja dus dan moet die beenmerg moet ie beenmerg dus hebben dus dan moeten  
567 we dat dat is de reden om even goeie plek af te spreken dus hij moet echt  
568 voor de beenmergpunctie medicatie eh op de maandag. En dan moet ie op de  
569 donderdag weer  
570 Aa: Even kijken, vijftien mei poli beenmergpunctie  
571 A: [hoest]  
572 Aa: Ook een LP moet ie hebben zie ik hier, 6 milliliter MTX?  
573 A: Ja  
574 Aa: LP, vinchristine  
575 Vp1: Want het is de bedoeling dan dat ze vrijdag met ontslag gaan?  
576 A: Ja  
577 Vp1: En dan maandag terugkomen?  
578 A: En donderdags  
579 Vp1: In de map staat namelijk helemaal niks  
580 A: Nee we moeten even kijken of eh, ze moeten wel even met de poli bellen  
581 eh, voordat eh we dat kunnen doen, hoe we dat kunnen doen of dat eh. Heb  
582 jij het protocol van de infants hier? Het hele protocol? Of heb je alleen  
583 maar zo'n extract?

---

584 Aa: [...]  
585 Vp1: En al die dagen dat ie die ARSC moet dat eh, krijgt ie ergens anders dan,  
586 of niet?  
587 Aa: Thuiszorg. Uh-uh  
588 Vp1: Dat is oraal?  
589 A: Nee  
590 Rvp: Nee, krijgt ie met specialistische thuiszorg  
591 Vp1: Oh zo, hij gaat met z'n vapnaald eh  
592 Aa: Hij wordt elke dag dag behalve de maandag en de donderdag gaat ie  
593 thuiszorg krijgen, he?  
594 Vp1: Ok  
595 Rvp: Heb ik doorgegeven hoor  
596 Aa: Ok  
597 (. )  
598 Vp1: Maar dan, dat krijgt ie thuis dan ook in een uur?  
599 A: Ik weet niet of ie dat een uur moet hebben, moet dat in een uur?  
600 Rvp: Ja nou [...]  
601 Vp1: Ja nou dat staat wel op mijn lijst, dat ik dat in een uur moet geven  
602 vandaag  
603 Rvp: ARSC in een uur? Is toch tien minuten?  
604 A: Volgens mij kan het gewoon in een push  
605 Rvp: Ja  
606 Aa: Wie heeft dat  
607 Vp1: Nou dat heb jij volgens mij opgeschreven!  
608 Aa: Nee maar ik heb dat er niet bij geschreven! Dit is niet mijn handschrift,  
609 heeft iemand achterin één uur geschreven  
610 A: Oh wat stout zeg  
611 Aa: Want ik schrijf nooit op in hoeveel tijd want dat weet ik nooit namelijk  
612 A: Zeg zullen we dan even direct even het infantprotocol erbij pakken?  
613 Aa: Dat heb ik echt niet opgeschreven  
614 Rvp: De douno is altijd wel in een uur maar ARSC is er toch altijd in tien  
615 minuten?  
616 A: Ja  
617 Aa: Wie ging gister over [naam patiënt]? [naam verpleegkundige] Misschien  
618 heeft die dat erbij geschreven  
619 Rvp: Ik kan me niet voorstellen dat die erbij heeft geschreven dat dit in één  
620 uur is. Kan wel kijken of het zijn handschrift is  
621 Aa: In een uur in een uur in een uur, hier ook, allemaal  
622 Rvp: Ja is ook niet het handschrift van [naam verpleegkundige]  
623 Aa: Zal ik dat doorstrepen? Dounorubicine wel?  
624 A: Misschien eh  
625 Vp1: Douno moet wel in een uur ja  
626 A: Ja. Je moet even kijken hoe het eh aangeleverd wordt misschien, nu wordt  
627 het misschien, ik weet niet hoe het is aangevraagd? Heb je de bon nog?  
628 Rvp: Normaal gesproken wordt

---

629 A: Kan je het zien. Hier is de bon daar, kijk es, je hebt de bon. Dan kan je  
630 het gewoon zien. Of het gewoon als push wordt aangeleverd of niet. Of  
631 niet, is dat de bon niet van de ARSC?

632 Vp1: Hier staat eh, 30 minuten IV. Is door dokter eh [naam arts] bedacht  
633 [lacht]

634 Rvp: Ja

635 A: Maar das voor hier misschien nog niet zo slecht

636 Rvp: Hebben we bij de bij die andere doen we ARS1 in 10 minuten

637 A: Ja. Maar dat is hier misschien nog niet zo erg. Het is nu eenmaal zo  
638 aangevraagd. Ik zal even kijken in het infantprotocol want in principe is  
639 het de bedoeling dat we 't gewoon als push daar geven

640 Rvp: Ja

641 Vp1: Nou ja het is maar de vraag voor thuis

642 A: Ja. Nee dat heeft geen zin

643 Vp1: Geef ik het nu gewoon in een half uur. Ja?

644 A: Ja want nu krijg je waarschijnlijk ook meer volume. Denk ik. Nu ze het zo  
645 hebben aangevraagd. Ja?

646 Vp1: Goed

647 (.)

648 A: Wij kijken zo even in het infantprotocol of eventueel die eh beenmerg-lp  
649 naar de dinsdagmiddag zou kunnen voor het OBDC, dus daar moeten we even  
650 even kijken of dat kan. Protocoltechnisch

651 Aa: Ja

652 A: Of dat een dag verschoven kan worden

653 (..)

654 Aa: Dat was 'm?

655 Vp1: Volgens mij wel

656 Aa: Ok

657 A: Ok

658 Vp1: Daag

659 Vp2: Ik heb [naam patiënt]. Jongen met een eh B-cel non-hodgkinlymfoom

660 Aa: [naam patiënt], [naam patiënt]. Zit bij [naam Aa] in de bak

661 Vp2: Oh

662 Rvp: Zal ik 'm even halen?

663 Vp2: Weten jullie toevallig hoe laat de LP gepland staat van hem?

664 A: Vandaag he

665 Aa: Vandaag, dat moeten wij geloof ik doen he

666 A: In principe gewoon direct aansluitend na de visite,

667 Vp2: Ok

668 A: Zou ik willen voorstellen

669 Vp2: Das goed

670 A: Hup

671 Vp2: Mooi

672 A: Voordat ik wegga. Nee dat is wel handig

673 Vp2: Ja

674 A: Voor ik naar boven ga

---

675 Vp2: Nou prima  
676 A: Heel graag dus  
677 Vp2: Zal ik het even klaarzetten  
678 A: Ja, heel graag. Met dormicum he?  
679 Vp2: Ja, volgens mij ook  
680 A: Ja  
681 Aa: Dan kunnen we, hoe laat is dat afgesproken?  
682 A: Tien uur geloof ik  
683 Vp2: Nou ik heb het ergens zien staan maar  
684 (.)  
685 Vp2: Ik heb daar nog geen lijst van dus ik weet niet of ik daar een ehm, dan  
686 kan ik het klaarmaken  
687 A: Ja  
688 Aa: Heb je daar een sticker van?  
689 A: [hoest]  
690 Vp2: Inderdaad ja, een sticker of een ventilotussticker he  
691 A: 10 milligram. 100 kilo  
692 Vp2: Hij, is, 77  
693 A: Is niet heel zwaar  
694 Aa: Is het deze?  
695 Rvp: Ja  
696 Aa: Of deze?  
697 A: Mag ik dat deel 1 even, want daar staat het in namelijk precies wat we de  
698 vorige keer ook hebben gedaan, ging toen heel goed. Hij heeft volgens mij  
699 gewoon 10 milligram gehad  
700 Vp2: LP doen we dan met een roesje  
701 (.)  
702 Aa: Hoe is het met hem? Hij kuurt he?  
703 Vp2: Ehm,  
704 Aa: Of is ie nog niet begonnen?  
705 Vp2: Ja hij heeft, gisteren heeft ie eh MTX gehad  
706 Aa: Dat gaat goed? Is ie ook beroerd?  
707 Vp2: Nee  
708 (..)  
709 Vp2: Hij heeft verder ook niet gespuugd of wat dan ook, geeft ook geen  
710 klachten aan  
711 (..)  
712  
713 (*lezen van dossiers*)  
714  
715 A: Ehm, dormicum, 10 milligram, dat gaven we hem. Eenmalig. En eh hier staat  
716 ie nog een keer. Ja?  
717 (..)  
718 Aa: Ik overdoseer al die kinderen haha. Oncologie is geen goeie afdeling. Je  
719 overdoseert bij het leven. Elke keer weer error error [lacht]  
720 A: 10 milligram? Dormicum?



---

721 Aa: Ja  
722 A: Mwoah voor als je stil moet liggen  
723 Aa: Ja maar dat dat weten zij niet  
724 A: Nee  
725 Aa: Kuurt. Gaat goed  
726 Vp2: Ja  
727 A: Is gewoon een volwassen vent  
728 Aa: Goed eh met de vochtbalansen?  
729 Vp2: Eh vochtbalansen, gisteren was -435, toen al negatief  
730 Aa: Ok. En hij weegt?  
731 Vp2: 77,2  
732 Aa: En die was?  
733 Vp2: 77,3  
734 Aa: Prachtig  
735 Vp2: Ja  
736 Aa: Ok. Niet gespuugd?  
737 Vp2: Nee  
738 (.)  
739 A: Eigenlijk hoeven we dan niet heel veel nu met 'm he? Behalve dat ie kuur  
740 moet krijgen  
741 Vp2: Ja  
742 A: Z'n mond, zorgt ie d'r goed voor?  
743 Vp2: Eh ja  
744 A: Met spoelen enzo eh?  
745 Vp2: Ja. Ja ik kom d'r aan en het is: ja heb ik al gedaan en eh  
746 A: Geweldig  
747 Vp2: Mond gespoeld, nistatine gebruikt ie heel trouw  
748 A: Nou, geweldig  
749 Vp2: Enneh, dus dat gaat eh eigenlijk heel goed. Bactrimel, hoe, dat moet,  
750 drie dagen na een kuur mag dat weer hervat worden, bij MTX?  
751 Aa: Ja  
752 Vp2: Drie dagen na de tijd he?  
753 A: Dus dat is in principe thuis weer  
754 (.)  
755 Vp2: Want die stond alweer om gestart te worden  
756 Aa: Bactrimel mag gestart worden op de dag van het MTX-infuus en twee dagen  
757 erna  
758 A: Dus  
759 Vp2: Twee dagen erna  
760 A: Dus meestal kom je dan  
761 Vp2: Dus dat is gisteren,  
762 A: Dan heeft ie  
763 Vp2: Dan mag ie de elfde weer  
764 Aa: Maar moet ie dan inhalen of  
765 A: Neuh neuh dan sla je over  
766 Aa: Of slaat ie dan gewoon een week over?

---

767 A: Je slaat niet echt een week over he  
768 Vp2: Je krijgt andere dagen  
769 A: Je krijgt gewoon andere dagen  
770 Vp2: Ja  
771 A: Toegewezen, per ongeluk weer  
772 Aa: En die hou je dan, steeds weer?  
773 A: Nou ja, wat heet houden. Als de kuur uitgesteld moet worden hou je niks  
774 Aa: Nee ok maar als je altijd woensdag donderdag vrijdag doet kan het zo zijn  
775 dat je dan na zo'n kuur  
776 Vp2: Zaterdag, zondag  
777 A: Op maandag dinsdag woensdag komt ja, dat kan  
778 Aa: Ik snap niet hoe [...] natuurlijk  
779 A: Nee das lastig. Maar met een beetje mazzel is het ongeveer net eh heb je  
780 ongeveer net een week, dus als je het goed timet, komt net goed  
781 (.)  
782 Aa: Had je verder nog dingen?  
783 Vp2: Nee. Nee  
784 Aa: Mooi  
785 Vp2: Ik heb eigenlijk eh, geen bijzonderheden van hem  
786 A: Nou das toch weer mooi. Zeg en wanneer moet ie z'n andere eh LP?  
787 Vp2: Eh, nou de andere  
788 A: Want dan heeft ie nog één dus das zeker zaterdagochtend weer  
789 Vp2: Eh, dag 6, en we zijn nu op dag 2, dus dat is 9, 10, 11, 12, 13  
790 A: Op Moederdag  
791 Aa: Zondag hoeft het pas?  
792  
793 [...]  
794  
795 A: Dat weet ik niet. Iemand die dienst heeft. Maar dat moeten we even  
796 opschrijven  
797 Aa: [naam Aa]  
798 A: Dat eh, degene die dienst heeft dat ie eh oh ja maar van ons moet er nog  
799 iemand in huis komen. Dat is gewoon ontzettend balen altijd. LP, op  
800 zondag, voor de liefhebber  
801 Rvp: Voor [naam patiënt]  
802 Vp2: [lacht]  
803 A: Voor [naam patiënt]  
804 Aa: Als je wacht tot vijf uur doe ik hem [...]. Ik mag dat graag doen  
805 A: Ja maar dan moet de kinderoncoloog komen das altijd zo vervelend  
806 Aa: Hè, dat wordt niet uitslapen ofzo  
807 Aa: Wie heb je nog meer?  
808 A: Hij wil vast vroeg naar huis  
809 Vp2: Oh dat denk ik ook wel. Eh, [naam patiënt]  
810 A: Ok  
811 Vp2: Meisje met osteosarcoom. Gister een MTX kuur  
812 Aa: Ja, perfect

---

813 (.)

814 Vp2: Starten we vandaag met de MTX mee, ze hyperhydreert nu

815 Co: Gaat 't goed?

816 Vp2: Ja

817 Co: Hoe heeft ze geslapen?

818 Vp2: Sorry?

819 Co: Hoe heeft ze geslapen? Omdat ze lastig kon slapen de afgelopen tijd

820 Vp2: Nee ze had wel goed geslapen

821 Co: Ja?

822 Vp2: Zei ze, ja

823 A: Heeft iemand nou eigenlijk kijk op dit meisje? Want ik begrijp uit dat

824 men gevraagd was weer opnieuw met haar te praten, maar dat is alleen maar

825 bij eh, als het niet goed loopt, en vervolgens, is het me volstrekt

826 onduidelijk wat er dan eh hoe het dan verder gaat. Met wie heeft zij

827 eigenlijk contact? Heeft zij met iemand contact?

828 Aa: Ben jij niet d'r vaste dokter?

829 A: Ja, maar das precies zoals ik het zeg, ze komt nooit op vrijdag

830 Aa: Oh

831 A: Dus dat, dan dan wordt dat niks

832 Aa: Maar dan komt ze bij iemand anders in de poli?

833 A: Ja, en dan is het dus dan loopt dat loopt dus nooit, dus niemand heeft

834 kijk op haar, terwijl er schijnbaar, net zo als met dat slapen, er toch

835 veel problemen zijn ook met vriendjes en vriendinnetjes,

836 Vp2: Ok

837 A: Wat allemaal niet loopt. Dus ik vraag me eigenlijk gewoon af, of er een

838 PM'er is die veel met haar doet, of die kijk op haar heeft

839 Vp2: Ik zal even vragen

840 A: Wil je dat es vragen?

841 Vp2: Bij de PM'ers. Ja

842 Rvp: Nou het is voor mij helemaal nieuw, zeg maar,

843 Vp2: Wel met dat slapen

844 A: Is wel vaker geweest, eh, kort durend he, van die episodes dat die, dat

845 ging in aanvankelijk had ze alleen maar heimwee weet je wel he? Dat

846 Rvp: Ja, dat, ja dat zeker wel

847

848 *[door elkaar]*

849

850 A: En eh, nu wil ze allemaal dingen doen die ze niet kan doen en dat is dus

851 eh, nou loopt ze tien keer per dag loopt ze tegen d'r grenzen aan en ja

852 tegen dingen die je niet kan doen en als je dat alleen maar verzint dan

853 kan je het niet doen.

854 Vp2: Ja

855 A: En ja, das heel heel lullig maar zo is het natuurlijk wel. Dus er is iets

856 Vp2: Hm

857 Rvp: Ik zal de PM'ers even eh

---

858 Co: [...] Het komt ook wel door die pijn, dat merkte ik gister ook wel, maar  
859 het is gewoon met haar been kan ze natuurlijk ook veel dingen niet doen  
860 die ze graag wil doen inderdaad, zei ze

861 A: Ja

862 Co: Ja

863 A: Hm. Wat kan ze, wat mag ze nu wel, van de orthopedie, weet je dat, heb je  
864 dat gevraagd aan haar?

865 Co: Nee dat hebben we

866 A: Weet ze dat?

867 Co: Nee dat hebben we niet helemaal uitgevraagd eigenlijk, want ze zou ook  
868 nog weer in consult komen bij de, orthopeed, of die zou komen, maar 't  
869 was niet helemaal duidelijk of het nou vanaf de poli werd geregeld en  
870 anders moesten we dat vandaag nog bellen

871 A: Zullen we gewoon even bellen? Willen jullie even bellen?

872 Aa: Doen we dat vandaag wel

873 Co: Ja

874 Aa: [...]

875 A: Dat we dat helder hebben eh, wat er, wat er nu wel en niet mag?

876 Co: Ja

877 Vp2: Ja. Ik vind haar wel heel flink, zeg maar ze ze springt zo uit bed bij  
878 wijze van en eh 't gaat op zich

879 Aa: Dat mag ze nou weer net niet

880 *[gelach]*

881 Vp2: Nee he

882 Rvp: Niet met dat been

883 Aa: Dat been is ook nog wel dik hoor, daar heeft ze ook nog wel last van

884 Co: Ja dat heeft ze ook

885 Aa: Dat zal ook nog wel even zo blijven

886 Vp2: Ja

887 A: Ja

888 Vp2: Ik zal het slapen ook nog even goed navragen want eh

889 Co: Ze had er

890 Vp2: Opvallend aanvoelen

891 Co: Van de week last van, had ze ook gemeld, gister

892 Vp2: Ja, dat had ik ook begrepen, want eh

893 A: Ik vraag me eigenlijk af of ze wat er nou eigenlijk speelt, ik geloof er  
894 namelijk eigenlijk maar geen zak van. Ja, 'k geloof wel dat er iets is,  
895 maar, volgens mij is er iets heel anders, maar 'k weet niet wat

896 Vp2: Iets anders dan het slapen, wat de oorzaak is

897 Co: Ja want ze wist het zelf eigenlijk ook niet

898 Aa: [...] Problematiek?

899 A: Ja, zoiets. Dat denk ik inderdaad ja. Maar de vraag is of deze mensen die  
900 eh eh die weten zich altijd eh maatschappelijk werk kent ze ook  
901 nauwelijks [kucht]. Ze weet zich altijd heel goed te onttrekken

902 Vp2: Ja

---

903 A: En alleen als de emmer overloopt dan eh, nou, dan plak je d'r vier  
904 pleisters op en vervolgens onttrekken ze zich weer aan alles. Dus das  
905 heel lastig

906 Rvp: Nou. We gaan het eh

907 Vp2: Ja

908 A: Maar goed

909 Vp2: Ja

910 A: Ik loop vast, ik ga vandaag met hun kijken of ik wanneer ik een afspraak  
911 met ze kan maken. Of vandaag, of dat we dat morgen doen

912 Vp2: Ja

913 Aa: Ja

914 Co: Waren er verder nog bijzonderheden?

915 Vp2: Ehm, nou ze geeft ook nog wel eens pijn aan in het been daar geef ik nog  
916 wel paracetamol voor, ik zal even kijken of [...]

917 A: Wat voor pijn is dat dan? Heb je daar kijk, is je dat helder geworden?

918 Vp2: Nee. Nog niet

919 A: Ok

920 Vp2: Ik heb het van de late dienst ook begrepen

921 A: Ok

922 Vp2: En ik heb haar vanmorgen d'r nog niet over gehoord dus, ze heeft gister  
923 wel eh paracetamol gehad maar dat ik ook even uitvragen

924 A: Probeer maar es om het gewoon te vragen

925 Vp2: Ja

926 A: Want dan

927 Co: Ik had het gister gevraagd

928 Rvp: Ja

929 Co: Maar ze kon het niet goed aangeven. Eh het was niet de hele dag, maar  
930 voornamelijk als ze veel had gedaan, maar in ieder geval [...] dus het was  
931 een beetje, ze kon het ook niet echt goed aangeven wat voor pijn het was  
932 eigenlijk. Dus dat was eh, ja ze vond het heel moeilijk om aan te geven  
933 wat het nou precies is eigenlijk

934 A: Nou, misschien als ze, als ze vaak pijn aangeeft, probeer dan eens helder  
935 te krijgen wat er nu werkelijk is

936 Vp2: Ja. Is goed

937 Rvp: Koffie? Nee, thee? Ook niet?

---

## Opname 4: 07.05.10 08.15 - Overleg PM'er en Onderwijzer

**RVP1:** regieverpleegkundige 1  
**RVP2:** regieverpleegkundige 2  
**PM:** pedagogisch medewerker  
**OND:** onderwijzer

### Deel 1

1 RVP1: nou euh (naam patiënt) pneumonie pleurofox  
2 PM: weet je ook wie er zondag nog is in verband met [...] het  
3 moederdagcadeautje?  
4 RVP1: nee, dat denk ik wel, hij heeft een antibiotica dus ik denk het wel. Ik  
5 heb daar verder nog geen euh, maar ik denk dat ie er nog wel is.  
6 PM: gemompel  
7 RVP1: (naam patiënt) die gaat in principe voor de OK vandaag, begreep dat er  
8 weer een euh intensivecare bed is, dus die zal er zondag ook nog wel zijn  
9 en waarschijnlijk ook weer op de afdeling.  
10 PM: die is al op de foto gekomen zie ik  
11 RVP1: oh, ok. Dan (naam patiënt) kleintje van iets meer dan een jaar. Heeft nog  
12 drains dus die is er ook nog. Dan (naam patiënt) een hartenkindje van  
13 vier, of bijna vier, drie en een half, en die is maandag teruggekomen na  
14 een hart ok. Duss, dus dag drie, die zal er zondag ook nog wel zijn.  
15 (naam patiënt) na een hart ok vandaag echo! Die is al voor een echo nu.  
16 Die euh gaat hoogstwaarschijnlijk naar huis dus die zal er zondag niet  
17 zijn denk ik. Dan (naam patiënt) met een ruimte in 1 proces achterste  
18 schedelgroeve, een jongetje van twee, bijna drie. Die euh, gaat vandaag  
19 voor OK, en krijgt een euh een lieslijn en dan worden morgen de  
20 stamcellen geoogst. Ja das een beetje, ik denk dat ie er dan nog wel is,  
21 maar  
22 PM: die is in elk geval ook al op de foto gekomen voor moederdag dus  
23 RVP1: oh. Ok en (naam patiënt) met een hersentumor, meisje van bijna drie en  
24 die gaat kuren die, weet ik eigenlijk niet volgens mij was dat de laatste  
25 bladzijde die ik zag toen ze de kuurbladzijde omsloeg. Vraagteken  
26 PM: die is in elk geval ook al op de foto gekomen  
27 RVP1: ook al?  
28 PM: ja  
29 RVP1: (naam patiënt) een jongetje van drie en een half, na een hart ok en die  
30 gaat hoogstwaarschijnlijk vandaag naar huis. (naam patiënt) een jongen  
31 van vijftien met een proces in het mediastrium. Daar komt vandaag uitslag  
32 over. Zijn moeder heeft de hele nacht zitten bidden begreep ik  
33 PM: ja erg, jij weet nog van niks?  
34 RVP1: ik weet van niks, nee  
35 OND: spannend  
36 RVP1: ja zijn spannende, ja hoor zijn spannend, ja

37 RVP1: en dan (naam patiënt) een ALL recidief en die is met koorts opgenomen,  
38 zou gaan kuren, maar door de koorts kon die kuur niet doorgaan en krijgt  
39 antibiotica. En daar heb ik verder geen bijzonderheden over. Dat was mijn  
40 deel. Ik zal (rvp2) even roepen.  
41  
42 Deel 2  
43  
44 RVP2: [...] gaat naar huis als het goed is. Die heeft gisteren een VAP gekregen, nou  
45 volgens mij gaat dat hartstikke goed. Ze doet nog een kuur en dan euh kan  
46 ze naar huis.  
47 (naam patiënt) die euh hebben we op verzoek van euh , euhm, even denken  
48 verhuisd naar een tweepersoonskamer, die zei dat een vierpersoonskamer te  
49 druk was, om zich dan ook nog aan het dagprogramma te houden dus toen zei  
50 ik van dan wil ik zeker aan voldoen als ze zich daarna dan ook aan het  
51 dagprogramma gaat houden.  
52 PM: ja  
53 RVP2: ennuh, dus dat hebben we gedaan. Die euh, die ligt nu dus op een  
54 tweepersoonskamer dus ik hoop dat ze dan vandaag ook wat meer euh energie  
55 heeft of in ieder geval wat rust heeft ook om euh zich daar dan aan te  
56 houden.  
57 PM: ja  
58 OND: en wat is haar dagprogramma dan?  
59 PM: ik zie hier staan school?  
60 RVP2: ja ja  
61 OND: want school zie ik hier nu met een vraagteken, omdat dat er gister niet  
62 toe kwam, maar moeten wij naar haar toe? Dan?  
63 RVP2: dan moet je even kijken hoe het precies in het dagprogramma staat  
64 beschreven, maar zij moet in ieder geval iets met school doen en ik denk  
65 dat ze dan mag kiezen of dat ze naar school toe gaat of dat dat op dr  
66 kamer is. Maar dat euh  
67 Ond: moet je haar dat wel laten kiezen?  
68 RVP2: ja, zij moet wel keuzes krijgen  
69 Ond: ja ja  
70 RVP2: ze moet wel het idee hebben dat ze ergens euh... zeggen heeft  
71 PM: ja  
72 PM: en het zitten is een probleem dus dan moet ze met het bed naar school  
73 RVP2: dat zou ook nog kunnen, ja ja  
74 PM: tenminste dat zei euh  
75 OND: nou dan euh onderzoeken wij dat vanmorgen  
76 RVP2: ja  
77 OND: ja das goed  
78 PM: dan kan ze vanmiddag wel bij ons eten denk ik  
79 RVP2: ja  
80 PM: das een optie, andere optie is nog maar ik zal het even lezen, (naam  
81 collega) heeft het vast overgedragen

82 RVP2: ja, en dan euh ja, ze krijgt wel steeds dan de of of keuzes en ik denk  
83 dat dat ook goed is, dat ze gewoon dan wel euh  
84 OND: ja  
85 RVP2: maar dan moet ze dus ook één van tweeën of drieën, weet niet hoeveel  
86 keuzes er staan, maar  
87 OND: ja of nee of t is één of t ander,  
88 PM: ander  
89 OND: maar niet nee  
90 PM: nee  
91 RVP2: ja  
92 Ond he? Zo  
93 RVP2: precies  
94 RVP2: (naam patiënt) is recidief ALL die komt hier voor en MTX kuur en die gaat  
95 euh straks beginnen  
96 PM: die is er dan zondag nog?  
97 RVP2: oh ja dat was, dan moet ik even kijken hoor, dan vandaag kuren en dan is  
98 morgen 24 uur, morgen is t vrijdag, dan is t zaterdag 48 uur, dus dan is  
99 ie misschien zaterdagavond weg, maar als de spiegel niet goed is is ie  
100 nog euh  
101 OND: zou je met hem ook met Moederdag euh in de weer willen?  
102 PM: wij hebben euh heel makkelijk gekozen, we maken van iedereen een foto, we  
103 maken een hartje met voor mama en iedereen kan dat versieren of niet  
104 OND: maar zou hij dat wel willen?  
105 PM: dat weet ik niet  
106 OND: das mij meer mijn euh  
107 PM: nou euh, de meeste grote kinderen wel hoor  
108 OND: (lacht)  
109 RVP2: ik heb gehoord dat hij wat meer afstand wil nemen ook euh he zijn moeder  
110 is altijd heel erg [...]  
111 OND: maar op een goeie manier hoor  
112 RVP2: ok, ja zei bedoeld het goed alleen hij heeft nu zoiets van nou euh ik euh  
113 ik wil  
114 OND: ja  
115 RVP2: hij slaapt nu ook alleen, eerder sliep er altijd iemand bij, nu slaapt ie  
116 alleen. Ik denk dat t goed is, hij wordt ook bijna zeventien  
117 Ond ja  
118 Rvp2 en hij heeft al genoeg meegemaakt euh om euh zeker zo;n kuur  
119 Ond zeker  
120 Rvp2 alleen te kunnen, of alleen ik bedoel zijn vader is er nu wel weer, maar  
121 die heeft gewoon niet euh hier geslapen dus dat is gewoon prettig  
122 PM nou wij overleggen even (naam ond) he? Of ie wat met moeder  
123 Ond ja nee  
124 PM lacht  
125 Ond maar daarom zei ik dat ook van  
126 PM ja  
127 Ond ik weet wel een beetje hoe dat gezin euh in mekaar steekt



---

128 RVP2: (naam patiënt)  
129 PM: (naam patiënt) heb je nog  
130 RVP2: och ja, (naam patiënt)  
131 OND: niet te vergeten  
132 RVP2: euh die is ook aan t euh  
133 PM: MTX'en  
134 RVP2: MTX'en en euhm ik begreep gister in de visite dat euh (naam) zoiets heeft  
135 van dit zijn eigenlijk mensen waarvan we nooit precies weten hoe t met ze  
136 gaat. Ze fiege, ze ze, ze fiegelieren overal eigenlijk een beetje  
137 tussendoor en als je dan euh, ik heb dat zelf ook nooit doorgehad, ik had  
138 altijd zoiets van dat loopt allemaal wel prima, maar het lijkt of t toch  
139 misschien wel wat euh nou ja, dingen niet heel erg  
140 PM: ze had heel erg gehuild he, op de polie, die ueh  
141 RVP2: ja  
142 PM: die euh eerste dag van de opname  
143 OND: (naam patiënt) huilt?  
144 RVP2: enig idee waarom dan of niet?  
145 PM: ja omdat het gewoon allemaal te zwaar was en te veel was en  
146 RVP2: ja  
147 PM: dat ze t even niet zag zitten. Toen is (naam collega) erop terug gekomen  
148 die begeleid ze ook al vanaf dag één dus  
149 RVP2: ja  
150 PM: en toen zij (naam collega) nou volgens mij, maar dat kan dan ook  
151 buitenkant zijn, ,maar euh, viel t toen wel weer mee. Zo van t was goed  
152 dat ze t allemaal geuit had, maar dan is t ook weer klaar. Dan hebben we  
153 t er ook niet meer over  
154 RVP2: ja  
155 PM: en dan gaan we weer verder  
156 RVP2: nee, we hadden het inderdaad ook over acceptatieproblematiek, zo van goh  
157 valt het misschien toch tegen wat ze nog kan met dat been en en had ze  
158 zich er toch andere dingen van voorgesteld, maar stelt ze zich misschien  
159 ook de doelen te hoog. Dat ze wel weer alles wil kunnen, terwijl dat  
160 misschien niet kan. Ennuh, maar goed, ik weet niet precies euh hoe de  
161 vork in de steel zit, maar nou ja, dat jullie misschien nog even een  
162 beetje euh aandacht euh  
163 PM: ja  
164 RVP2: voor kleine  
165 OND: ja  
166 RVP2: kleine dingen die misschien boven komen drijven  
167 OND: ja hm  
168 RVP2: euh (naam patiënt) non hodgkin, nou die is ook voor een kuur, is een  
169 bouwvakker  
170 PM: ik weet niet of onze bouwvakker wat moet met Moederdag, maar is ie er nog  
171 zondag?  
172 RVP2: hij had gister ook, ik denk dat ie net weg is  
173 OND: hij euh, oh nee

---

174 RVP2: ja?  
175 OND: nou hij, jullie zeggen bouwvakker,  
176 RVP2: stratenmaker  
177 OND: maar hij gaat ook bloemen verkopen  
178 RVP2: ja  
179 (gelach)  
180 RVP2: geweldig  
181 OND: en toen dacht ik, moederdag, ik denk hoe zit dat nou? (gelach)  
182 RVP2: het is echt, ik vind het zo leuk hoe hij en zn vader hier  
183 OND: jaaa  
184 RVP2: het is echt geweldig  
185 OND: ja bijzonder mensen  
186 Rvp2 ja maar in ieder geval heel hartelijk en erg euh nou ja, echt zo'n ruwe  
187 boslster blanke pitten gezin echt euh  
188 OND: prachtig  
189 RVP2: ja  
190 OND: [...]  
191 RVP2: (naam patiënt) die euh, heeft een proces in z'n thoraxholte, nou daar  
192 zijn we aan t kijken of ie euh binnenkort naar huis kan met euh eventuele  
193 hulpmiddelen en alles  
194 OND: wij wouden op de kamer vandaag starten met school, is dat een euh Rvp2  
195 ja, is een plan, jij weet dat ie achterloopt euh  
196 OND: nou ik zelf niet maar  
197 RVP2: nee, ok  
198 OND: hij is euh  
199 RVP2: hij is niet euh nou niet geretideerd maar hij is ook niet helemaal  
200 functionerend op het leeftijdsniveau van een twaalfjarige  
201 OND: uhuh ok  
202 RVP2: daar, ik weet niet precies welk leeftijdsniveau wel, maar hij zit wel op  
203 euh speciaal onderwijs  
204 OND: aha  
205 PM: volgens mij heb ik tien van iemand gehoord, maar  
206 RVP2: ja, maar van (naam collega) had ik zoiets van nouou dat kon ook nog wel  
207 eens wat jonger zijn, maar goed dat euh  
208 OND: maar speciaal onderwijs  
209 PM/ RVP2: ja  
210 OND: ooh, nou dan zal  
211 PM: volgens mij heeft (naam) al kennis gemaakt  
212 OND: die zal het wel weten  
213 RVP2: ja  
214 OND: want ik weet het niet  
215 RVP2: (naam patiënt) nou die gaat vandaag kuren, die is gister opgenomen  
216 PM: dus die is er zondag wel  
217 RVP2: euh, die is dan ook vandaag MTX, morgen en zaterdag 2 48, dus dat hangt  
218 er vanaf  
219 OND: daar kan ik ook wel langs

---

220 RVP2: ja, dan hebben we (naam patiënt) nou daar hebben we alles ingeschakeld  
221 voor de kuur thuis. Dus die gaat waarschijnlijk morgen naar huis. En  
222 (naam patiënt) ook ALL  
223 Ond ja  
224 RVP2: Nou die willen we waarschijnlijk maandag naar huis laten gaan, nou daar  
225 heb ik ook niet zoveel bijzonders over eigenlijk. Tenminste  
226 Ond die zou asperger hebben?  
227 RVP2: ja  
228 OND: maar (naam collega) die kon dat zo niet zien  
229 RVP2: nee wij zien dat ook niet heel erg  
230 OND: nee  
231 OND: toch is het etiketje geplakt  
232 RVP2: ja nou ja, ze zal het wel hebben misschien  
233 OND: ja ja ja  
234 PM: maar jullie gaan langs dus  
235 OND: ja  
236 PM: en zijn er nog opnames?  
237 RVP2: nee  
238 OND: goh  
239 RVP2: helemaal niets  
240 PM: helemaal niets? dank je wel!  
241 RVP2: yoe!

---

**Opname 5: 07.05.10 09.00 - Visite**

**Vp1:** verpleegkundige 1  
**Vp2:** verpleegkundige 2  
**Rvp:** regieverpleegkundige  
**Aa:** arts-assistent  
**KO:** kinderoncoloog

1 AA: (naam patiënt)  
2 VP: ja, klein meisje, die heeft een bt-chunt gekregen, maandag, nou ze doet  
3 het eigenlijk heel goed  
4 AA: ja he?  
5 VP: ze springt door het bed heen  
6 AA: een leuk meisje is dat, gister de drain verwijderd, en hoe is het nu met  
7 de ademhaling en de saturatie?  
8 VP: saturaties die, zijn een beetje gemiddeld, tussen 81 en 84, ademhaling  
9 tussen de 20 en de 40  
10 AA: ze is niet [...]  
11 VP: nee, ze is, heel relaxed zit ze erbij en ze lijkt ook geen pijn te hebben  
12 AA: leukofine is gestopt gisteravond?  
13 VP: ja  
14 AA: en dat gaat ook goed  
15 VP: ja! Ze krijgt alleen nog paracetamol, drie keer daags.  
16 AA: is dat nog nodig denk je?  
17 VP1: [...] heeft ze nodig dan hebben we in ieder geval nog een euh mogelijkheid  
18 tot  
19 AA: ok, en de voeding hebben we weer op normaal euh?  
20 VP: thuis  
21 AA: en gaat dat goed?  
22 VP: nou ze eet niet heel erg veel, een broodje, dat kwam het eerste hapje  
23 kwam er bijna kokhalzend weer uit vanochtend, en dan wil ze wel chips,  
24 nou dat dacht ik niet  
25 (gelach)  
26 Eerst je broodje, lekker streng he. Maar gister ging op zich redelijk.  
27 Een derde broodje, melk, frikadel, groente, aardappeltjes, dus op zich  
28 doet ze het redelijk  
29 AA: en dan geef je dr 's avonds iets van 2 300  
30 VP: 's avonds 300 sondevoeding heeft ze gisteren gehad,  
31 AA: ok, prima  
32 VP: ok, euh vandaag heb ik niks op het programma vandaag  
33 AA: (naam patiënt) heeft gisteren een ECG gehad en (naam) dat wil ik even je  
34 laten zien  
35 A: ja  
36 AA: ik heb een deel van de cursus gemist, want toen ging ik, misschien heb ik  
37 t niet helemaal goed, maar ik zie overal rare dingen, bij alle ECG's van

---

38 gister, met name deze, kijk hier zeggen ze dat dit c4 is en dat c6, maar  
39 volgens mij klopt dat niet.

40 A: [...]

41 AA: ja, dus daar hangt het een beetje vanaf maar als dit v6 is dan is ie [...]

42 A: dit ziet er erg uit als een ceptale voltages, zo grote delen, ik

43 AA: Dat is dan v6

44

45 A: één pakken volgens de normale v6, dit is dat v3

46 AA: bij deze is dat v4

47 A: ja v4 v6

48 AA: ja maar dan heeft ze nog wel wat hogere voltages dan de vorige keer,  
49 volgens mij was ze dan alsnog een beetje hyperdrolisch. En zij had ook,  
50 nou slijmvlies

51 A: ja Ze heeft euh [...] v1 en v6 en [...]T is verder een sinus ritme

52 AA: nee verder was t goed

53 A: ik zou hier niet euh

54 AA: ok

55 AA: mooi dan heb ik verder geen euh

56 VP: ik ook niet!

57

58 VP: (naam patiënt)

59 Jongetje die voor [...]is geweest, doet t ook goed. Die is vanochtend voor  
60 een echo al geweest, dus hopelijk mag ie naar huis, straks

61 AA: ja als de echo goed is mag ie naar huis

62 Ook hij had een beetje een euh bijzondere ECG

63 Oh shit. (koffie wordt gemorst)

64 VP: Doekje?

65 AA: nou het zit er al in, ben ik bang

66 AA: hij een flinke kuur in v1 met een negatieve [...]wat ik me afvroeg of dat  
67 dan een strain was? En, ook in rv6 was te hoog en de s in de v6 was te  
68 hoog, eerder niet zo, oh jawel ook wel, maar wat ik niet helemaal snap is  
69 zijn afwijking.

70 KO: nou,

71 (Gemompel)

72 KO: omdat je extra veel trombo's [...]

73 A: zelf vind ik dat je iets meer criteria moet hebben voor voor euh [...] en  
74 niet alleen maar de s en r in de v6

75 AA: ok, maar zo staat het in het boek, dat als je er één hebt,

76 A: dat t dan al voldoende is?

77 AA: ja, één of meerdere, maar ja, dan krijgen ze t allemaal

78 A: voorop staat bij deze aandoening natuurlijk euh resten van trigo, voeding  
79 en belasting

80 AA: maar daarom viel ik over iv1 kuur, of is dat geen strain wat je daar  
81 ziet?

82 A: nee

83 AA: Nee? Want het loopt wel meteen naar beneden. Kun je niet [...]

---

84 A: ja, deze is van?  
85 AA: (naam patiënt) maar daar zit t helemaal niet in  
86 A: eigenlijk is deze heel mooi, want je ziet hier de rsr accent verdwijnen  
87 AA: ja  
88 A: dat is een hele snelle aanpassing waar we het gister ook over hadden. Een  
89 diepe kun in vl ja, ...  
90 Dr is dus een aanpassing van een complex ... maar het is goed dat je het  
91 ziet want een kuur bij 1 hoort niet, maar waar het nou bij past, bij een  
92 groot vsd zou je het, vind je het soms nog bij ...  
93 AA: hmmm  
94 A: schrijf het maar euh in je beschrijving  
95 AA: ok  
96 A: en dan pikken we dat wel op op de polikliniek  
97 AA: ja  
98 A: ik denk toch dat een kind dat klinisch  
99 AA: nee  
100 Afhankelijk van de  
101 VP: wanneer heb jij uitslag dan?  
102 KO: in de loop van de dag soms pas 's middags  
103 VP: Ok, goed  
104 AA: goed dank je wel  
105  
106  
107 AA: Hoi!  
108 VP2: Hai  
109 VP2: ik heb (naam patiënt) en (naam patiënt)  
110 KO om te beginnen?  
111 VP2: naam patiënt 1?  
112 KO: ja?  
113 VP: heeft een correctie van de tetriatitum low gehad, heeft twee drains nog  
114 lopen, die lopen nog wel fors en heeft een infuus met morfine  
115 AA: hadden de drains gister ook euh (gemompel)  
116 -1 155 en -2 235, dat is meer dan de dag daarvoor. En hoe maakt zij het  
117 verder? Hoe vind je haar algemeen zeg maar?  
118 VP2: ik vind haar heel, ja ze babbelt in bed, ze voelt zich prima naar mijn  
119 idee  
120 AA: ja  
121 KO: 350? Wat heeft ze nou ook alweer?  
122 AA: sorry, -2 235 en -1 155 dus bij elkaar bijna euh 400  
123 RVP: [...] dat is van de week  
124 AA: en hoe waren ze vanmorgen, sorry?  
125 RVP: nee ik had even om de templijst gevraagd  
126 AA: dat is deze, die zwarte lijn he?  
127 RVP: ja  
128 KO: en ze was gister niet zo lekker, met spugen, maar dat is nu niet meer?  
129 VP: ik heb haar niet euh, nee, voeding loopt, ze spuugt niet.

---

130 AA: ze spuugt niet en wat voor temp had ze vanmorgen?  
131 VP: 36  
132 AA: Mooi  
133  
134 AA: weet jij misschien.. wat kwam eruit die bloedkweek  
135 KO: heb ik ook[...]mogelijk ook een [...]  
136 AA: je had het al gelezen  
137 A: het schijnt ook niet zo'n steriele procedure te zijn geweest, die euh die  
138 bloedkweek afname, want de verpleegkundige die aan het helpen was die  
139 viel flauw, die botste met haar hoofd tegen de deur aan. En toen moest de  
140 arts die de bloedkweek aan t afnemen was  
141 AA: de verpleegkundige ja  
142 A: haar opvangen, en ja, dus het is niet helemaal gelopen, t zou best een  
143 huidbacterie  
144 KO: moeten we de verpleegkundige ook kweken  
145 A: nee maar dat is euh, je kan, we moeten onze twijfels hebben over de  
146 technische afname van die kweek. Dus eerst wachten op de uitslag.  
147 AA: ja  
148 K: Als daar een huidbacterie uitkomt dan  
149 AA: maar los daarvan dat ze gister niet zo lekker was, spugen en klam en veel  
150 zweten  
151 VP: nee, zo oogt ze vandaag niet  
152 AA: en ze zweet ook niet meer?  
153 VP: ze is wel iets klammig om euh, om haar lichaam, maar niet euh dat ze haar  
154 bed uitdrijft  
155 AA: ok ... was gister plus 460, en hoe plaste ze vanmorgen?  
156 VP: ja dat gaat nog niet zo heel euh, ik heb het idee dat het plaszakje ook  
157 niet goed euh aangesloten is, maar ze heeft de hele nacht 40 geplast en  
158 nu zat er ook maar weinig in, in de slang zat wel wat in maar. We moeten  
159 het zakje even denk ik even helemaal opnieuw euh  
160 AA: maar 40 cc (onverstaanbaar)  
161 AA: want gister de hele dag 260, dat is wel netjes. En de ontlasting wordt  
162 wat minder? 10? Dus dat gaat wat beter?  
163 VP: ja het is nog wel heel euh slijmerig  
164 AA: en hoe vaak heeft ze gister ontlasting gehad?  
165 VP: 1, 2, 3,4, 6 keer  
166 AA: en retentie staat hier, 95 gram 45.  
167 AA: Ok wat zullen we doen met euh die totale vocht en die duorectica? Maar zo  
168 laten?  
169 KO: ja maar ik vind het nu wel vrij vors, ze plast goed toch?  
170 AA: ze heeft, ja  
171 KO: nou laat t maar zo  
172 VP: dan probeer je t terug te schroeven bedoel je?  
173 KO: laat t maar zo en dan de drains compenseren, maar voor de rest zou ik t  
174 niet meer compenseren, want ze heeft niet zo heel veel euh def en jullie  
175 hebben de dioretica ook terug geschroefd, dus je moet eigenlijk niet te

---

176 veel vocht geven, want je doet aan twee kanten wat en ik zou het zeker  
177 niet uitbreiden boven een liter per dag, dat is eigenlijk een normale  
178 intake voor haar. Ennuh, en de drains dan wel compenseren  
179 AA: die euh decovin compenseert  
180 VP: ok  
181 AA: want het is minder, en het is niet, maar het is wel [...]  
182 VP: het blijft slijmerig  
183 AA: jaa  
184 VP: het is niet waterdun  
185 KO: maar ik zou uitkijken dat je haar niet teveel vocht geeft  
186 AA: en hoe gaat het met de voedingen, want gister was ze dus een beetje aan  
187 het spugen  
188 VP: ja het is euh, ze drinkt zelf, ze heeft gister ook gedronken en ze heeft  
189 drie keer wat voeding via de sonde gehad volledige voeding en de rest ze  
190 heeft ook daarnaast zelf gedronken  
191 AA: en twee keer wat gedronken  
192 (*Gemompel*)  
193 AA: nou mooi, maar ze knapt dus wel iets op  
194 VP: ja ze knapt wel op  
195 KO: he en was ze geprikt ook vannacht?  
196 AA: ze is vannacht geprikt, tenminste ik heb het aangekaart  
197 VP: gewicht krijg je nog, want ik heb euh gewogen maar dat neem aan dat ik  
198 dat niet kan vergelijken met gisteren, dus moet nog even opnieuw wegen  
199 KO: nou, want ze?  
200 VP: 82 had ze dus  
201 KO: oh nee, dat telt niet  
202 RVP: [...]  
203 VP: ja nee, nee  
204 RVP: en die controles zijn om vier uur he?  
205 KP: mag je wel drie keer daags doen  
206 AA: waar we een beetje bij haar op moeten letten, ze verliest ook heel veel  
207 [...]via de drains  
208 KO: ja dat is infectie,  
209 AA: ja  
210 KO: maar voor deze infectie behandelen we, we hebben de katheter nu uit. Als  
211 bron van infectie zijn alleen die drains en die drains kunnen er ook nog  
212 niet uit  
213 AA: nee, nee maar meer dat die eiwitverlies [...]  
214 KO: euh qua, qua, metabolisme?  
215 AA: ja  
216 KO: ja,  
217 AA: en euhm  
218 [...]  
219 KO: je kunt het een keer meenemen [...]  
220  
221 [...]



---

222 AA: en euh, maar qua, qua meganisme zeg maar waarom zij aan beide kanten giel  
223 euh produceert  
224 KO: euh  
225 AA: daar had ik het gister met (naam) nog over en die zei ja t is eigenlijk  
226 heel raar, dat klopt eigenlijk niet  
227 KO: maar als het echt traumatisch is dan verwacht je aan één kant, maar als  
228 het van euh [...] dan zie je wel vaker dat het aan twee kanten is  
229 AA: maar dat is toch gek. Ze heeft een wel die bt chunt links dus dan zit je  
230 in de buurt van die [...] straticus, maar dan zou je verwachten dat het  
231 alleen links is, want zou ze rechts ook zoveel productie hebben of het  
232 systeem moet geknapt zijn zeg maar.  
233 A: ja  
234 AA: voor een afdruk. Tis wel een beetje gek [...] Ik heb haar niet geopereerd  
235 dus ik weet het niet zo goed, maar het is nog wel euh iets om een keer  
236 over te praten met (naam).  
237 KO ja, kunnen we in de grote visite daarlijk wel even over hebben  
238 AA: ja  
239 KO: ja?  
240 AA: ja das een goeie  
241  
242 VP: (naam patiënt) (naam aandoening). Die doet het goed en gaat naar huis  
243 vandaag  
244 KO: en hoe zijn zijn bloeddrukken?  
245 VP: 123 67 103 63  
246 AA: mooi  
247 KO: 103 63? Arm en been?  
248 AA: is dat arm en been?  
249 VP: euh volgens mij is dat arm  
250 AA: allebei arm  
251 VP: ja  
252 KO: en benen? Worden die ook gedaan?  
253 VP: nee been is niet gedaan nee  
254 Gister 131 77  
255 RVP: rechterbeen en rechterarm 113 67, gisteravond  
256 KO: dus toen was ze officieel 10  
257 RVP: [...]10 hydrolisch (?)  
258 KO: als je een verschil ziet dan is het eigenlijk wel goed om daarna ook weer  
259 te blijven meten, want je wil eigenlijk geen verschil dan heb je last van  
260 rust, coputatie?? dat is nu eenmalig want alle andere dagen had ie geen  
261 verschil, dus ik verwacht er niet heel veel van, maar juist als je het  
262 een keer vindt is het goed om daarna weer wel te doen  
263 AA: dan is er wel een verschil, één keer niet dan weer wel  
264 KO: ja ok, maar nooit eerder grote verschillen en vaak ook nog dat de benen  
265 hoger liggen [...]  
266 RVP: nu zit er zelfs 20 verschil in en die eerste [...]10  
267 KO: nu vanochtend?

---

268 RVP: nee gisteravond  
269 KO: ja ja  
270 AA: maar op zich is de retentie (?) echt iets beter  
271 VP: wel een temp van 38  
272 AA: een temp van 38?  
273 VP: ja, gisteravond  
274 AA: en nu?  
275 VP: 37,5  
276 KO: was ie heel druk aan het spelen ofzo?  
277 VP: ja gister was ie ook euh boos euh toen ie temp had  
278 AA: tis een draak he?  
279 VP: ja  
280 AA: ja en moeder verdedigt dat door te zeggen ja hij heeft twee oudere broers  
281 dus hij moet een beetje van zich afbijten  
282 [...]  
283 AA: en zeg nog even één keer die tensie aan het been, die heb ik even gemist  
284 VP: van gisteravond?  
285 AA: ja  
286 VP: het been 131 77 en arm 113 67  
287 AA: maar dan is inderdaad weer de beendruk hoger  
288 KO: ja  
289 AA: dan de arm  
290 VP: mag ie naar huis?  
291 KO: ik denk t wel ja en dan euh komt ie dus over een week, waar waar, ennuh,  
292 twente ofzo  
293 KO: ja, ennuh, over twee weken weer hier. Hij gaat met deze medicijnen naar  
294 huis, dan kunnen we het eventueel nog laten oplopen  
295 AA: ja doe jij[...]  
296  
297 [...]  
298 AA: de brief is klaar die krijgen ze even mee, dus als je dan hier nog op wil  
299 wachten  
300 KO: ik zou t trouwens ook opsturen voor de zekerheid. Stel dat de ouders hem  
301 vergeten, ik zou het en en doen.  
302 VP: ja  
303 KO: dat is iets beter de retentie van (naam) [...]  
304  
305 [...]

---

## Opname 6: 07.05.10 15.30 - Psychosociaal overleg

**RVP:** regieverpleegkundige

**Psycho:** psycholoog

**Aa:** arts-assistent

1 [...]  
2  
3 RVP: nou ja goed, maatschappelijk werk is erbij, pedagogisch medewerkers die  
4 zijn erbij, die hebben aangegeven dat ouders wel grenzen moeten blijven  
5 aangeven. Alleen ouders geven ook aan dat dat gewoon ongelofelijk  
6 moeilijk is, omdat ze gewoon heel ziek is en nou ja, dus euh, dat heb ik  
7 gister ook verteld, dat de complicatie zo serieus is dat de ouders zoiets  
8 hebben van hoe kunnen we dan nu in hemelsnaam euh streng euh, streng gaan  
9 zijn voor (naam patiënt)  
10 Psycho: ja  
11 [...]  
12 RVP: ja  
13 Psycho: nou, je kunt de ouders uitleggen dat het beter is om wel op een zelfde  
14 manier te doen, juist ook in haar belang  
15 RVP: ja  
16 Psycho: als zij gewend is dat ze iets niet mag en dat ze daar straf voor krijgt  
17 en doe je dat opeens niet meer dan maakt dat het kind heel onzeker en  
18 angstig  
19 RVP: nou dat is niet zo, t is niet dat t ineens niet meer is, bedoel euh, dat  
20 heb ik wel begrepen dat ze nou ja thuis hadden ze haar gewoon inderdaad  
21 minder problemen mee, maar ook euhm ouders zeiden  
22 AA: [...]  
23 RVP: wat zeg je?  
24 AA: hoe zieker ze is hoe botter ze wordt  
25 RVP: en we hadden ook zoiets, dat misschien euh, nou ja zit er ook nog een  
26 stuk boosheid van haar, verwerkingsproblematiek van haar, maar dat komt  
27 er niet zo goed uit. PM'ers, (naam) van de PM'ers die heeft goed contact,  
28 die hād goed contact met haar maar ja goed die kan er sinds ongeveer een  
29 week eigenlijk niks mee  
30 Psycho: meestal, ja goed kijk maar meestal zit t m in dat wij meer fantaseren  
31 over hoe ingewikkeld het is en dit zijn kinderen die veel meer bij  
32 momenten bij de dag leven. De wereld is nu heel erg ingewikkeld en warrig  
33 RVP: ja  
34 Psycho: ondanks dat het lijkt op dat wat een beetje bekend was, dat helpt, en  
35 alles wat anders gaat helpt niet  
36 RVP: nee nou daarom hebben we een dagprogramma voor haar opgesteld. Alleen ja,  
37 dat dat nou ja goed daar hebben we nu een paar concessies gedaan, we zijn  
38 al wel iets verder, maar in principe wou ze zich daar ook niet aan  
39 houden, had ze geen zin in terwijl het wel [...]was tegen haar en haar

40 moeder euhm nou toen kwamen we gister achter toen zei moeder ja maar euh  
41 het is ook eigenlijk te druk want ze hadden haar expres op een  
42 vierpersoonskamer gelegd want, omdat ze dan in ieder geval wat meer  
43 levendigheid had en toen zei moeder das te druk. Dus nu hebben we de  
44 concessie gedaan van nou dan ga je naar een euh tweepersoonskamer, daar  
45 ligt ze liever alleen, maar dan ga je je wel aan het dagprogramma houden.  
46 En vanmorgen heeft ze zat ze inderdaad euh [...] ze zei al wel.

47 Psycho: belangrijk is wel dat je moeder mee hebt gekregen  
48 RVP: ja, maar dat  
49 Psycho: dat heb je dus nodig  
50 RVP: ja, dat, dat is ook wat we dus zoiets hadden dus daar is [...] heel hard  
51 mee aan de slag en daar is pedagogisch medewerker ook erg mee aan de slag  
52 Psycho: ja, je kunt dus, dit soort kinderen lijkt meest concreet als het een dag  
53 gelukt is ook belonen, een stickertje plakken. [...] dus ook niet te veel  
54 van nou wat wil je of [...]  
55 Nee maar goed  
56 RVP: nou wij geven haar nu keuzen, want ze moet wel keuzes krijgen, ze kan, op  
57 één moment kan ze uit twee dingen kiezen, maar dan krijgt ze wel de  
58 keuzes  
59 Psycho: ja  
60  
61 [...]  
62  
63 (?) en school was geen keuze  
64 RVP: nee  
65 RVP: nee maar goed, dat soort dingen dus, wel dat ze iets kan doen, iets kan  
66 beslissen, maar ze moet wel uit één van die dingen dan kiezen  
67 Psycho: was het de bedoeling dat we bij dr langs gingen of meer dat we even  
68 overleggen?  
69 RVP: euhm heeft (naam)aan jou teruggekoppeld? Euh, jij had ook, weet niet of  
70 AA: [...] met haar kan praten, wilden ze ook wel graag hoor  
71 (?) [...]  
72 AA: ja  
73 Psycho: Even improviseren met beschikbare mensen  
74 RVP: ja  
75 AA: [...]  
76 Psycho: misschien dat het dan begin volgende week kan  
77 (?) ja begin volgende week tenzij [...]  
78 RVP: neuh nee nee, we zijn alweer een stapje verder, we zijn al een stapje  
79 verder  
80 (?) [...] alweer de goede kant op gaan  
81 Psycho: nee maar wat je nu dat doet, lijkt me wel verstandig  
82 RVP: ja  
83 Psycho: We moeten het echt een beetje volhouden en ook een beetje het ritme erin  
84 krijgen, en dan zie je ook dat die kinderen een beetje met [...] klampen  
85 RVP: ja ja

---

86 Psycho: [...]  
87 RVP: Zeker ook omdat ze hier een hele tijd zal blijven, maar er op dit moment  
88 gewoon niks gebeurt. En t is weer wachten tot ze beter wordt, beter dan  
89 dat het nu is  
90 AA: Heeft misschien ook wel veel pijn  
91 [...]  
92 AA: wel zo houden zeg maar  
93 Psycho: Ok goed,  
94 RVP: ja? ok, dat was t dank je wel

---

## Opname 7: 07.05.14 15.00 - Overdracht

**Rvp:** regieverpleegkundige  
**01:** observeerder 1  
**02:** observeerder 2  
**Vp1:** verpleegkundige 1  
**Vp2:** verpleegkundige 2  
Etc.

### Deel 1

[...]

1 RVP: euhm, hier ligt nu nog (naam patiënt)  
2 VP1: Wie?  
3 RVP: (naam patiënt) maar die gaat naar huis en dan komt (voornaam patiënt)  
4 hier op te liggen. (voor- en achternaam patiënt) die is geboren, 19-01-05  
5 VP1: 19-0?  
6 RVP: 1-05  
7 VP1: ik dacht 19 nulde [...]  
8 RVP: nee 19-01-05  
9 VP2: waar komt dan (naam patiënt)  
10 RVP: (naam patiënt) komt dan op box 3  
11 VP2: oh  
12 RVP: en die komt nog van, die is er nog niet, die komt nog van L1,  
13 VP2: goed  
14 RVP: dus ik weet niet, ik wil wel contact opnemen, maar dat mag je ook zelf  
15 doen  
16 VP2: ja hoor  
17 RVP: je bent euh, wil je dat zelf doen?  
18 VP2: ja hoor  
19 RVP: ja  
20 VP1: en hier staat ook (naam patiënt)?  
21 VP2: als ze het goed vindt als het na 4 uur gebeurt  
22 RVP: ja, maar (naam patiënt) die ligt daar nu dus nog, dus dat wordt (naam  
23 patiënt) zeg maar  
24 VP2: ja  
25 RVP: ja? En als t goed is gaat (naam patiënt) zo weg en euh (naam patiënt) of  
26 euh (naam patiënt) voor jou?  
27 VP2: ja  
28 RVP: (naam collega) die gaat nog euh vincristine push krijgen, dat is dat  
29 meisje dat hier eerder heeft gelegen met die melangiomen, weet niet of je  
30 haar kent, maar  
31 VP2: ja ik ken haar wel  
32 RVP: ok  
33 VP1: en op 5.2 wie ligt daar?

---

34 RVP: euh euhm niemand. Oh dan kan (naam patiënt) ook wel naar 5.2, nee dat is  
35 niet waar, heb ik het nou verkeerd doorgekregen.  
36 VP1: nou hier stond volgens mij ook nog (achternaam) ofzo  
37 RVP: ja dat is (voornaam patiënt)  
38 VP2: (naam patiënt)? (naam patiënt) ligt op 5.2?  
39 RVP: nee (naam patiënt) ligt nu in box twee en dat vond ik een beetje zielig  
40 tussen al die baby'tjes. Dan mag (naam patiënt) mag ook wel naar kamer 2  
41 euh eventueel  
42 VP2: kamer 2?  
43 RVP: of euh 5.2  
44 VP2: zal ik dat maar doen? Dan hebben we een box vrij  
45 RVP: ja doe maar  
46 VP2: ja?  
47 RVP: ja, zal ik dat nog even doorgeven  
48 VP2: (naam patiënt) had jij toch gister (naam collega)?  
49 VP3: nee (naam collega)  
50 VP2: maar jij hoorde toch bij (naam collega)  
51 VP3: ja, nou ja, maakt mij niet uit, ik heb m één avond heb ik m echt  
52 verzorgd. En (naam collega) die heeft eigenlijk bijna euh helemaal  
53 zelfstandig  
54 [...]  
55 RVP: er stond alleen (naam collega) bij en dan weet ik niet  
56 VP3: nee dat is ook zo, maar  
57 ik heb er verder ook niet heel veel met hem euh te maken gehad, want  
58 (naam collega) werkt zelfstandig, alleen op de achtergrond  
59 VP2: en heb je dan allemaal andere kinderen?  
60 VP3: nee hoor  
61 VP2: oh  
62 VP3: ik heb (naam patiënt), (naam patiënt) ken ik niet, maar die is nieuw  
63 VP2: ja  
64 VP3: en (naam patiënt) nou die ken ik verder ook wel  
65 VP2: dan ga ik (naam patiënt) op 5.2 neerleggen hoor  
66 VP3: wie is dat ook alweer? Oh ja (naam- en achternaam patiënt) wie is dat ook  
67 alweer?  
68 VP2: Een meisje met hemangiomen, heeft toen cytostatica voor gehad  
69 VP3: ooh  
70 [...]  
71 VP1: We zijn met zn vijven?  
72 VP3: ja  
73  
74 (*Stilte → dossiers worden ingelezen*)  
75  
76 VP2: Heeft iedereen drie kinderen dan he?  
77 VP3: Volgens mij wel  
78 VP4: hallo [...] nee jullie hebben nog geen jasjes, jullie hebben de doktersjas  
79 nog steeds aan.

---

80 O1: Oh ja (gelach)  
81 VP4: nou ja, we hebben t er in t weekend over gehad inderdaad en iedereen was  
82 het wel met me eens  
83 O2: Ja dat komt omdat we in eerste instantie met artsen mee zouden lopen, dus  
84 daar stammen ze nog uit, uit die tijd  
85 VP4: ja ja  
86 VP4: even kijken, wie heeft (naam patiënt) ik heb (naam patiënt) namelijk net  
87 verplaatst  
88 VP3: Op 2 ligt ie?  
89 VP4: naar 2 ja  
90 VP1: Ok, mooi, leuk, die blijft hier dan toch? Of dat weet je ook niet  
91 [...]  
92  
93 **Deel 2**  
94  
95 [...]  
96 VP3: Daar moet ie eerst mee  
97 VP5: ja  
98 VP3: dus voordat ie kan beginnen moet de arts euh  
99 VP5: ja en ik wil zo nog even systemen voor je klaarhangen  
100 VP3: jaa, nou dat wil ik ook wel doen hoor, dat is geen probleem hoor  
101 VP5: maar de rest is er dus wel  
102 VP3: de rest?  
103 VP5: dit zijn, nou ja, de ifosfamide en de toxo [...] en de ethoxide  
104 VP3: alleen de vincristine die moet nog komen  
105 VP5: ja  
106 VP3: oh ja ok, zo  
107 VP3: ja! Dat is goed  
108 VP5: ik heb nog niet gewogen  
109 VP3: nee  
110 VP5: (naam patiënt)  
111 VP3: ja, gelezen  
112 VP5: die moet dus starten met orale  
113 VP3: fosfaat  
114 VP5: fosfaat  
115 VP3: en, en natrium chloride? Zag ik dat goed?  
116 VP5: nah, euhm, [...] moet dan, ja dat zit bij elkaar in  
117 VP3: ja is een combinatie preparaat  
118 VP5: ja [...] natrium  
119 VP3: en komt er nog wat achteraan, omdat je ruimte had open gelaten?  
120 VP5: ja ik wist niet  
121 VP3: oh, ok  
122 VP5: calium volgens mij  
123 VP3: was ie zo euh uit balans?  
124 VP5: ja!  
125 VP3: en zijn hyperhydratie, is die nu ook veranderd?



---

126 Vp5 nou, hij krijgt dus  
127 VP3: begrijp ik dat goed?  
128 VP5: ja, omdat, zijn kuur is er nu door, 370,  
129 VP3: he, is die er al door?  
130 VP5: ja, ik mocht hem ophogen  
131 VP3: maar gaat ie vandaag ook al naar huis dan?  
132 VP5: nee, omdat  
133 VP3: ik wou net zeggen  
134 VP5: omdat dit euh  
135 VP3: nee precies  
136 VP5: dus dan wordt het morgen  
137 VP3: ja  
138 VP5: want als het oraal niet gaat, behalve [...] nog steeds de hyperhydratie  
139 zakt  
140 VP3: ja, en dan mag ik dit van maken  
141 VP5: ja  
142 VP3: maar euhm, hoeveel euh  
143 VP5: eindstand 370  
144 VP3: ja  
145 VP5: en hyperhydratie was 1955 die staat nu dus op 80  
146 VP3: ja  
147 VP5: ik hem m al wel naar 80 gedaan, maar euh  
148 VP3: maak ik even een nieuw systeem van  
149 VP5: ja, hij slaapt eigenlijk de hele tijd  
150 VP3: jaa  
151 VP5: ja  
152 VP3: ja, ik heb wel met m te doen  
153 VP3: ik moet dus nog wel die mesna geven he?  
154 VP5: oh, ik heb niks gezien  
155 VP3: ja want euhm dat heeft te maken met nadat de, hij moet nog wel een uur  
156 hyperhydreren he na de ifosfamide  
157 VP5: oh dan kan ik m nog net weer even omhoog doen  
158 VP3: ja, want hoe laat was ie erdoor?  
159 VP5: nou, om, om drie uur  
160 VP3: ok, kan ik om vier uur de vochtbalans en euh de onderhoudsaansluiting [...]  
161 VP5: [...] eventueel 120 euh  
162 VP3: ja dit is om 16 uur, 120  
163 VP5: zou jij euh voor vanavond nog [...] moet ik dat euh, nou euh kan morgen ook  
164  
165 (*stilte*)  
166  
167 VP6: jij was nog bezig he? Met (naam patiënt)  
168 VP3: [...]  
169 VP5: ja  
170 VP3: behalve de mesna  
171 VP5: klopt

---

172 VP3: euhm, ik krijg dus nog stickers he? Van die fosfaten  
173 VP5: ja ja  
174 VP3: en euh, is het ook de bedoeling dat, ik geef m sowieso vanavond nog  
175 loraspan? Maar hoe gaan ze daar thuis mee verder  
176 VP5: euh, ze gaan t afbouwen  
177 VP3: ok, ja nou, ik wou net zeggen  
178 VP5: het wordt afgebouwd euh  
179 VP3: ja, ok  
180 VP5: en dan wordt het denk ik voor thuis gestopt  
181 VP3: ja, maar ik zie m nog niet naar huis gaan  
182 VP5: nou ze willen m dan wel zeg maar morgen zo snel mogelijk, of proberen  
183 naar huis als t orale drankje goed gaat  
184 VP3: ja  
185 VP5: maar als dat niet gaat dan euh, dan niet, dan moet het via het infuus en  
186 misschien dat ze hem dan kunnen overplaatsen naar Enschede ofzo  
187 VP3: ja dat is wel waar  
188 VP5: ja  
189 VP3: dat is wat dichterbij  
190 VP5: ja, en dan hebben we nog (naam patiënt)  
191 VP2: ja, die heb ik  
192 VP5: dat is een hele, toeters en bellen, [...] ziekte van kroon [...]  
193 VP3: die kuur gaat starten, dat is officieel vandaag, maar die kuur is er net  
194 door  
195 VP6: morgen  
196 VP5: heb jij nog euh, vragen?  
197 VP2: nou weet je, euhm gister gen [...] kweek gedaan maar waarom dan niet  
198 overdag even een bloedkweek gedaan  
199 VP5: dat wordt vandaag nog gedaan, dat moet om de dag  
200 VP2: ja maar gister is t niet gebeurd  
201 VP5: neee, omdat t eergister is gedaan  
202 VP2: ja,  
203 VP5: en overdag  
204 VP2: [...] om het gewoon naar de dagdienst te verplaatsen?  
205 VP5: om 5 uur, 5 uur 's avonds is het gebeurd  
206 VP2: ja, want t is nu nog niet gebeurd  
207 VP5: nee, maar de arts die is denk ik de hele tijd nog bezig  
208 VP2: maar ze gaat nog, ze weet ervan  
209 VP5: ze weet ervan  
210 VP2: ze komt niet, hoeft nu niet te bellen?  
211 VP5: geloof t niet  
212 VP2: ok  
213 VP3: 1300 milligram?  
214 VP5: dat is goed  
215 VP3: [...]  
216 VP5: ik had dat euh vanochtend bij de visite nog een keer gezegd  
217 VP2: ja

---

218 VP5: dat ze dat nog moest doen  
219 VP2: hij heeft een infuusje?  
220 VP5: ja.  
221 Verder heb ik daar geen euh  
222 VP6: ben je er morgen overdag ook?  
223 VP5: nee  
224 VP6: hij heeft morgen [...]  
225 VP5: ja dat weet ik, oh morgen?  
226 VP6: ja [...] gemaakt, dat gaf de secretaresse namelijk net  
227 VP5: ok!  
228 VP2: maar hij hoeft toch niet nuchter te zijn denk ik?  
229 VP6: nee, voor z'n schedel dus  
230 VP5: want hij moet al nuchter zijn voor de lp en bmp, zes uur voor die tijd,  
231 dus om half 9  
232 VP2: Is dat ook morgen?  
233 VP5: ja  
234 VP6: om half negen? Heeft ie me?  
235 VP5: nee, 's middags  
236 VP2: 's avonds half 9  
237 VP5: ja  
238 VP3: hij heeft 's middags die lp  
239 VP5: maar hij kan wel stil blijven liggen, dus hij hoeft niet nuchter te zijn.  
240 Ennuh, hoe laat zei je?  
241 VP6: kwart over acht  
242 VP5: nou, heeft ie een goed dagje morgen  
243 VP2: ja kan ie lekker slapen morgenavond  
244  
245 VP6: ik heb in de avonddienst (naam patiënt)  
246 VP2: ja die heb ik  
247 VP6: meisje met pancreatitis ALL, die is heel [...]  
248 VP2: mooi  
249 VP6: ja inderdaad  
250 VP2: wegwezen  
251 VP6: ja en ze belt als ze weer terug is, want dan moet die sondevoeding er wel  
252 weer snel aan worden euh gezet.  
253 En ik heb even een euh schema gemaakt, want dan kunnen de ouders gaan  
254 leren hoe ze thuis sondevoeding  
255 VP2: had zij geen sondevoeding voor die tijd?  
256 VP6: nee schijnbaar niet  
257 VP6: en ik heb iets verteld en dat klopt helemaal niet, nee zij zij keek wat  
258 ik deed, en vanmorgen was er een discussie waarom krijgt ze de ouder SED  
259 en niet euh, niet de euh nitro cortisol enzo. Euhm, maar zij krijgt  
260 vanwege pancreatitis  
261 VP2: ja  
262 VP6: dus ik zit moeder uit te leggen van euh, ja dat is ouderwets en ze zou  
263 het overleggen en dan krijg je een kind met chemokuur enzo, dus zou jij

---

264 nog willen communiceren met moeder dat dat, dat t dat zij, nou dat ik dus  
265 verkeerd zat, dat zij het dus wel krijgt vanwege de pancreatitis, en dat  
266 daarom de beschrijving bij die oude blijft?

267 VP2: ja

268 [...]

269 VP6: [...] vergist hoor

270 VP6: ennuh, (naam patiënt)

271 VP3: ja heb ik gelezen, geen verdere vragen

272 Ik zal zo even naar die plasstick kijken

273 VP6: ingewikkelde [...]

274 VP3: ja

275 VP6: nou zo op schoot nu heeft ze saturaties van 75% dan zit ze een beetje  
276 rechtop denk ik toch wel

277 VP3: zou dat t zijn

278 VP6: ja euh, weet t niet

279 VP3: ligt haar bedje al iets met dr hoofd omhoog?

280 VP6: volgens mij niet, zou je misschien even kunnen proberen, of dat helpt,  
281 maar goed dan zou je wel iets verwachten in de lever, die longen zijn  
282 schoon verder...

283 VP3: ja inderdaad, ja

284 VP6: ik heb de zoutdruppels neergezet, maar haar neusje is schoon

285 VP2: ja

286 VP6: zo op het oog, maar de arts die zei al van misschien dat ze wel hier wat  
287 vol klonk en misschien euh dat je toch zn neus moet druppelen, want dan  
288 wordt t hier misschien wat

289 VP3: spoelt t wat door

290 VP6: ja

291 VP3: [...] of krijg je daar wat van?

292 VP6: van t zout? Nee

293 VP3: ik heb wel vaker

294 VP6: nee, dat euh, een beetje

295 VP3: welke arts van de euh cardio

296 VP6: ja

297 VP3: ook vandaag?

298 VP6: een beetje drammen, [...] [naam arts] ja

299 [...]

300 RVP: ja precies

301 VP6: sondevoeding loopt nu [...]

302 RVP: wat zal ik, zal ik dan zeggen tegen kwart over vier?

303 VP6: ja

304 VP3: en die grenzen zijn niet aangepast he? die 88%

305 VP6: nee, nog niet, nee want

306 VP3: rondje

307 VP6: ja, ja ik dacht ik blijf maar bezig, toen heb ik maar gevraagd aan de  
308 arts ja wat moet ik er nou mee, met die grens

309 VP3: ja

310 VP6: maar euh en toen zou de euh nieuwe, nieuwe vellen? Hoe heet ze? De arts?  
311 Van cardio  
312 VP3: ja (naam arts)  
313 VP6: die zou nog even langs komen en om definitief beleid af te spreken en die  
314 is voor zover ik weet nog niet geweest  
315 VP3: ok  
316 VP6: ik heb t spul al wel klaar gelegd, zuurstof en zo, nou ja goed, mocht  
317 het nodig zijn  
318 Nou en (naam patiënt) is naar huis, kon vanmorgen al weg  
319 VP6: dus als moeder vanavond belt dan moet je haar misschien even  
320 doorverwijzen. Het zou mij niets verbazen namelijk  
321 RVP: de moeder van (naam patiënt)?  
322 VP6: ja  
323 VP3: ik ken (naam patiënt) echt totaal niet  
324 VP6: nee maar goed, dan moet je juist dus gewoon doorverwijzen naar euh  
325 RVP2: kort overdragen graag, ja?  
326 [...]  
327 VP3: ok, hebben ze daar morgen al een afspraak dan?  
328 VP2: jesus (gelach in reactie op rvp2)  
329 VP3: heeft ze voor morgen een afspraak?  
330  
331 VP8: Echt, kom maar op  
332 Vp4: (naam patiënt)  
333 VP8: yes, gelezen  
334 Vp4: jongen ALL, laatste kuur, heb ik net gestart  
335 VP8: mooi, leverpuncties waren dus goed?  
336 Vp4: ja, Nou ze waren twijfelachtig, maar genoeg om te kuren  
337 VP8: Urine AO moet nog?  
338 Vp4: Ja, ja plaszak zit nog wel  
339 VP8: en die tramal, die had je nog niet gegeven? Moet dat dan om zes uur wel?  
340 Vp4: Hij euh, jawel, nee maar dan moet het wel even starten tijdens de kuur  
341 heeft ie net wat meer last en moeder had zn eigen medicijn van thuis mee  
342 dus hij heeft waarschijnlijk wel gehad, thuis kreeg ie het ook al  
343 VP8: Ooh ok  
344 Vp4: Maar we doen het hier gewoon lekker a zes uur, das gewoon beter voor z'n,  
345 z'n euh, omdat ie tijdens het kuren waarschijnlijk iets, het heeft ook te  
346 maken dat de [...] nog niet goed zit dat ie gewoon iets meer  
347 pijnbestrijding nodig heeft  
348 VP8: Ja  
349 Vp4: En voor de rest euh ligt ze nu dus op de [...] lekker, maar euhm, door de  
350 week, in geval van euh acute opname enzovoorts, zal ze er wel uit moeten  
351 VP8: Ja  
352 Vp4: Maar ze werden helemaal gek daar op kamer vijf, tussen al die baby's.  
353 VP8: [...]

---

354 Vp4: Ja daarom. Het was zo zielig, moeder zat, moeder klaagde helemaal niet,  
355 helemaal nul. Maar ik zag haar euh, er werd alleen maar gehuild in het  
356 rustuur, al die baby's, de ene baby na de ander (gelach)  
357 VP8: weet je dat?  
358 Vp4: ga ik voor je regelen  
359 VP8: [...] als het zo blijft  
360 VP8: Ja? Mooi  
361 Vp4: Euhm, wat zou ik nog zeggen  
362 VP8: Je trekt de kuur elke dag [...] omhoog  
363 Vp4: Als je dat even tegen de nachtdienst wil zeggen  
364 VP8: Ja  
365 Vp4: Dat ze morgen, dan mag ze gewoon op twee uur, weet je, dan is ze gewoon  
366 lekker op zaterdag op tijd euh, op tijd klaar.  
367 We doen t één keer hoor. Maar ik had beloofd dat, oh ja, misschien kunnen  
368 we het wel twee keer doen. Dat mocht, misschien moeten we dat gewoon even  
369 uitbouwen  
370 VP8: ja  
371 Vp4: Dat ze voor t rustuur kunnen vertrekken zaterdag  
372 VP8: Ja, ja vind k goed  
373 Vp4: Ik ben er morgen weer dus euh, doen we t morgen weer  
374 VP8: Ja  
375 Vp4: vind ik een goed idee  
376 Vp4: Ennuhm, dingetje is euh weg (naam patiënt) iedereen de groetjes en (naam  
377 patiënt) mocht ook zowaar naar huis vandaag  
378 VP8: Oh super man  
379 Vp4: Ja die was helemaal, die sprong zo'n beetje om mn nek toen ik dat  
380 vertelde  
381 VP2: Wat lief  
382 Vp4: Maar goed, ik heb nog nooit een kind naar huis gedaan voordat de  
383 drainpleisters eraf waren (gelach) dus ik denk ga liever drainpleister,  
384 dus ik heb gezegd dat ze morgen euh die drainpleister eraf kunnen halen  
385 VP8: Ja  
386 Vp4: En euh, (naam collega) is ze nu dus aan t inbrengen bij het moreel  
387 beraad, of jullie eventjes op haar kinderen willen letten. Dan hoeft er  
388 verder eerst niets  
389 VP8: Ok  
390 Vp4: Maar ze heeft (naam patiënt) en (naam patiënt) en (naam patiënt) als dr  
391 bijzondere dingen waren kon je dat hier eventjes opzetten nog als er nog  
392 wat overgedragen werd  
393 VP8: ok  
394 Vp3 (naam patiënt) had ik gister?  
395 Vp4: (naam patiënt) had jij gister?  
396 VP3: Ja  
397 Vp4: Ok ik leg hem hier neer  
398 Vp3 Ja!  
399 Vp4: Ja?

---

400 VP5: Next!

401 VP5: (naam collega)

402 VP7: nou ik zal even vertellen, ik had euh

403 RVP: (naam patiënt) komt over met sondevoeding, die moet nog een monitor en

404 alstublieft op saturatie kijken en euh zuurstof

405 VP8: Kapje?

406 RVP: ja, en ook euh met zuurstof in [...] bij euh, als er een zuurstofbril is

407 heeft ze die waarschijnlijk wel in. Ze komt een beetje asociaal over,

408 want ze moet nog of een VAP-naald aangeprikt of een infuus geprikt. Ze

409 zei ook van nou wat is dat nou jullie weten de hele dag al dat ze

410 vincristine moet gaan krijgen en ik zei dan zorg je toch ook dat er een

411 infuus is? Maar goed.

412 VP8: Nou dat doen die artsen zelf maar euh

413 RVP: jawel, maar goed, dan denk ik het kost ons dan wel weer extra tijd en euh

414 energie

415 VP8: Ja!

416 RVP: beetje flauw, maar goed.

417 VP4: (naam patiënt) heb ik net verhuisd naar kamer acht.

418 RVP: ja

419 VP4: Dus die ligt daar al

420 VP9: Ik heb nog (naam patiënt), oh nee die is naar huis nu, die er al op de

421 afdeling, maar heeft nog een gesprek met de diëtiste en dan gaat ze naar

422 huis

423

424 (geroezemoes)

425

426 VP9: (Naam patiënt)

427 VP2: Ja die heeft euh, vertel maar

428 VP9: Nou, heb ik eigenlijk met een residief [...] tumor en longmetastase, koorts

429 bij applesie? Heeft vandaag trombo's gehad

430 VP2: En haar koorts?

431 VP9: Haar koorts is nu vandaag goed

432 VP2: Mooi

433 VP9: En ze is gestopt met de paracetamol om het koortsbeeld helemaal euh ja

434 goed te onderzoeken

435 VP2: Mooi

436 VP9: Euh, even kijken, ik had ook nog de pieper van (naam collega) (naam

437 patiënt),

438 VP7: Ja

439 VP9: had je daar nog vragen over?

440 VP7: Nee, [...] straks naar toe wil gaan

441 VP5: Irritant he?

442 VP7: Het gesprek is al anderhalf uur bezig nu

443 VP9: Ja, maar (naam collega) die moet naar dat moreel beraad

444 VP7: Oh ok

445 VP9: En (naam patiënt)

---

446 VP7: Ja  
447 VP9: Die is nu even naar beneden met vader  
448 VP7: Ja  
449 VP9: En [...] en die pompstand stond op 21 van zijn euh oraal  
450 VP7: Ja  
451 VP9: Dus die is even naar beneden  
452 VP9: En wie had ze nog meer? (naam patiënt)?  
453 RVP: Ja die heeft euh hoe heet ze al  
454 RVP: (naam collega)  
455 VP9: [...] heeft helemaal niets gedaan dus euh  
456 VP9: Verdenking neuroblastoom, ja  
457 VP7: 21?  
458 VP9: Ja  
459 VP7: Hij was al bij[...]  
460 VP7: Hebben ze dat niet gezien? [...] fragiel. Is 12 uur aangehangen. Loopt een  
461 half uurtje  
462 RVP: heb jij eventueel tijd om (naam patiënt) van de polie af te halen? Om  
463 kwart over 4?  
464 VP7: Wie komt van de polie?  
465 RVP: ja? Dat gaat lukken? Ok  
466 [...]  
467 VP7: 210  
468 VP2: Ik vind deze overdracht zo erg  
469 VP10: Ik ga zo daar naar binnen, moreel beraad  
470 vp9: Vader zou m in de weeg zetten, want we mochten niet vergeten te wegen  
471 VP10: had jij ook nog iemand voor mij?  
472 VP9: (naam patiënt)  
473 [...]  
474 VP2: Voor wat voor gesprek ga je daar zitten dan?  
475 VP7: Ja voor (naam patiënt), maar dat is al een half uur bezig  
476 VP2: Misschien is het wel handig, want dan kan je het ook terugkoppelen aan  
477 die mensen, die mensen verstaan misschien de helft niet  
478 VP2: En euhm ... (*gelach*)  
479 VP7: Piepers, wat zullen we doen?  
480 VP3: Ik heb de twee al op zak, mag ik m houden?  
481 VP2: Ja van mij wel  
482 VP7: Wie wil de 7 denk je?  
483 vp5: Anesthesist is nog niet geweest?  
484 VP9: Nee, nee daar wachten ze eigenlijk alleen nog op  
485 VP5: Ja  
486 VP7: (naam collega) drie  
487 [...]  
488 RVP: geef maar hier hoor  
489 VP7: Het is nachtdienst he?  
490 VP5: Had je al een verdeling gemaakt of niet?  
491 VP5: Euhm, nou ik de zeven dan



---

492 VP2: Maar waar heb jij je kinderen liggen?  
493 VP5: 1, 4, op zich wel vlakbij de telefoon  
494 VP2: Vin je, vind je dat handig om te doen? Als je zat van de telefoon wordt  
495 dan geef je m maar aan mij  
496 VP7: Wat is er nog over? De 1  
497 VP2: De 1 en de 6  
498 VP7: (naam collega), ik de zes weer?  
499 VP2: Gister  
500 VP2: Wel 9 en 2  
501 VP7: Ik euh  
502 VP5: (naam collega) de één, (naam collega) de twee  
503  
504 VP9: Jij doet (naam patiënt) voor mij?  
505 VP7: Oh ja  
506  
507 [...]  
508 VP2: Nou ik ga de spullen maar even klaarmaken he voor mn overdracht, voor mn  
509 overname  
510 VP9: (naam collega) is nog bezig, overal pompen neerzetten en monitors,  
511 tenminste ze was heel druk bezig  
512 VP2: Mooi  
513 VP2: Heb je lekker gewerkt?  
514 VP9: Ja  
515 VP2: Moet jij niet bij het moreel beraad?  
516 VP9: Ja dat gaat altijd, heb ik helemaal niet meegekregen, (naam patiënt)  
517 VP2: Maar dat is (naam collega) haar inbreng toch?  
518 VP9: Ja  
519 VP3: Mogen we dan ook om en om wat inbrengen? Ik dacht dat het zo vanuit de  
520 VP9: Ja ze hebben een  
521 [...]  
522 VP9: Heb ik begrepen  
523 VP2: We mogen het zelf weten, als je een formulier euh invult, mag je zelf je  
524 casus inbrengen. En ik weet dan eigenlijk niet wie dan, kijk als wij met  
525 zn allen tegelijk dat doen, wie dan kiest welke  
526 VP5: Nee precies  
527 VP2: Welke casus ingebracht moet worden, maar euh  
528  
529 (*Stilte*)  
530  
531 VP9: (naam collega) overdragen  
532 VP2: Oh begin maar hoor  
533 VP9: Euhm (naam patiënt, 5 1, die heeft een [...] gehad gister opgehaald, nee  
534 (naam patiënt)  
535 VP2: Gister, gister kwam ze terug van  
536  
537 (*Gelach*)

---

538  
539 VP9: Heb ik net nog sondevoeding gegeven [...] 170 milliliter  
540 VP2: 170?  
541 VP9: Ja. En, oh ik had nog een luier, die ligt daar nog, die moet ik nog even  
542 wegen (gelach) ik ben helemaal  
543 VP2: Nee gaat goed  
544 VP9: Dat was t  
545 VP2: Ok  
546 VP3: 14, 14 mei. Ik heb allemaal leuke [...]  
547 VP1: wat wil je graag? dan doen we t even met een stift [...]  
548 VP3: 330 ml per uur, dat vind ik zo zielig, en dan moet ik ook nog nasec Geven  
549 VP2: Ja vind je t gek  
550 VP3: ik heb echt te doen met die kinderen.  
551 VP7: ja  
552 VP3: En dan ook nog 1300 mesna mg, dat is echt 13 ml ofzo  
553 VP2: He? Oh. En dan moet je nog, daar moet je nog mee starten?  
554 VP3: Ja, nee lasek is wel, als ik m zometeen opstart moet ie om zeven uur  
555 lasek hebben  
556 VP2: Ok dat scheelt want als ik soms ook zo laat  
557 VP3: ja dat is ook zielig  
558 VP2: dan komt het er midden in de nacht uit  
559 VP3: Ja, nee dat gaan we niet doen  
560 VP2: Dat vind ik helemaal kindermishandeling  
561 VP3: Best heel erg af en toe hoor  
562 VP2: Stop ze maar gewoon in je zak, haal ze er niet meer uit vanavond die  
563 protocollen  
564 VP3: nee precies  
565 VP1: Ja misschien is dat nog wel zieliger op de lange termijn  
566 VP3: Denk t ook. Zo moet je dan ook maar weer denken  
567 VP3: Groene lijst [...] medicijnen. zal ik die van (naam collega) meenemen?  
568 Vp1: Wat zeg je?  
569 VP3: Zal ik de lel van (naam collega) meenemen?  
570 VP2: Ja hoor  
571 VP1: Wou je de pieper dan ook?  
572 VP3: zal ik die ook meenemen? Volgens mij had ze de 2, 1  
573 VP1: 1 toch?  
574 VP2: Ja  
575 VP9: Nou, laten we dan maar de afdeling op gaan  
576 VP2: Ja, laten we dat maar doen

---

## Opname 8: 07.05.14 23.15 - Overdracht

**Rvp:** regieverpleegkundige

**Vp1:** verpleegkundige 1

**Vp2:** verpleegkundige 2

Etc.

1 [...]

2

3 Vp: Doen we dat via de pomp of is het te hevelen met haar?

4 Vp1: ja hevelen, ja ik heb deze, want ze, spuugt wel elke keer. Ik heb toch  
5 het idee dat die 70 wel wat veel is, want ik kon haar hier ook, ik kan  
6 haar niet terug leggen

7 Vp: nee

8 Vp1: ennuh, dus toen heb ik dit gewoon met de spuit een beetje elke keer, ik  
9 had dr al verschoond

10 Vp: ja

11 Vp1: een beetje bij gespoten

12 Vp: ja, ze heeft geen pomp euh

13 Vp1: dr hangt wel, er staat wel een pomp, dus vannacht zou ik het weer gewoon  
14 via de pomp doen

15 Vp: ja, minimaal 8 maal 60, ja

16 Vp1: ja, ja ik dacht ze had hier 50 gehad dus, maar ja 70 is, ja, ik heb t  
17 idee dat dat te veel is. Ze heeft twee keer euh redelijk, ja tis geschat,  
18 maar ja

19 Vp: ja

20

21 (*stilte*)

22

23 Vp1: als ze wel met ontslag gaat, dan euh, doen we dan

24 Vp: ja

25 Vp1: moeten we wel gaan leren denk ik hoe ze sondevoeding geven, aan die  
26 ouders

27 Vp: ja, daar is nog niet mee gestart?

28 Vp1: nee volgens mij niet

29 [...]

30 Vp: het was goed te doen vanavond?

31 Vp2: jaa

32 Vp2: (naam patiënt)?

33 Vp: nee

34 Vp1: (naam patiënt) had je ook al gelezen?

35 Vp: (naam patiënt) had ik gelezen ja, maar die moeder heeft gesprekken met de  
36 arts, dat is verder, dan is alles duidelijk voor haar? Want ze was weer  
37 onduidelijk over beleid, wel of niet paracetamol vannacht, moest ze om a  
38 4 uur geven, is weer acuut gestopt

39 Vp1: ja het is helemaal gestopt, nah ik heb ik heb met moeder gesproken en die  
40 zei ook het gaat op zich goed, dus. Ja en volgens mij als je t echt in de  
41 gaten wil houden moet je het helemaal niet geven, dus ze zei ook van nou  
42 euh doe maar gewoon niet.

43 Vp: nee, ok

44 Vp1: dus ik heb vanavond ook niks gegeven

45 Vp: nee, ok, en op zich doet ze het tot nu toe goed he?

46 Vp1: ja, ze had wel 38,0 maar, ze was ook hartstikke moe

47 Vp: ja, in de dagen tot 40!

48 Vp1: maar vanmiddag zat ze op het fietsje rondrijden

49 Vp: ja, echt waar? Nah, bijzonder. Moeder slaapt erbij?

50 Vp1: ja

51 [...]

52 Vp2: ik doe de deur even dicht hoor

53 Vp3: ja

54 Vp3: ik heb(naam patiënt)

55 Vp4: Ja

56 Vp3: [...] kuur, euhm het systeem bleef nog heel lang blauw, dus ik heb nog wat  
57 extra bij euh

58 Vp4: oh ja, bij die [...]

59 Vp3: ja was nu redelijk schoon, dus heb m nu uitgedaan

60 Vp4: ja

61 Vp3: (naam patiënt)

62 Vp4: ik heb nog even een vraag euh, die tramal die mag ie gewoon door de sonde  
63 hebben?

64 Vp3: ja

65 Vp4: oh ja, twee [...] dat is haast niks

66 Vp3: nee dat is heel weinig

67 Vp4: dat geven ze van huis uit [...]

68 Vp3: vanwege z'n wervel euh toestand?

69 Vp4: ja

70 [...]

71 Vp2: (naam patiënt)

72 Vp9: Loopt die, die VAP nou wel? Want dat begreep ik niet helemaal uit de  
73 rapportage

74 Vp: nou, die euh heeft ze... haar VAP zat een knikje in

75 Vp9: ja

76 Vp3: in het slangetje van de VAP, toen is ze naar OK geweest

77 Vp9: ja

78 Vp3: en nu hebben ze t slangetje weer euh recht gemaakt, zeg maar

79 Vp9: dus er zit niet een nieuwe VAP in?

80 Vp3: nee, de VAP is hersteld

81 Vp9: ok

82 Vp3: ze ging er heen met de bedoeling VAP eruit en dan een nieuwe erin maar ze  
83 hebben deze dus weer kunnen euh maken

84 Vp?: Nou das mooi

85 Vp9: en nou moet de rest van de Douma (???) nog gegeven worden?  
86 Vp3: ja die moet ze nog hebben, en die ligt in de medicijnkamer in  
87 zilverfolie. En dan moet ze ook de Zofran er nog bij. Er ligt ook een  
88 spuitje Zofran drbij, die moet ze er dan ook bij hebben.  
89 Vp9: maar hoe weet ik wat ze nu al gehad heeft dan?  
90 Vp3: nou, dr is 0,8 uit, dat heeft ze gehad.  
91 Vp9: 0,8  
92 Vp3: cc  
93 Vp9: milliliter  
94 Vp3: ja  
95 Vp3: en ik heb euhm, die bestellijst heb ik euh in dat mapje gedaan, want ik  
96 denk euh dan kan jij nog controleren of dat t goede medicijn is En ik heb  
97 t al aan de arts doorgegeven, en als die hier weer was, moest ze even  
98 bellen, en dan kwam ie om euh de euh, oh nee dat hoeft hij niet te doen,  
99 nee dat hoeft niet  
100 Vp9: het is een zakje toch t is geen push?  
101 Vp3: nee, het is wel een push, oh dus dat moet wel, ja  
102 Vp9: ok  
103 Vp3: oh dus dat moet wel, maar euh de arts weet ervan dus dan euh als je nog  
104 even euh wil bellen als ie er is, ze is nu nog op de artsenkamer  
105 Vp9: oh ze is, ok  
106 Vp3: en haar euh arm die euh heeft ze sitostatica subacuut aangelopen vanwege  
107 haar arm en euh nou dat moet dan gekoeld worden. Ik heb euh tot ze naar  
108 OK ging heb ik gekoeld. Het is verder niet meer euh rood, en het is ook  
109 niet meer warm en dan moeten we maar even kijken als ze terug is.  
110 Officieel moet dat 24 uur na die tijd gekoeld en dat was om 1 uur was t  
111 zeg maar gebeurd, dus dan zou ze morgen tot één uur, maar  
112 Vp9: maar koelen, waar heb je dat mee gekoeld dan?  
113 Vp3: met zo'n zakje, die ligt dan in de diepvries  
114 Vp2: makkelijk  
115 Vp3: ja heb ik dan drie uur moet ze dan koelen, en een half uur mag ie er weer  
116 af, dan in de diepvries en dan weer eruit.  
117  
118 *(Volgende patiënt)*  
119  
120 Vp3: (naam patiënt)  
121 Vp: ja, ben ik aan het lezen  
122 Vp3: die gaat morgen voor avsv sluiting  
123 Vp: ja  
124 Vp3: euh hoeft geen premedicatie, alleen maar mag de furocemide dus niet  
125 Vp: ok  
126 Vp3: en ze moet dan vanaf 4 uur nuchter zijn maar ik dacht misschien kun je  
127 dan om half 4 nog euh die bolissen geven  
128 Vp: ok  
129 Vp: ok, ze heeft sondevoeding krijgt ze  
130 Vp3: normaal euh ja, drinkt ze en krijgt ze een beetje per sonde ingespoten

---

131 Vp: ja  
132 Vp3: dat wordt dan gewoon ingespoten  
133 Vp: ja  
134 Vp3: dus er staat ook geen pomp nog op haar kamer  
135 Vp: nee  
136 Vp3: dus euh ik dacht als je om half 4 nog wat geeft, dan heeft ze in ieder  
137 geval nog wat in de maag  
138 Vp: ja  
139 Vp3: en euh ik zal het ook nog even in de anamnese zetten? Sowieso krijg ze de  
140 eerste bolissen 's morgens krijgt ze via de sonde, en dan wou mirthe 180  
141 Vp: ok [...] te geven  
142 Vp3: en ze krijgt Nutrilon 1, maar normaal zou ze Nutrilon 2 al moeten hebben  
143 he? Omdat ze een half jaar is  
144 Vp: ja  
145 Vp3: maar doordat ze nog geen euh bijvoeding krijgt euh hebben ze geadviseerd  
146 om nog Nutrilon 1 aan te houden.  
147 Vp: ok, duidelijk  
148  
149 (*Volgende patiënt*)  
150  
151 Vp4: (naam patiënt)  
152 Vp: ja  
153 Vp4: die heeft haar sonde uitgespuugd gisternacht?  
154 Vp: uitgetrokken! Hij lag, dat zal, dus euh, ze had niet uitgespuugd maar ze  
155 had, euh, ze friemelt he? Ze ze had m losgefriemeld. Dus ik heb echt,  
156 echt dicht bij haar neus weer afgeplakt inderdaad euh.  
157 Vp4: ok  
158 Vp4: en die draad weer weg gedaan, ok  
159 Vp: ja dat, ze is er altijd mee aan t slopen he? Dan kom je weer, en dan  
160 heeft ze weer  
161 Vp4: het is een heel druk meisje  
162 Vp: ja  
163 Vp4: maar ze slaapt  
164 Vp: mooi  
165 Vp4: ennuh, verder drink ze wel, maar niet zo hard meer  
166 Vp: nee, het neemt wel af he?  
167 Vp4: [...]  
168 Vp: ja, ja  
169 Vp4: verder heb ik eigenlijk niet  
170 Vp: nee, ik heb ook geen vragen hoor  
171  
172 (*Volgende patiënt*)  
173  
174 Vp4: (naam patiënt)  
175 Vp5: ja

---

176 Vp4: een jongen met een kiemceltumor in het mediastrium die gaat morgen voor  
177 euh VAP plaatsing en woensdag begint ie met kuren. euhm, hij moet euh van  
178 8 uur nog een licht ontbijtje en ik heb, moet nog even een afspraak in zn  
179 map noteren voor morgen  
180 Als jullie je nou bedenken, om 11 uur botscan en kwart over 3 vervolg  
181 botscan, maar hij kan vanaf drie uur kan ie naar de OK geroepen worden  
182 Vp5: Botscan, ja dat kan dan dus niet denk ik.  
183 Vp4: wat een slechte  
184 Vp5: Ja dat is niet euh handig  
185 [...]  
186 Vp5: Daar moet ie nuchter zijn, dus dan mag ie helemaal geen licht ontbijt  
187 VP4: En vier uur van te voren?  
188 Vp5: Ja 6 uur 30. 10 uur 30 is dan is al die echo  
189 Vp4: das al wel heel vroeg he?  
190 Vp5: Maar ja, hij slaapt gewoon  
191 Vp4: Ja  
192 [...]  
193 Vp5: Nou, op zich is t wel prettig  
194 [...]  
195 Vp5: Nee, want dan geef ik k m gewoon niks hoor. Slaapt z'n zus er weer bij?  
196 Vp4: z'n moeder  
197 Vp5: Ok  
198 Vp4: ja, Hij heeft vanavond wel weer gegeten  
199 Vp5: Nee, want we willen m graag niet vroeg wakken, dat vind ik ook zo wat  
200 Vp4: nee toch?  
201  
202 [...](gefluister)  
203  
204 Vp6: Nee anders horen die mensen zo wat wij hier vertellen van elkaar, dat  
205 hoort niet zo toch?  
206 Vp5: Nee, dat hoort niet zo  
207 Vp4: en ik had nog (naam patiënt)  
208 Vp5: ja (naam patiënt)  
209 Vp4: daar had ik nog een plasje van [...]  
210 Vp5: ok  
211 Vp4: Zijn trombo's zijn nog niet goed genoeg euh om te kunnen beginnen met  
212 kuren  
213 Vp5: Dat hangt toch niet van de trombo's af? Dat hangt van de leuco's af  
214 Vp4: Nou het totaalplaatje toch?  
215 En er wordt gesproken over euh of ze zijn euh canule gaan verwijderen?  
216 Supril hoeft niet meer  
217 Vp5: Helemaal niet?  
218 Vp4: Nee  
219 Hij heeft weinig ontlasting dan gehad

---

220 Vp5: Ja maar ik zei vanmorgen al misschien komt het wel omdat de [...] uit de  
221 voeding is gehaald , want vannacht, afgelopen nacht ook geen enkele keer.  
222 Dus elke keer als er weer een bel ging, dacht ik, oh oh.

223 Vp4: Maar hij blijft dus misselijk he, en daar snap ik dus helemaal niks van?  
224 Ik vind t wel steeds na de medicatie. Die geef ik allemaal via deuhh

225 Vp5: Duedenum

226 Vp4: Duedenum, behalve de losec, maar, het is steeds vanaf dan wordt ie  
227 misselijk. Is het een, en z'n temperatuur is ineens ook 38 tijdens die  
228 misselijkheid. Alsof ie

229 Vp5: Ja het is een beetje een vreemd euh  
230

231 *(Door elkaar gepraat)*  
232

233 Vp5: Ik heb er niet zo'n goed gevoel bij moet ik zeggen  
234 Vp4: en maag euh loopt op 90 en duedenum op 10  
235 Vp5: ok, ja, en hoe laat moet ik m weer euhm verhogen? Hoe laat heb jij t  
236 gedaan?

237 Vp4: hoe laat heb ik dat gedaan? toen ik m aanhing was t half 5  
238 Vp5: half 5, en normaal dan moet t zes uur later he? Dan had dat alweer gekund  
239 Vp4: Ok! Oh maar dan is de volgende stap toch euh, volledig over de maag?  
240 Vp4: half 5  
241 Vp5: dan doe ik het om 12 uur en om zes uur zet ik m op volledig  
242 Vp4: ja he?  
243 Vp5: ja  
244 t was t vannacht vergeten, vanochtend pas gedaan  
245 Vp4: zo was bij mij euh, doet vader t ook (???)  
246 Vp5: maar dan moet ie misschien de medicijnen ook via de maag hebben  
247 Vp4: dat is dan de volgende stap  
248 Vp5: ja  
249

250 *(Volgende patiënt)*  
251

252 Vp6: ik heb (naam patiënt), een jongen met een maligne kiemceltumor, heeft euh  
253 gekuurd, nou ja, die is niet fit,  
254 Vp9: gaat morgen naar huis?  
255 Vp6: nou reken maar van niet, die heeft echt veel, veel tekort aan zouten en  
256 dergelijke, houdt niks binnen  
257 Vp9: zou zeggen, anders  
258 Vp6: misschien over naar enschede als ze daar t zelfde euh kunnen doen als wat  
259 wij hier doen, maar euh nee, die jongen houdt niks binnen, echt helemaal  
260 niks. En die ademhaling euh, ja de arts maakt zich daar op zich niet druk  
261 om, het ziet er gewoon heel naar uit en voelt zich er ook heel naar onder  
262 en ja, die lorazepam, dat scheelt gewoon dat hij euh nu even niet alles  
263 meekrijgt, dus dat is wel fijn voor hem, maar het is natuurlijk vervelend  
264 dat ie daar zo'n ademhaling aan euh van heeft  
265 Vp5: maar hoe komt dat daarvan?



---

266 Vp6: ja waarschijnlijk  
267 Vp4: van de [...] Maar die houdt ie niet binnen  
268 Vp6: nee maar vanochtend natuurlijk wel en hij heeft al een aantal dagen. Ik  
269 denk toch dat het een beetje een stapeleffect bij hem is.  
270 Vp4: ja  
271 Vp6: En dat, nu om 8 uur heb ik t hem wel gegeven, maar ja die kwam er ook  
272 uit. En magnesium moet nog IV afgesproken worden. Daar zal hij mee bezig  
273 gaan, maar daar heb ik nog niks van gehoord of gezien, of wat dan ook  
274 Vp: maar hij heeft een gekke ademhaling, met die apneus van 10 seconden?  
275 Vp6: ja, het begon vanavond weer hoor,  
276 Vp: ja  
277 Vp6: en dan is ie weer een periode dan is ie rustig en dan begint t weer.  
278 Vp?: Ja  
279 Vp5: Wil t wel zo? Want hij ligt ook helemaal zo he?  
280 Vp6: ja maar hij ligt ook heel onrustig te draaien, ahh, hij is gewoon echt  
281 niet lekker. Echt niet, hij is wel, op zich is ie wel goed bij de tijd,  
282 hij weet wel waar ie is, en hoe oud ie is en alles, dat wel. Euhm en wat  
283 wou ik nog meer zeggen. Hij heeft 240 geplast[...] lijst. Ik weet niet of  
284 daar een oplossing voor is, maar die, naast hem ligt (naam patiënt) en  
285 die wordt vannacht natuurlijk gek van die monitor. Dat kan ik nu al wel  
286 euh, dus moet je maar even kijken  
287  
288 (*volgende patiënt*)  
289  
290 Vp6: euh (naam patiënt), jongen met een [...] sarcoom in zn rechter bovenbeen,  
291 is euh, is begonnen met kuren [...]  
292 Vp9: en die moet na 2 uur gewekt worden omdat ie anders niet plast?  
293 Vp6: Ja, de vorige keren was ie een aantal keren incontinent , nou ja,  
294 incontinent, voor zover je dat kan noemen, hij heeft zoveel vocht, dus  
295 als je m iedere twee uur wekt dan kan ie dat aardig euh  
296 VP9: en dat weet ie?  
297 Vp6: ja dat weet ie, dat wil ie ook graag  
298 Vp9: ok, en wat voor voeding krijgt hij?  
299 Vp6: daplictie (?)  
300 Vp9: maar, wanneer en hoe en wat  
301 Vp6: in de dagbehandeling is uitgegaan volgens de lijst die heb ik gevonden in  
302 de artsenstatus  
303 Vp9: en dat loopt nu tot?  
304 Vp6: euh hij loopt op 185 cc per uur, dus moet je ff rekenen, 550  
305 Vp9: wanneer moet ik dan weer opnieuw?  
306 Vp6: euhm, morgenochtend doe maar om 8 uur, laat euh  
307 Vp9: dat vind ik niet in deze map  
308 Vp6: nee, ik kon het ook nergens vinden, behalve in de artsenstatus  
309 Vp5: [...] die heeft vaak ook nog wel lijsten he?  
310 Vp6: oh ja misschien, ja, het kan zijn dat het al wel klaargemaakt is  
311 Vp5: ja in dat kastje

---

312 Vp6: ik denk dat ie er ongeveer drie uur over doet  
313 Vp9: ok  
314 Vp6: ja?  
315 VP9: ja  
316 Vp6: dr was verder nog helemaal niks euh bekend geworden  
317 VP9: ja  
318 Vp8: Was ik aan de beurt?  
319 Vp6: nee, nog eentje  
320 Vp6: nou, verder heb ik geen bijzonderheden  
321 Vp6: (naam patiënt)  
322 Vp7: ja die sla ik net open  
323 Vp6: meisje met een complexe hartafwijking, opgenomen met spugen, zweten euhm,  
324 gaat morgen naar huis, die is gestart met paracetamol  
325 Vp7: [...] nog niet geweest als ik dat zo lees  
326 Vp6: nee  
327 Vp7: [...]  
328 Vp6: oh je mag mijn naam er wel even onder zetten, euhm, zij is gestart met  
329 paracetamol, vraag me niet waarom, want ik heb net, ik las in de status  
330 van de artsen dat dat in verband met temp was, en dat die [...]was, maar ik  
331 heb haar net getempt, en ze had 36,5 dus ik heb haar geen paracetamol  
332 gegeven  
333 Vp7: Zo hoog was het ook niet, 37,8  
334 Vp6: nee  
335 Vp7: [...]  
336 Vp: had je dat nog opgeschreven?  
337 Vp6: Ja ik heb opgeschreven dat ze een hoestbui had gehad.  
338  
339 (Geroezemoes...)  
340  
341 Vp6: ja, ik ben klaar  
342 Vp8: Wie verzorgt er (naam patiënt)  
343 Vp: heb ik gelezen, en ik heb geen vragen  
344 Vp8: bolis van elf uur loopt nog [...]  
345 Vp: oh leuk  
346 Vp8: dus die loopt vanavond tot 12 uur en dan kan je opnieuw beginnen om zes  
347 uur  
348 Vp: ja! doe ik  
349 Vp8: Euh (naam patiënt) jongen met de ziekte van kroon, de ziekte van  
350 Pfeiffer, [...] bij zn anus [...]  
351 Vp9: ja ik, maar het was mij niet helemaal duidelijk dat dat stukje, die  
352 zwelling dat laatste stukje was me niet helemaal duidelijk uit de  
353 anamnese, of uit de  
354 Vp8: nou het schijnt dat de medicijnen die hij voor de ziekte van pfeiffer  
355 heeft gehad [...]  
356 Vp: Imuran  
357 Vp5: ja de imuran krijgt hij voor de [...] denk ik hoor

---

358 Vp: voor de?  
359 Vp5: Kroon  
360 Vp8: In ieder geval, dat is wat ik uit de anamnese heb begrepen  
361 Vp9: ok  
362 Vp8: morgen euh heeft ie euhm [...]  
363 Vp9: ja, ik zag  
364 Vp8: gelezen?  
365 Vp9: ja, verder geen vragen over  
366 Vp8: (naam patiënt)  
367 Vp9: ja  
368 Vp8: nou, ALL en pancreatites, gelezen?  
369 Vp9: nee, nog niet, nog bijzonderheden?  
370 Vp8: nee  
371 Vp9: ok  
372 VP: nou dat was t, was t een lekker avondje? Niet te enthousiast worden  
373 VP5: Nou, we zijn toch aardig druk bezig geweest  
374 VP: ja toch wel he?  
375 VP5: ja!

---

## Opname 9: 07.05.15 13.30 - Multidisciplinair Overleg

**RVP:** regieverpleegkundige  
**A:** arts  
**AA:** arts-assistent  
**A 2:** vrouwelijke arts  
**MW:** maatschappelijk werker  
**?:** functie onbekend

[...]

1 MW: en de zaal arts is ook niet aanwezig? Die had nog wel wat vragen over  
2 (naam patiënt) de vorige keer.  
3 **A 2:** nou, ik denk dat we een heel eind kunnen komen, dan beginnen we met (naam  
4 patiënt). Ik begin vanaf onderaan in jullie rijtje  
5 MW: nou dat is goed, want ik wou alleen even melden dat het heel goed gaat  
6 thuis met hem  
7 A: (naam collega) heeft ze vorige week ook nog gezien, ennuh,  
8 MW: oh ja  
9 A: vorige week zijn ze even hier geweest voor de CT scan  
10 MW: ja, klopt  
11 A: en, toen euhm, nou dat is dan gebeurd en positief op de plek waar we  
12 dachten dat het positief was. Ze wilde egina (?) voor gebruik en ze zijn  
13 hier vertrokken en ze wilden eigenlijk meedoen aan de fase twee studie,  
14 maar die studie was net voor  
15 MW: ja  
16 A: dat ziektebeeld gesloten, dus dat kan niet en, en nu overwegen ze volgens  
17 mij om toch een uwbg-therapie (?) te gaan doen.  
18 MW: nou ze gaan  
19 A: en (naam collega) [...]  
20 MW: nou ze gaan eerst een keer kijken, want ze zijn nog steeds, nou ze zegt  
21 we willen gewoon kijken en praten met mensen en dan euh dan zien we wel  
22 weer  
23 A: ze zou bij (naam) in Amsterdam zouden ze even gezien worden  
24 MW: ja  
25 A: [...]  
26 MW: maar goed, zij ervaren het natuurlijk ook een beetje nu, nu die toch wel  
27 redelijk goed is, gaat ze dan nadenken van hoe kunnen we zijn leven  
28 verlengen, want we doen nu toch wel hele leuke dingen met elkaar, eunh,  
29 dus ja daar denken ze natuurlijk heel veel over na. Maar ik vind dat ze  
30 er ontzettend goed mee omgaan. Kun je toch zien wat voor ontwikkeling  
31 deze mensen hebben doorgemaakt van begin tot nu, echt euh bijzonder hoor,  
32 ja heel erg leuk. Dus dat wou ik even melden.  
33 **A 2:** Ok, (naam patiënt) dan  
34

---

35 [onverstaanbaar]  
36  
37 A: (naam patiënt) is naar huis he, was gister de bedoeling?  
38 A 2: vertel (naam patiënt)  
39 Mw: is een meisje met nieuwe [...] die gister naar huis is gegaan, vanochtend  
40 weer op de polie moest euh verschijnen. Euhm, ik heb moeder nou een paar  
41 keer gesproken, nou moeder heeft ADHD en een aantal kinderen, alle  
42 kinderen heb zeg maar ADHD, de jongste niet, die is nog heel jong en die  
43 heeft allerlei allergieën, dus daar is ook van alles mee. Maar goed ik  
44 krijg nu wat meer, toch wat meer euh inzicht in euh in dit gezin zeg maar  
45 en euh nou het is wel heel erg ingewikkeld qua communicatie, want moeder  
46 regelt eigenlijk alles terwijl ze dat eigenlijk niet zou moeten doen. Dus  
47 daar heb ik het in het volgende ook weer over gehad, want eigenlijk kan  
48 ze dat helemaal niet aan, ze krijgt veel te veel informatie en euh nou ze  
49 heeft het gewoon niet op een rijtje. Er is niemand momenteel die dat voor  
50 haar kan overnemen zeg maar, dus ze is heeeeel euh overspannen en grijpt  
51 iedereen bij de euh kladden zeg maar eu euh om informatie te vergaren,  
52 noem maar op. Nou rondom euh het ziektebeeld, daar had ze wel een heel  
53 goed gesprek met de familie mee gehad, dat gaf haar wel veel meer rust,  
54 dus daar kon ze over praten, dat beeld van oh het komt niet goed, mn kind  
55 gaat dood, dat euh, dat speelt nu niet meer zo. Dus daar heeft ze wel een  
56 stuk rust in gevonden, maar voor de rest hoe het allemaal thuis moet, nou  
57 daar komt ze echt alleen in om, dus ik heb met haar afgesproken dat we  
58 toch een soort van werkplan gaan opstellen samen met haar, van ook hoe we  
59 haar moeten benaderen zeg maar, maar ook hoe we (naam patiënt) moeten  
60 benaderen, want euh die paar uur dat ze thuis zijn geweest, is het dus  
61 ook hélemaal niet gegaan. (naam patiënt) die heeft euh, nou euh die was  
62 echt euh ontzettend agressief geweest gister, en toen dacht ik ook even  
63 in het begin van nou ja moeder kan je met een korreltje zout nemen maar  
64 als ik haar dat helemaal uit laat vertellen dan is dat toch wel akelig  
65 heftig. Echt euh duwen en schoppen en slaan en euh, dus ja, wat is wat  
66 bij dit meisje. Dat is natuurlijk wel een beetje ingewikkeld en euh  
67 RVP: ze heeft ook wel gedrag wat wij niet hebben gezien  
68 Mw nee en wat moeder ook niet van haar kent  
69 RVP: nee  
70 Mw want het is een heel bescheiden euh bedeesd meisje eigenlijk, maar is dit  
71 nu die prednison euh, hè zo van euh doet dat nu zoveel met haar? Dat euh,  
72 dat kan bijna niet, want dit was wel heel vreemd gedrag, maar ze vertelde  
73 dat dokter (naam), de kinderpsychiater, die kent haar dus ook he? Vanuit  
74 Acare. Dat is natuurlijk ook één van ons euh degene die hier euh, die is  
75 van de week ook bij haar geweest. Ik dacht misschien moet die ons ook  
76 daar een beetje bij helpen van wat euh hoe we dan met haar euh moeten  
77 aanpakken.  
78 AA: wat hij zei is dat ze voornamelijk veel behoefte heeft aan duidelijkheid  
79 en structuur  
80 Mw: ja

81 AA dus dat je gewoon dingen moet aankondigen, en je daar aan moet houden, en  
82 als de dingen onverwachts komen, opeens wordt ze geprikt of opeens  
83 gebeurt er dat en dat en dat vindt ze heel vervelend en dat kan ze ook  
84 gewoon niet aan. Dat was zijn advies

85 Mw: ja, maar dat is

86 A: dan heb je haar te pakken natuurlijk, als je structuur biedt

87 mw: ja precies, maar goed, dat is natuurlijk heel, dat is makkelijker gezegd  
88 dan gedaan, want die structuur die gaat bij haar zo ver die kun je haar  
89 niet bieden, want moeder zegt wij hebben een heel gestructureerd leven.  
90 Maar zij gaat daar zo ver in momenteel, dat euh bij binnenkomst hier haar  
91 eerste broodje dat ze hier kreeg was met paté en nu in het ziekenhuis  
92 moet ze paté, alleen maar paté. En thuis eet ze nutella en dat, daar zit  
93 helemaal niks tussenin zeg maar. En dat is ook met he euh [?] dragen, dat  
94 is euh, met kapjes, dus dat moet het met een kapje. En alles wat, dus  
95 alle dingen die de eerste keer zijn gebeurd daar houdt ze helemaal aan  
96 vast. Dus dat gaat best wel heel erg ver. En moeder heeft heel erg het  
97 idee dat, dat alles wat haar euh wat dan dus niet overzichtelijk meer is,  
98 dat ze dat op haar heel erg afreageert. Ja dat is natuurlijk gebruikelijk  
99 en dat is in combinatie met die prednison

100 MW: ja, is het wel heel erg euh

101 RVP: zeer compleet

102 MW: ja!

103 AA: [...] niet gehoord, want zij had eigenlijk vrijdag al naar huis ontmoeten en  
104 toen is ze het weekend gebleven omdat moeder het nog niet aankon thuis,  
105 maar ik heb ook de indruk dat ze een beetje boos is op moeder, omdat ze  
106 door haar niet naar huis kon. Speelt dat ook mee? Of.

107 Mw: (naam patiënt)?

108 AA: ja

109 MW: nee

110 AA: Omdat ze thuis zo ontspoord is en dat bij ons eigenlijk nooit heeft  
111 gedaan. Dat ze nu eenmaal thuis zijn en dat ze dan niet kan stoppen ofzo?

112 Mw: nee, moeder had wel 't idee dat ze euh dat zij euh voor zover ik een  
113 beetje in haar hoofd kan kijken, heb ik wel t idee dat ze euhm dacht dat  
114 als ik naar huis ga dan euh is het weer als vanouds. Een beetje alsof de  
115 ziekte dan ophoudt zeg maar, en dat dat heel erg, want haar HB was dus  
116 ook veel te laag, ze krijgt dan nu een bloedtransfusie, maar ze heeft  
117 zich waarschijnlijk ook helemaal niet lekker gevoeld gister. He, en met  
118 twee andere kinderen dus ze was, het was niet zoals het thuis altijd was.  
119 En dat bleek een beetje aan moeder, want die denkt dat ze daardoor euh  
120 dacht van euh, het idee had van ik ben echt ziek dit gaat niet weer over,  
121 ook niet als ik thuis ben. Dus ik kan niet naar school, want ze wilde  
122 gistermiddag eigenlijk al naar school, dus ze heeft heel erg behoefte om  
123 die draad weer op te pakken, ja en dat gaat niet, want ze voelt zich niet  
124 lekker.

---

125 RVP: Maar moeder dus ook niet. Jij zei dat zij vanmorgen bij de poli een brief  
126 bij haar had, dat alles niet goed en niet geregeld was, dat ze allemaal  
127 niet wist hoe het moest.

128 Mw: ja

129 RVP: terwijl ze een weekend langer is gebleven om alles aan te leren en dan  
130 komt ze thuis en dan is voor haar de structuur en de [...] tevens ook weg.

131 Mw: ja, nou ja, ze zei inderdaad wel van er was een plan dat ik in weekend,  
132 dat er van alles aan haar uitgelegd zou worden en volgens haar is dat  
133 niet gebeurd. Dat er geen

134 A: maar laten we nou vooral niet focussen op [...]

135 RVP: nee

136 Mw: daar gaat het ook niet om

137 A: [...] euhm, en dat is dus echt absoluut onzin, euhm we moeten ons als  
138 hulpverleners niet laten leiden door dit soort verhalen, want dr is, er  
139 zijn heel nadrukkelijk afspraken met deze moeder gemaakt. We hebben  
140 uitvoerig met haar gesproken

141 Mw: ja

142 A: er is precies uitgelegd wat de bedoeling was

143 MW: ja

144 A: euhm, in het weekend is het continu aan de orde geweest. En als die  
145 moeder dan dus zegt vervolgens, er wordt geen aandacht aan geschonken en  
146 dat en dat wordt niet geregeld, dat is absolute onzin, want ik bedoel,  
147 ben er dit keer gewoon zelf bij geweest

148 MW: maar dan is het blijkbaar

149 A: alle dagen

150 MW: ja

151 A: dus, dat is gewoon niet zo

152 MW: dat is zo en daar zijn we vanochtend verder ook helemaal niet op  
153 ingegaan, zo van nou ja ok dat euh

154 A: nee, maar het gevaar dreigt een beetje dat je dus zeg maar euh dat als  
155 iemand zo op de poli komt, met dat verhaal dat je daar dus in meegaat en  
156 dat ze vervolgens bevestigd wordt in haar eigen gedrag

157 MW: ja

158 A: het liefst had ik haar vrijdag naar huis gestuurd, want ik kon al  
159 voorspellen, bij wijze van spreken, dat het in 't weekend gewoon weer  
160 precies hetzelfde ging en

161 RVP: ja

162 A: en als we haar gister niet naar huis gestuurd hadden dan was ze hier nog  
163 twee weken geweest

164 RVP: ja

165 A: want die moeder die

166

167 (A en MW praten door elkaar)

168

169 A: kun je ook niks aan doen!

170 Mw: nee maar dat is wel een self fulfilling prophecy natuurlijk

---

171 A: misschien moeten we, ik wed dat je samen met die meneer, die collega  
172 (naam) om te kijken hoe hoe los je dat nou samen op, want die twee vaders  
173 die euh die zijn volgens mij alleen maar voor sightseeing daar  
174 MW: ja ja  
175  
176 (deelnemers praten door elkaar)  
177  
178 MW: daar heb ik haar vanochtend ook naar gevraagd, jij geeft duidelijk aan  
179 dat je dat niet kunt, wie wordt dan de derde persoon daar bij jullie? Ja  
180 die is er niet. Ik zeg, dat moet dus, want euh, he één van, en dan haar  
181 partner natuurlijk eigenlijk, want die euh  
182 [...]  
183 A: die biologische vader die zat bij het gesprek, en die heeft geloof ik  
184 twee woorden gezegd en zat verder maar rond te kijken  
185 MW: ja  
186 AA: [...]  
187 RVP: maar moeder is daarin ook heel dubbel, want aan de ene kant kan zij dus  
188 geen overzicht en structuur houden, maar ze laat het niet toe dat anderen  
189 dingen regelen. Want als stiefvader er eens moet zijn dan moet zij gebeld  
190 worden als er wat is, als de biologische vader er is moet zij gebeld  
191 worden als er wat is. Dus dat is ook dat ik denk van zij moet ook  
192 accepteren dat ze dingen gewoon uit handen moet geven. Maar omdat ze 't  
193 niet kan, of dat ze hulp moet vragen.  
194 A: dan is ze dus kennelijk [...]  
195 AA: aan die stiefvader, want die, daar wonen ze bij zeg maar  
196 RVP: ja precies  
197 AA: de biologische vader zien ze één keer in de twee weken, dat is leuk dat  
198 die meedoet, maar daar heeft ze niet zoveel aan  
199 [...]  
200 MW: en wie is er dan vanochtend weer bij, dat is hij. Dat is de biologische  
201 vader  
202 AA: dat is op zich wel wat ik hier lees  
203 MW: en daar heb je helemaal niks aan  
204 AA: maar ik was op de afdeling bij [...] adequaat dat wel begreep zeg maar  
205 MW: ja tuurlijk  
206  
207 (deelnemers praten door elkaar)  
208  
209 MW: voor (naam patiënt) is dat dan prima, maar voor dit gebeuren hebben we  
210 daar niks aan  
211 AA: [...] thuis de manager  
212 MW: precies  
213 AA: en dan moet moeder dat dus eigenlijk aan hem overgeven, maar dat kan ze  
214 dus eigenlijk helemaal niet  
215 RVP: en dat moeder toestaat [...] en die moet ook weten [...]



216 MW: ja maar goed, wie heeft, wie biedt die hulp, nu, dat wil ze nu. Dus ik  
217 zeg steeds tegen haar 'dat kan nu niet'. Dat heeft tijd nodig voordat  
218 dingen georganiseerd zijn

219 RVP: neeh, de Thuiszorg is heel concreet, die is er vanaf vandaag, bedoel  
220 MW: nee, die is er niet vanaf vandaag, nee, want die hebben haar gebeld en  
221 dat is dat kinderthuiszorg en die moeten eerst de verwijzing naar  
222 RVP: nee, we hebben geregeld dat euh dat ze vanaf vandaag zouden komen, dat  
223 staat op de rit dat weet ik honderd procent zeker.

224 MW: de andere, een reguliere Thuiszorg?

225 RVP: ja

226 MW: oh de reguliere

227 RVP: ja

228 MW: ok, die zou natuurlijk nu wel kunnen komen, ja ja ja

229 AA: en heeft moeder ook begeleiding? Heeft die een psychiater?

230 RVP: ja ja

231 MW: [...] doe je natuurlijk ook niks aan, dat is euh, nou ja

232 A: veel andere opties zijn er natuurlijk niet

233 AA: nee

234 A 2: want moeder zal moeten leren [...] die zal moeten leren inderdaad iets af  
235 te staan aan een ander, aan stiefvader bijvoorbeeld die waarschijnlijk  
236 niet kan managen, maar dan zal moeder wel [...]

237 A: kijk, willen wij niet de hele dag bezig gehouden worden

238 RVP: ja

239 A: zal die moeder toch leiding moeten geven en dat moeten accepteren

240 A 2: en dat gaat niet vanuit ons, maar dat zal ze, ja, in haar eigen circuit  
241 moeten zoeken. Dat zij een psychiatrische patiënt is [...] en dan  
242 stiefvader weer in de rol van euh de manager van de dag

243 MW: ja, nou ja, ik heb nog wel gezegd die psychiater moet maar weer een  
244 afspraak mee komen, en ook met kids at home, die stonden al op de stoep  
245 toen (naam patiënt) werd opgenomen. Vanuit acare ook, voor de begeleiding  
246 van deze twee kinderen zeg maar thuis.

247 A: die moeten dit dan toch ook zien?

248 MW: hm?

249 A: die moeten dit dan toch ook zien? Dit probleem?

250 [...] ...

251 MW: ja, nou ja die kwamen voor het eerst op de dag dat (naam patiënt) naar  
252 het ziekenhuis ging, die zijn nu euh naar huis gegaan.

253 (gelach)

254 A 2: tot nadere orde

255 MW: ja, maar goed dat euh middelste meisje was ook al aardig euh, die  
256 ontspoorde ook al aardig op dit moment

257 RVP: maar zij hebben ook een persoonsgebonden budget al

258 MW: daarvoor

259 RVP: ok

260 MW: onder andere

---

261 RVP: ok, ik wou zeggen want in hoeverre kunnen we daar dan op dit moment  
262 gebruik van maken dat ze daar mensen voor inhuren

263 MW: nee, dat kan niet

264 RVP: nee

265 MW: maar goed, daar is die kinderthuiszorg mee bezig. Dus die ga ik vanmiddag

266 MW: Ik zal nog wel even bellen daarover

267 AA: [...] dat is dan nu toch een oplossing?

268 RVP: ja maar die komen niet een paar uur per dag, die komen 's morgens

269 MW: in en uit he

270 RVP: en die gaan met haar de dag doornemen hoe je het moet doen, met  
271 medicijnen geven, maar goed. Ik weet niet of dat genoeg is op dit moment.

272 A 2: en zij kunnen niet twee of drie keer per dag komen, als die medicijnen  
273 [...] wat is dan nou het probleem? Kan ze het niet meer overzien?

274 [...]

275

276 A 2: he die stiefvader zou de avond kunnen doen natuurlijk

277 AA: ik weet niet of dat alleen het probleem is, want ze maakt zich ook, wat  
278 moet ik ze koorts heeft, wat moet ik, weet je dat soort dingen. Het is  
279 niet alleen de medicijnen.

280 A 2: maar dat zijn [...] stiefvader toch?

281 MW: ja die is deze week nog thuis, maar die moet maandag weer aan het werk

282 A 2: maar dan hebben we 't voor deze week toch opgelost zo?

283 MW: ja nou, voor deze week is er iemand in huis. Vrijdag komen ze weer hier,  
284 dus dan euh

285 A: [...]

286 MW: de stiefvader

287 A: was de stiefvader ook mee op de poli?

288 MW: nee

289

290 (deelnemers praten door elkaar)

291

292 MW: maar goed dat is ook een, dat is een ander probleem dat werk van de vader  
293 daar moeten we ook nog wat mee, want die is onmisbaar zeg maar he dus  
294 euh. Ja die is computerprogrammeur als enige binnen dat bedrijf, en de  
295 grootste klant zeg maar dat doet hij. Dus als hij niet werkt dan komt er  
296 ook geen geld voor dat bedrijf binnen. Dus die baas die wil hem helemaal  
297 geen vrijheid geven. Dus daar komt hij hoe dan ook mee in de problemen,  
298 want ik zie het niet gebeuren dat die man vanaf volgende week gewoon weer  
299 vijf dagen in de week euh aan het werk is met zo'n situatie thuis. Dan  
300 ben je binnen de kortste keren overspannen denk ik. Maar goed daarom heb  
301 ik hem euh verwezen naar (naam) van de VOKK, dus die gaan wij euh voor  
302 hem bellen en kijken of die kunnen bemiddelen tussen

303 A: ik denk dat we voor een deel moeten kijken of de hulpverleners [...] niet  
304 zoeken buiten ons, want dit heeft maar zeer ten dele te maken met de  
305 leukemie van (naam patiënt) en ik denk dat dit een heel erg resistent  
306 gebeuren is waarbij [...] voordat wij nu

---

307 MW: nou, als gezin draaien ze goed!  
308 A: nou ja  
309 MW: ik denk dat dat ook wel weer  
310 A: [...]  
311 MW: nou ja  
312 A: [...]  
313 MW: die indruk krijg ik niet, de problemen waren er wel  
314 A: dat zou ik zeggen  
315 MW: ja tuurlijk, maar ze waren natuurlijk wel euh  
316 RVP: er is nu een storing in het evenwicht  
317 MW: ja ja  
318 A: jawel maar  
319 RVP: en die wel hersteld worden  
320 A: maar dat bedoel ik, dat dat is dus zeg maar voor een deel herstel wat  
321 niet per se leukemie gebonden is. Dat bedoel ik te zeggen  
322 RVP: nee, maar dit is [...] leukemie van (naam patiënt)  
323 A: ja  
324 RVP: (naam patiënt) heeft in die zin de de verstoring veroorzaakt  
325 A: maar we moeten oppassen dat alle hulpverlening nu vanuit het ziekenhuis  
326 op dit gezin richt. Dat is het punt  
327 RVP: ja  
328 A: er was ook al hulpverlening voor het gezin, er is een verstoorde  
329 RVP: ja ja  
330 A: factor, maar we moeten nu niet in de euhm mening verkeren dat wij dan nu  
331 opeens de hulp voor dat gezin moeten overnemen  
332 RVP: nee  
333 A: want dat dat maken wij niet waar, en het is ook niet goed, want het  
334 RVP: nee  
335 A: gezin moet ook verder. Straks is (naam patiënt) genezen  
336 RVP: maar dan moeten wel degene die er zijn euh  
337  
338 (deelnemers praten door elkaar)  
339  
340 RVP: dat ze nu ook even acute hulp nodig hebben om het weer op de rit te  
341 krijgen.  
342 [...]  
343 RVP: eerst wat intensiever en dan kan het weer gewoon  
344 MW: na ja, op zich is dit een bekend gegeven, dat na een aantal weken euh de  
345 balans altijd weer meer hersteld natuurlijk, alleen dit is allemaal,  
346 wordt allemaal heftiger ervaren. Precies, dan euh dat hij euh  
347 **A 2:** Maar is dan nu niet gewoon de gedachte van goh die stiefvader moet weten  
348 dat ie dat de hele week moet opknappen en die thuiszorg moet gewoon  
349 kijken wat ze daar van vinden. Er moet voor volgende week een plan klaar  
350 liggen met de Thuiszorg en ik denk dat het ziekenhuis voor moeder daar  
351 ook een rol in kan spelen. Dan zal ze dat ook zelf moeten willen.  
352 MW: maar de psychiater van (naam patiënt)

353 A: [...]  
354 MW: de psychiater van (naam patiënt), is het, moeten we daar iets mee? Wie  
355 weet dat toevallig?  
356 AA: die weet het en die heeft volgens mij geen nieuwe inzichten, behalve dat  
357 het belangrijk is dat ze die structuur zoveel mogelijk creëren  
358  
359 (deelnemers praten door elkaar)  
360  
361 RVP: ze hebben asperge, ja, nou dat is leuk he?  
362 MW: Want daarin voorzie ik voor (naam patiënt) nog wel problemen, als dit  
363 zich, zo door blijft gaan dan euh [...]  
364  
365 [onverstaanbaar]  
366  
367 A: misschien moeten we  
368 AA: dat is ook slim euh, een sociaal ook niet zo'n heel sterk iemand zeg maar  
369 die ook best wel een afspraak kan hebben [?]  
370 A: (naam arts) zou één keer in de week met één van deze twee mensen contact  
371 moeten hebben en [...] zowel met moeder als stiefvader aan de praat, met  
372 mensen die gewoon (naam patiënt) echt dagelijks meemaken.  
373 MW: ja, en eigenlijk  
374 A: nee en als ik dit nu zo hoor dan is dat misschien wel belangrijk, dat euh  
375 MW: ja  
376 A: want die moeder brengt dus dingen toch op een ruime manier op, zoals  
377 altijd natuurlijk  
378 MW: ja ja  
379 Nou, en ik herken dit ook wel een beetje van, bij (naam patiënt) was dit  
380 ook zo. Dit euh type moeder zeg maar euh ga je, gaat iedereen inderdaad  
381 heel hard rennen, maar hun eigen netwerk doet dat niet, leunt dus  
382 blijkbaar achterover bij zo'n type  
383 A: maar dat probeer ik ook te zeggen, we moeten oppassen dat we dus niet  
384 alles overnemen van ze  
385 MW: nee nee, en het iets tussen haar en ons wordt,  
386 terwijl haar eigen netwerk, ja waar die zijn dat is helemaal onbekend. Ja  
387 zij zegt dat het er niet is maar, dat geloof ik niet helemaal. Ik denk  
388 dat [...]  
389 RVP: dat denk ik eerder ja  
390 MW: ja, goed nou  
391 A: (naam patiënt)  
392 MW: dat is een nieuwe patiënt  
393 A: is een jongen met de ziekte van Kroon die euh al tijden daarvoor  
394 behandeld wordt ennuh die nu dus ja, lymfklier (?) heeft [...]op basis van  
395 (?) geholpen is zeg maar, en die op de rand staat van een kwaadaardige  
396 vorm, dus euh die wordt nu in kaart gebracht. [...] induraal (?) is  
397 gestopt, zullen waarschijnlijk in hoge [...]. Met deze bewoording heeft de  
398 arts dat vrijdag met de mensen en met (naam patiënt) zelf besproken

---

399 MW: hoe oud is hij?  
400 A: hij is een jaar of zestien.  
401 A 2: hij is zestien, of bijna zestien.  
402 A: en die jongen is er echt heel beroerd aan toe, maar dat komt niet alleen  
403 door deze aandoening hoor, ik denk dat [...] zwak was  
404 ?: maar is dit als gevolg van die behandeling?  
405 A: nou van de afweer, de onderdrukking en de [...] daar kun je dus op een  
406 gegeven moment mee verder gaan en dan krijg je dus dit soort beelden.  
407 ? ja  
408 A: [...] en dat wordt nu nog verder onderzocht.  
409  
410 [onverstaanbaar]  
411  
412 ? heeft hij al lang de ziekte van kroon?  
413 A: kroon? Ja dat zal ie al heel lang hebben denk ik  
414 MW: chronisch  
415 A: dat weet ik eerlijk gezegd niet zo uit m'n hoofd, maar die jongen is  
416 gewoon ondervoed, ligt dus ook aan de sondevoeding [...] chemotherapie,  
417 maar ik vind op zich wel dat het een vrij sterk geheel is als ik vrijdag  
418 zo met ze sprak. Vader en moeder en ze zijn natuurlijk altijd behoorlijk  
419 euh bepakt en gemazeld, zo stonden ze er ook wel in  
420  
421 ?: [...] reductieplan, dat is alleen de reductieplan?  
422 A: voorlopig is het alleen de reductieplan [...]  
423 ?: plastisch zal hij er niet van worden (?)  
424 A: nou ja [...]  
425 A: kan geen kwaad denk ik  
426 [...]  
427 A 2: ok! (naam patiënt)  
428 MW: (naam collega) wou alleen even weten wat euh, wat hij nu had, dat is nog  
429 niet bekend zei je?  
430 AA: hij heeft een ceminoom [...]  
431 MW: hoe noem je dat?  
432 AA: een ceminoom, kiemceltumor,  
433 MW: oh kiemceltumor  
434 AA: kiemceltumor, en hij krijgt euh [...]  
435 AA: vrijdag is met de ouders gesproken met een tolk en euh wij hebben gister  
436 weer met ze gesproken, volgens mij is het allemaal vrij duidelijk  
437 overgekomen.  
438 A: [...]raar vindt, die vader spreekt ook een behoorlijk woordje Nederlands  
439 ? ja  
440 A: die begrijpt [onverstaanbaar]  
441 MW: en (naam patiënt) is daar bij geweest?  
442 A: (naam patiënt) is in tweede instantie bij dat gesprek geweest, zijn vader  
443 had ervoor gekozen om vrijdag eerst zelf [...] we wilden het hem ook zelf  
444 vertellen dus hebben we maandag een vervolgesprek ennuh [...]

---

445  
446 (deelnemers praten door elkaar)  
447  
448 ? : nee ik wou net zeggen, ik heb hem gister ook gezien en hij is er wel  
449 achter gekomen.  
450 A : ja, ja en aan de andere kant begrijp hij misschien toch wel meer dan we  
451 denken hoor.  
452 MW : maar heeft hij een aandoening of iets dergelijks?  
453 AA : dachten ze, maar er is nooit iets aangetoond  
454 MW : oh  
455 AA : [...] ennuh  
456 MW : ja ja  
457 AA : er is nooit iets bewezens  
458 MW : er is wel onderzoek naar gedaan volgens de ouders  
459 AA : ik heb gister even met de huisarts gesproken en wat er scheelt, moeder  
460 heeft euhm haar vorige kind verloren, die was toen nog maar een paar  
461 dagen oud ofzo, het is altijd al een beetje haar angst geweest dat dit  
462 kind nu ook euh wat kreeg zeg maar, dus in die zin is ze wel héél  
463 PM : moeder heeft een hele ongelofelijk verstikkende verhouding met euh  
464 AA : ja  
465 PM : ik was gister voor het eerst op M2 en ik schrok er echt van, maar dan is  
466 dat wel fijn dat je dit soort dingen weet zeg maar, want ze wil hem bijna  
467 voeren, ze smeert zijn brood [...] dus dat wat hij niet heeft wordt meer  
468 aangesproken dan dat wat hij wel heeft. Ik vind het wel belangrijk om dat  
469 even te vermelden, want volgens mij heeft zij iets meer potenties dan wat  
470 wij denken [...]  
471 MW : maar ze was altijd zo [...]  
472 A : daar hadden we het gister ook nog over, he als ie dan thuis kwam wist ze  
473 niet zeker of ze hem wel goed kon voeden, t is ja,  
474 AA : want als er wat was, zelfs met een hoestje, stond ze al bij de huisarts  
475 op de stoep. Altijd al een heel erg zorgenkindje geweest en euh  
476 PM : ja  
477 MW : [...] onderuit?  
478 AA : nee, nee ze weet  
479 ? : hij zit op speciaal onderwijs. ZML, zeer moeilijk lerend  
480 en dr is een oudere zus die euh heel goed nederlands spreekt?  
481 A : ja dat, dat begrijp ik maar met dit soort dingen, even met een tolk in  
482 plaats van een familietolk. Wat hier heel erg speelt is dat vader en  
483 moeder benadrukken dat het woord kanker niet gebruikt mag worden,  
484 kwaadaardig ogend, dan hebben we het over een tumor. Dat moet voorlopig  
485 ook niet veranderen. [...] maar dat geeft wel een beetje aan zeg maar als  
486 je dit ook met de familie ook gaat doen je dus niet meer [...], heel goed  
487 weten wat er wel en wat er niet [...]  
488 PM : maar het is wel zo [...] wij met chemokasper er heen gaan, daar staat  
489 natuurlijk wel alles over kanker en kankercellen in en dat is wel heel  
490 link he? Omdat, ze beslissen, maar vervolgens niet te zeggen wat

---

491 A: ja dat is ook zo  
492 . en en  
493 A: laten we met elkaar afspreken dat bij benadering van de patiënt [...] met  
494 z'n allen, want jij weet het, dan is het klaar  
495 RVP: maar ik denk wel dat hij voorbereid moet worden op zijn chemokuur, ik  
496 weet niet hoe dan, maar.  
497 A: nee precies, maar hij krijgt ook de agendabladen over chemotherapie  
498 RVP: ja  
499 A: en hij zal er ongetwijfeld op een gegeven moment achter komen euhm, het  
500 heeft geen functie om dat nu door te drukken  
501 RVP: nee  
502 A: en daarom heb ik daar ook niet voor gekozen, normaal vind ik dat we dat  
503 een kind dat moeten gaan vertellen  
504 PM: ja  
505 A: maar euh dan moet dat wel functioneel zijn  
506 RVP: en je gebruikt nu andere woorden maar je zegt  
507 A: ik gebruik nu gewoon een tumor, weet je en als dat op dit moment  
508 voldoende is dan euh [...] en dan vraagt ie het zelf en dan zullen we het  
509 niet ontkennen  
510 [...] We zitten hier met zes mensen in een kamer en in Nederland is  
511 gebruikelijk dat alles verteld wordt, [...]  
512 MW: ik vind ook dat we dat moeten respecteren  
513 A: weet je in de summerschools heb ik euh heel vaak discussies daarover  
514 MW: ja  
515 A: met Griekse studenten, met Italiaanse studenten en het is in de Zuid-  
516 Europese landen veel minder gebruikelijk, dat heeft allemaal niks met  
517 religie of wat dan ook te maken, dat is cultuur, dat er minder  
518 gemakkelijk gesproken wordt dan wij zouden doen. Voor een deel zullen we  
519 dat toch moeten respecteren.  
520 MW: ok dan  
521 En zij koppelen dat zelf toch aan, dat als je dat allemaal zo expliciet  
522 benoemd, dat je het kind ook opgeeft zeg maar he, zo wordt dat beleefd  
523 A: ze hebben er een bepaalde gedachte bij  
524 MW: ja ja het was euh, dat ziektebeeld wordt pas als je met de koran naast  
525 het bed gaat zitten dan heeft iedereen in de gaten hoe ernstig het is.  
526 Dat hoeft ook allemaal niet besproken te worden, maar dan wordt met dat  
527 gebaar wel duidelijk. Dat heeft toch wel wat vind ik hoor  
528 A: kijk, die jongen die is volgens mij, die functioneert niet op  
529 vijftienjarig niveau, maar bedoel, als je dan moet uitleggen dat hij kaal  
530 zal worden enzovoorts dan euh gaat die jongen daar natuurlijk over  
531 nadenken en dan komt ie op een gegeven moment zelf erachter  
532 MW: maar waarschijnlijk is dat al voldoende, he als hij kaal wordt dat hij  
533 dan al weet oh dan heb ik dus euh kanker [...]  
534 ?: dan zit het dus zo  
535 A: tja  
536

---

537 (Korte stilte)  
538  
539 **A 2:** ok goed, (naam patiënt) was dat he? (naam patiënt) baby van zeven weken,  
540 verdacht van een neuroblastoom virus.  
541 **MW:** Die ouders heb ik gister gesproken ennuh nou daar heb ik een heel leuk  
542 gesprek mee gehad. Dinsdag, woensdag [...] volgens mij  
543 **A:** dit was ook hun eerste kind he?  
544 **MW:** ja  
545 **A:** vrijdag even vragen uiteraard  
546 **MW:** ja  
547 Ze hebben het goed laten bezinken heb ik het idee  
548 **A:** ja, nou ja we moeten kijken waar we uiteindelijk uitkomen [...]  
549 **MW:** nou het idee van naar huis gaan ennuh afwachten wat die tumor zelf doet  
550 zeg maar, nou dat sprak moeder heel erg aan en vader had echt zoiets van  
551 dat kan niet. (gelach) Dat is voor hun nog wel redenen om [...] wat moeten we  
552 daar eigenlijk van vinden, is dat nou slecht nieuws of is dat nou goed  
553 nieuws en daar gaan ze heel verschillend mee om.  
554 **A:** dat is ook bijna niet uit te leggen,  
555 **MW:** nee  
556 **A:** als het die weg op gaat he?  
557 **MW:** ja  
558 **A:** bedoel, dat heb ik natuurlijk wel gezegd, dat ze moeten weten [...]  
559 **MW:** en zouden ze daar vrijdag mee euh  
560 **A:** het zal wel iets later worden  
561 **A 2:** dan is in principe de boel klaar  
562 **A:** ja ok,  
563 **A 2:** uitslagen er zijn moeten ze nog gekleurd worden  
564 **A:** kijk het is wel zo dat als de botscan positief blijkt te zijn, dan kun je  
565 natuurlijk [...]  
566 **A 2:** ja, als de botscan positief is, maar de CT [...]  
567 **MW:** maar er komen dus nog meer uitslagen deze week  
568  
569 [...]  
570  
571 **RVP:** en dat duurt gewoon een poos voordat dat euh  
572  
573 (deelnemers praten door elkaar)  
574  
575 **A 2:** ok, dat is dan euh (naam patiënt) dan euh hebben we volgens mij alleen (naam  
576 patiënt) nog en (naam patiënt), die is euh in vertraging en die gaat het  
577 waarschijnlijk ook niet halen, euh nou we kunnen [...]  
578 **RVP:** ja nou ik hoor net dat ik hem op de afdeling heb, dus dan hoeft hij  
579 eigenlijk ook niet meer  
580 **A 2:** goed, (naam patiënt) eerst dan maar?  
581 **MW:** ja daar wou ik



---

582 A 2: meisje met ALL MRT, [...] en heeft het beeld, is overgekomen uit Zwolle en  
583 twee weken geleden ongeveer [...] pancreatitis met vochtproducties rondom  
584 de pancreas, daarom heeft ze een tijdelijk [...]

585 MW: en wat hier vorige week naar voren kwam dat zij zo kortaf en moeilijk  
586 benaderbaar is en euh nou he de communicatie met de ouders moeilijk  
587 verliep op de afdeling. Ze wilden van jullie, van de afdeling wel graag  
588 horen hoe dat nu loopt ik heb moeder in ieder geval twee keer euh  
589 gesproken, en ik heb vanmiddag met vader een gesprek en ja daar, wat daar  
590 voornamelijk uitkomt is dat de communicatie bij dit gezin heel moeilijk  
591 verloopt onderling. En dat alleen is al [...] en zij zegt zelf ook van ja  
592 haar man praat gewoon niet, die, ze zei in de familie zit gewoon heel  
593 veel euh, in de familie zit gewoon heel veel ADHD en PDDNOS en autistisch  
594 aanverwant gebeuren, en ze zegt ik denk dat mijn man dat ook heeft  
595

596 (gelach)

597

598 MW: en dat in die tijd dat nog niet gediagnosticeerd werd en ze zegt mijn  
599 schoonvader heeft het ook

600 RVP: en (naam patiënt) heeft het ook

601 MW: ja, dus in die zin euh, een deel kunnen we daarin niet, kunnen we daar  
602 niet zo heel veel euh in veranderen zeg maar, maar goed ik zei van euh  
603 lopen jullie dan zelf ook tegen dingen aan doordat je zo gesloten en  
604 introvert bent, ja zegt ze ik loop daar heel erg tegenaan. Ik ben alleen  
605 maar, ik ben de enige die alleen maar aan het communiceren met iedereen  
606 is, onderling ook! Zij moet tegen haar dochter zeggen wat die tegen papa  
607 moet zeggen en visa versa en als dochter thuis euh kookt dan pakt pa z'n  
608 bordje eten en gaat achter de computer zijn bordje eten opeten en dochter  
609 van vijf zit beneden te eten. Dus, weet je, dat vindt zij ook dat ze zegt  
610 dat is natuurlijk ook niet normaal.

611

612 (gelach)

613

614 MW: maar goed, maar ja, ik zeg ook, ik vind het fijn dat

615

616 (deelnemers praten door elkaar)

617

618 MW: ik zeg dat geeft ons ook wel een beetje inzicht in hoe jullie, hoe jullie  
619 ook als gezin met elkaar omgaan. Dus euh al die dingen die (naam patiënt)  
620 naar jullie bijvoorbeeld doet, ja dat vinden wij niet eens zo vreemd. Dat  
621 botte en dat hakkerige dat doet ze gewoon heel vaak. Want een psychiater  
622 was ook bij haar geweest en dan draait ze zich ook hup ineens zo om en  
623 dan non-verbaal interpreteren wij dat als van euh het gesprek is  
624 afgelopen

625 RVP: ja

626 MW: ik hoeft niet meer met jou te praten. Dus moeder had ook gezegd van joh je  
627 moet nu wel even uitleggen waarom je je zo abrupt omdraait, want hij weet  
628 niet wat er aan de hand is.

629 RVP: nee

630 MW: zij heeft dan gewoon pijn in haar heup en euh moet gewoon verdraaien.  
631 Weet je, zij heeft een beetje onhandig euh gedrag, maar ze voelt zich wel  
632 beter, dus waarschijnlijk gaat het ook wel iets beter met haar, denk ik  
633 he

634 RVP: nou daar hebben we vorige week euh, toen lag ze nog op een  
635 vierpersoonskamer, omdat we zoiets hadden van nou dat is goed voor het  
636 contact, omdat ze heel erg de neiging had om zich op te sluiten. Euh, en  
637 we hadden een dagprogramma opgesteld en toen heeft moeder ook tegen ons  
638 gezegd een vierpersoonskamer is voor haar te druk dan houdt ze geen  
639 energie over om ook nog dat dagprogramma te doen. Dus toen hebben we haar  
640 verplaatst naar een tweepersoonskamer. Zo van nou he dan komen we je  
641 daarin tegemoet, maar dan moet ze zich wel aan het dagprogramma houden en  
642 dat gaat nu eigenlijk wel euh wel een stuk beter. ja

643 MW: de enige tip die ik nog wel wil geven is dat je moeder heel erg moet  
644 stimuleren om te vertellen, om te, echt tijd voor haar nemen, want als je  
645 bij haar in en uit loopt euh, zij, daar is ze gewoon niet assertief  
646 genoeg voor, terwijl ze wel heel graag zou willen. Dus als je voor haar  
647 tijd neemt en vraagt van nou hoe gaat het met je, of kan ik nog wat voor  
648 je doen, dan euh, dan komt ze wel met dingen. Ik denk dat dat de  
649 communicatie wel verhelderd. Nou dat had ik over (naam patiënt)

650 A 2: zo! Ok, nou. (Naam patiënt) tot slot

651 RVP: die wilden wij graag even inbrengen. Nou, een hele voorgeschiedenis.  
652 residief ALL [...] wij hebben euh, er spelen eigenlijk een paar dingen euh  
653 vorige week gaf (naam collega) aan dat er euh vanuit het gezin behoefte  
654 was aan een soort verwerking van euh hoe moeten we dat allemaal oppakken  
655 euhm, daarop aansluitend euh hadden wij zoiets van nou dan moeten de  
656 rollen binnen het gezin weer een beetje duidelijk worden, want op dit  
657 moment nou euh doet vader wat in de verzorging en is euh (naam patiënt)  
658 leunt hij ook heel erg op zijn vader en op z'n en op de rest van het  
659 gezin. Nou ja daar moet eigenlijk meer terug in de verzorgende rol en  
660 vader moet weer vader zijn en moeder moet weer moeder zijn en euh de  
661 zusjes moeten weer zusjes gaan zijn. Die hadden dit weekend hier  
662 geslapen, maar eigenlijk is dat, ja ik merk vanuit ons dat wij dar moeite  
663 mee krijgen. [...] Maar goed, dus die lopen ook met dingen op he die gaan  
664 van [...] die verzorgen die canule en dat soort dingen en dan heb ik zoiets  
665 van ja dat is eigenlijk ook niet de bedoeling. Nee, tenminste ik krijg er  
666 een beetje moeite mee. En als laatste speelt dat (naam patiënt) op dit  
667 moment heel erg aan het hospitaliseren is, of gehospitaliseerd is  
668 eigenlijk al, en nou ja, eigenlijk niet te motiveren is om, om iets te  
669 doen, euhm, hij poept in zijn bed, terwijl wij zoiets hebben van ja  
670 ondertussen kan je best op de po in bed of op de postoel. Euhm, maar dat  
671 doet ie niet euhm, nou, de PM'ers heeft ie geen behoefte aan , school

672 komt er niet euh niet vrij weg omdat ze dat niet willen. Willen we naar  
673 de toekomst kijken of wil ie straks nog naar [?] om te revalideren, dan  
674 moeten er toch ook wel dingen zijn die hij al wel kan. Of in ieder geval  
675 dat hij zich aan afspraken gaat houden. Dus eigenlijk spelen er een hele  
676 hoop dingen nu op dit moment. Het is niet iets wat wat direct in één dag  
677 of in één week op te lossen is, maar ik denk wel dat we met z'n allen  
678 moeten kijken van he waar willen we naar toe. Ennuh, hoe gaan we dat  
679 aanpakken. Ik heb het daar ook met (naam) over gehad en die had zoiets  
680 van nou het speelt inderdaad wel erg in dit gezin van nou de verwerking  
681 van alles wat er is gebeurd en ja, hoe gaan we verder? (naam) heeft  
682 regelmatig een gesprek en zal daar ook een insteek in maken en ook op de  
683 rolverdeling van wie staat nu waar en hoe gaan we het met z'n allen weer  
684 een beetje op de rails krijgen. Euh, en ik heb dus ook aangegeven dat dat  
685 wij heel erg behoefte hebben aan met het gezin, omdat wij ook kleine  
686 dingen hebben toegestaan. Zo van he ze zijn om dingen heen gegaan, maar  
687 dat wij ook weer behoefte hebben aan, aan wat meer duidelijke regels. Van  
688 euh, hoe gaan we met elkaar om en wie zorgt waarvoor en ja. Is het een  
689 beetje duidelijk, of niet?

690 **A 2:** jahaa

691 **MW:** ja!

692 **RVP:** ok

693 **MW:** het verbaasd me niets!

694 **RVP:** nee

695 **A 2:** na al die maanden, zes maanden, zeven?

696 **RVP:** wij hebben ook niet zoiets van we moeten ineens pats boem van alles  
697 veranderen, maar er moet aandacht voor zijn van naja, ten eerste waar van  
698 gaat het om [...] zijn daar contacten over? Want dat werd vorige week  
699 gezegd [...]

700 **A 2:** in ieder geval dat er iets moet gebeuren, want zo kan het natuurlijk niet

701 **RVP:** nee

702 **A 2:** maar hij moet ook nog steeds regelmatig kuren, dus het is wel een beetje  
703 ingewikkeld.

704 **RVP:** ja, nee, maar dan hebben wij meer zoiets van als hij komt, mag hij, kijk  
705 we kunnen niet als iemand die gewoon komt kuren behandelen, want daarvoor  
706 is ie [...] en dat soort dingen, maar we moeten wel weer een beetje terug  
707 naar iets normaler dan dat het nu is.

708 **MW:** ja en (naam collega) spreekt hem morgen ook weer weet ik en ik denk dat  
709 zij dat heel mooi mee kan nemen in het plan wat hun vraag ook is

710 **RVP:** ja

711 **MW:** voor verwerking dat je naar de toekomst. Misschien durven ze wel niet  
712 naar de toekomst te kijken en durft (naam patiënt) dat wel helemaal niet

713 **RVP:** dat was ook zoiets van goh doet hij niets omdat ie ook niet, euh omdat ie  
714 bang is of is t omdat ie bang is om te falen, omdat ie nog maar heel  
715 weinig kan, of dat ie het gewoon niet durft. Ik weet het allemaal niet.

716 Ik denk dat we wel moeten kijken naar wat euh

717 **MW:** maar heeft hij ook psychologische hulp trouwens?

---

718 AA: een psychiater is erbij toch?  
719 MW: oh de een psychiater  
720 AA: hij zal depressief [...] die is vorige week nog geweest. Die vond dat het  
721 beter ging dus die heeft zelfs afgebouwd.  
722 A 2: maar heeft ie daar ook een echte praatgroep bij?  
723 AA: een begeleider  
724 A 2: wat dat betreft niet he? Alleen maar medicatie  
725 AA: ze praten wel met hem dan, maar niet een psychologisch traject zeg maar.  
726 A 2: niet een wat frequentere  
727 RVP: [...] zal die jongen [...]  
728 AA: de psychiater zei, ze hebben het daar wel over gehad, en dat euhm, de [...]  
729 had daar eigenlijk een beetje afwijzend tegenover had gestaan, maar dat  
730 hun indruk was dat het met name de familie was en dat ze het idee hadden  
731 dat (naam patiënt) zelf het misschien wel op prijs zou stellen, maar  
732 vader zei dat ie dat allemaal niet nodig had en het was allemaal  
733 RVP: nee, maar vader is hier  
734  
735 (deelnemers praten door elkaar)  
736  
737 RVP: vader is wel hele bepalende factor in het gezin  
738 [...]  
739 RVP: dat zouden we dan apart aan (naam patiënt)  
740 AA: ja, nou ja (naam patiënt) zegt dan ook van dat, maar waar z'n vader dan  
741 bij is zeg maar en zij hadden de indruk dat als je nou ja (naam patiënt)  
742 euh zelf, aan hem zelf zou overlaten en de druk vader er een beetje af  
743 zou kunnen halen  
744 A: maar dan vind ik dat toch wel bijzonder, dat de kinderpsychiater dat zegt  
745 AA: ja  
746 A: en er vervolgens niet met een jongen van zestien zelf over begint  
747 MW: dat vind ik ook bijzonder  
748 A: dat vind ik professioneel een beetje vreemd, dat je wel constateert  
749 MW: ja  
750 AA: ja ik weet niet precies hoe het zit, ik zal het ze nog eens vragen  
751  
752 (deelnemers praten door elkaar)  
753  
754 AA: [...] maandag?  
755 A: ja  
756 AA: hoe dat nou precies gegaan is  
757 A: je communiceert met dat kind lijkt mij  
758 MW: nou, en ik kan  
759 AA: misschien dat ze wel de indruk hadden, weet ik niet hoor, dat vader vond  
760 dat niet nodig was en dat hij daar een beetje in mee ging zeg maar  
761 A: ja  
762 AA: maar als hij zelf echt kon beslissen, hij kan ook bijna niet zelf  
763 beslissen, omdat vader er ook altijd wel bij is zeg maar. Onder druk [...]

---

764 ? [...]

765 AA: ja precies, dat het zoiets was, ga ik nog eens even navragen

766 MW: maar hij heeft toch geen, als hij met (naam patiënt) praat is vader daar  
767 toch niet bij?

768 AA: nee, maar ik bedoel

769 MW: ooh

770 AA: vader is natuurlijk wel altijd aanwezig

771

772 (deelnemers praten door elkaar)

773

774 AA: dus dat is daarom moest twijfelen. Weet je, als vader de hele tijd blijft  
775 zeggen, dat heb je niet nodig, heb je niet nodig, dan moet je wel sterk  
776 zijn om te zeggen ja maar ik wil het wel.

777 MW: ja

778 A: maar, in principe moet dat wel een keer lukken

779

780 (deelnemers praten door elkaar)

781

782 MW: maar met zo'n IC ervaring, vreselijk

783 A 2: misschien ben je ook wel bang gewoon

784 MW: maar hij is ook op z'n minst wel lichtelijk getraumatiseerd lijkt mij, ja

785 PM: hij heeft met geen enkel iemand een band [...] elke keer zeggen dat lukt  
786 niet

787 MW: misschien moet je dat wel even héél erg stimuleren

788 A 2: zullen we [...]

789 RVP: nee want de vraag van ons, mogen we, mogen we aan hem trekken, van hoe  
790 belastbaar is ie, zowel lichamelijk als en ja dus ook geestelijk. Maar  
791 dat moeten we dan donderdag bespreken

792 MW: donderdag

793 A 2: nu donderdag?

794 [...]

795 RVP: maar goed, weet niet of jij nog contact hebt met die psychiater dan?

796 AA: dat zal volgende week wel weer

797 RVP: van ja mogen we in die zin ook aan hem gaan trekken, eisen gaan stellen,  
798 dat ie zich aan dingen moet gaan houden, dat we zeggen van school komt  
799 gewoon. Dat ie PM'ers afhoudt, ja dat is een keuze en dan zijn alle  
800 ouders en kinderen vaak vrij in. Maar goed, op een gegeven moment is dat  
801 nog steeds euh

802 A 2: maar (naam docent) zou toch ook al, als hij een beetje op deze manier met deze  
803 ouders gaat praten en zijn toekomst komt in beeld he dan is het toch heel  
804 logisch dat, dat hebben we eerder ook wel eens gedaan, uiteindelijk leidt  
805 dat tot [...]

806 RVP: ja

807 A 2: en als die ouders zich dan opstellen van (naam patiënt) wat moeten we  
808 doen. Ook al is het maar een begin met weet ik wat voor neutraal en dan  
809 is dat toch al iets

---

810 MW: nou en desnoods, als (naam collega) er niet veel euh gehoor bij krijgt je  
811 dan eens een rond de tafel gesprek organiseert met die ouders  
812 Dat je gewoon echt aan tafel zegt hoe de zaken zijn ennuh  
813 RVP: en dat heb ik ook met (naam) besproken, zo van zij gaat morgen eerst een  
814 gesprek aan en dan, afhankelijk van dat gesprek gaan we kijken of wij om  
815 de tafel moeten of dat (naam collega) [...]  
816 A 2: ok, nou dan hadden we t he?  
817 MW: ja, dacht het wel

---

## Opname 10: 07.05.23 15.00 - Overdracht

**Rvp:** regieverpleegkundige

**Vp1:** verpleegkundige 1

**Vp2:** verpleegkundige 2

Etc.

### Deel 1

- 1 [...]  
2  
3 Vp1: En toen is gister voordat deze kuur weer is gestart, voor de LP's van  
4 gister naar de [onduidelijk] geweest.  
5 Vp2: Ja  
6 Vp1: Die heeft 'm getest, of ie goed liep, enneh, ze hebben ook gekeken  
7 Vp3: Kan ie ook alweer [onduidelijk] Oh nee, hij heeft ALL, ik ben even in de  
8 war  
9 Vp1: Ja hoor  
10 Vp3: Ik ben [naam patiënt] aan het lezen  
11 Vp2: Goh  
12 Vp1: [naam patiënt] komt straks  
13 Vp3: Ja  
14 Vp3: Nou. Ok  
15 Vp1: Kan zijn dat niet alle eh... alles wat ie gedronken heeft genoteerd eh  
16 Vp3: Dat zal ik nog even vragen  
17 Vp1: En dan... Had ik, [naam patiënt]  
18 Vp3: Ja  
19 Vp1: [achternaam], eh,  
20 Vp3: Die ben ik aan het lezen  
21 Vp1: Die heeft een miduleblastoom  
22 Vp3: Ja  
23 Vp1: Achterste schinnenhoeve  
24 Vp3: Hm-m  
25 Vp1: Die eh, heb ik net eh, een kuur aangehangen. Om drie uur  
26 Vp3: Ja  
27 Vp1: Of ja, kwart over drie, twintig over drie  
28 Vp3: Hyperhydratie loopt nog he?  
29 Vp1: Nee  
30 Vp3: Niet?  
31 Vp1: Die heb ik gestopt  
32 Vp3: Die moet toch wel lopen?  
33 Vp1: Die moest gestopt tijdens de  
34 Vp3: Oh ja, ja,  
35 Vp1: Die moet nog per twee weer eh lopen  
36 Vp3: Ja, klopt, excuus, ja, doen we zo nog de cyclo en dan de hyperhydratie

---

37 Vp1: [onduidelijk]  
38 Vp3: Ja, das goed  
39 Vp1: Opa is eh, bij hem, moeder is even naar huis, moeder komt vanavond weer  
40 Vp3: Hm-m  
41 Vp1: En hij is af en toe is ie d'r wat misselijk van  
42 Vp3: Ja  
43 Vp1: Bij de volgende kuur moeten we van te voren dexa geven, maar dat eh..  
44 Vp3: Ok  
45 Vp1: Heeft nu geen zin meer  
46 Vp3: Nee, nee dat is te laat  
47 Vp1: Hij spuugt af en toe, hij heeft continu sondevoeding  
48 Vp3: Ja. Dus niet die bolussen eh..  
49 Vp1: Nee  
50 Vp3: Dat lukt nu niet  
51 Vp1: Nee  
52 Vp3: Hoe hard loopt z'n sondevoeding?  
53 Vp1: Hij staat op 35 per uur  
54 Vp3: En moeten we dat nog op eh?  
55 Vp1: En dat heb ik zo eh gelaten  
56 Vp3: Ja  
57 Vp1: Want het is een beetje raar gegaan want eh, eigenlijk was het de patiënt  
58 van [naam collega]  
59 Vp3: Hm-m  
60 Vp1: En toen heb ik hem vanochtend overgenomen  
61 Vp3: Ja  
62 Vp1: Dus ik heb de sondevoeding ook zo laten staan  
63 Vp3: Ja  
64 Vp1: Maar eh... even kijken bij z'n totale vocht dan  
65 Vp3: Nou ja hij hyperhydreert straks  
66 Vp1: Hij krijgt natuurlijk zo eh... 't infuus wel  
67 Vp3: Ja... Dat is goed. Ik kijk wel er even naar  
68 Vp1: Ook omdat ie eh wat spuugde. Ook die eh, met eh magnesium eh gluconaat  
69 dat geven we ook eh in fases, want  
70 Vp3: Ja. Ok, doe ik dat ook wel  
71 Vp1: Ja  
72 Vp3: Ja  
73 (.)  
74 Vp1: Beetje rommelig  
75 Vp4: Nou [onduidelijk]  
76 Vp1: Ik ga even kijken eh, ja, nee, ik ga even kijken of een eh spuitpomp eh,  
77 oh hier. Jaha?  
78 Vp2: Is goed  
79 Vp4: Moet ik daar even naar kijken? [...] die dingen bestellen  
80 Vp1: En die moeten besteld  
81 Vp5: Ik zit heel even op je plek hoor [onduidelijk]  
82 Vp6: Ja hoor, doe maar hoor



---

83 Vp1: Weet niet of die al op haar kamer hangen, heb ik niet op gelet  
84 Vp4: Nee daar ga ik even naar kijken en anders in de berghok  
85 Vp1: In het berghok, ja  
86 Vp4: Kijken of er eentje staat  
87 Vp1: Ja  
88  
89 [onduidelijk]  
90  
91 Vp5: Zo  
92 Vp6: Jeetje, wat heeft die [naam patiënt] een heftige kuur zeg  
93 Vp7: Twee LP's, drie  
94 Vp3: Dat schiet niet op  
95 Vp7: En zeven dagen kuren  
96  
97 [onduidelijk]  
98  
99 Vp3: [naam patiënt] heeft ook flink met koorts te kampen  
100 Vp7: Weet, ik weet dat niet. [naam vp], wil jij [naam patiënt] even aan mij  
101 overdragen?  
102 VP5: Ja. Want?  
103 Vp7: Nou want ik denk anders verdeel ik de piepers even maar nu ga ik jou  
104 eerst even  
105 Vp5: Oh nee hoor toe maar want ik schrijf even  
106 [gemompel]  
107 (.)  
108 Vp7: Ach ja, [onduidelijk] moet ik dus even doen?  
109 Vp6: Ja, of je vraagt [naam vp], op kamer 4 met die eh die zit vlak bij  
110 telefoon, of niet, is dat eh  
111 Vp7: Ja maar zij heeft vier kinderen ik heb drie en volgens mij heb ik het  
112 niet heel druk  
113 Vp6: Ok  
114 Vp7: Dus misschien is het wel aardig als ik het eh  
115 Vp5: Is [naam patiënt] d'r al weer?  
116 Vp7: Nee  
117 (.)  
118 Vp3: Jij wou de sleutel?  
119 Vp7: Ja  
120 Vp6: Weet je toevallig als ehm de opnames d'r al zijn, X en X?  
121 Vp5: Nee, heb ik nog niet gehoord, X is net binnengekomen, maar die andere  
122 volgens mij nog niet  
123 Vp3: X de 22, Z de 23  
124 Vp6: X de 22 en dan?  
125 Vp3: Y de drie en A de ehh, zes  
126 Vp4: Zes?  
127 Vp3: Ik heb de één  
128 Vp7: Dan doe ik even m'n ringen in 't bakje, doe ik even weg, en dan

---

129 Vp6: Zeg 't maar even tegen haar. Y had jij kinderen van mij?  
130 Vp5: Nee  
131  
132 [stilte, volgende vp komt]  
133  
134 Vp8: Hoi  
135 Vp5: Hai  
136 Vp8: [naam patiënt]?  
137 Vp5: Ja  
138 Vp8: Er staat iets van dagspiegels  
139 Vp5: Goed  
140 Vp8: [onduidelijk]  
141 Vp5: Nee alleen als zij dipt dan eh kan ie ervoor  
142 Vp6: Is de [onduidelijk] al geregeld, gaat het goed?  
143 Vp5: Ja  
144 Vp6: Ok  
145 Vp5: Ze kan ook al zonder soms dus eh  
146 Vp6: Ja  
147 Vp8: Ik heb [naam patiënt]  
148 Vp6: Volgens mij heeft [naam vp] die en die moest net haar ringen even in een  
149 bakje doen  
150 Vp8: Oh ok. En ik heb [naam patiënt]  
151 Vp6: Die heeft [naam vp] en [naam vp] is net haar ringen even in een bakje aan  
152 't doen  
153 Vp8: Ok  
154 Vp6: [lacht]  
155 Vp8: Ik heb [naam patiënt]  
156 Vp6: Die heeft [naam vp] en die eh [lacht]  
157 Vp8: Nee!  
158 Vp6: Ja haha. Ze komt zo weer, ze zou even de piepers even doorgeven aan de  
159 anderen  
160 Vp8: Ok  
161 Vp6: Heb je wat leuks?  
162 Vp8: Ik zou even zeggen over die eh... tong want die [onduidelijk] naar X  
163 Vp6: Ja  
164 Vp7: Hallo  
165 Vp8: Hallo, ik heb kinderen voor jou  
166 Vp7: Nou das mooi  
167 Vp8: Wou je wat vragen?  
168 Vp7: Nou ten eerste, jullie zitten op m'n plekje, en ten tweede heb ik geen  
169 vragen  
170 Vp6: Nog eh... die [...] moet die nog iets hebben?  
171 Vp5: Nou eh ik heb 'm nu net eigenlijk gegeven  
172 Vp6: Ja  
173 Vp5: Wordt wel heel laat  
174 Vp6: Ja

---

175  
176 [verpleegsters praten door elkaar, lopen in en uit, telefoons gaan op de  
177 achtergrond]  
178  
179 Vp8: Ze was zo boos  
180 Vp9: Ze wilde gewoon in die buggy en niet meer de schoenen uitdoen en ze wilde  
181 de jas niet uit  
182 Vp7: Ze worden ook ouder he  
183 Vp8: Echt?  
184 Vp6: Jahaa, ik schrok er zo van ik denk  
185 Vp7: Ja maar ja dat is ook die leeftijd, hoor, dat eh, herken ik op zich wel  
186 Vp9: Oh  
187 Vp6: Maar ja, zo was zij nooit  
188 Vp3: Dat is die jongen [lacht]  
189 Vp6: Wat?  
190 Vp3: Oh, ik zat al te denken, X [naam patiënt], X, die staat in de anamnese,  
191 die ouders hebben een eigen bedrijf en die houden die thuisparty's en ik  
192 weet direct weer wie het zijn [lacht]  
193 Vp8: Met die zalfjes, die roze zalfjes  
194 Vp3: Ohja [lacht]  
195 Vp7: Ja, hele bijzondere zalfjes  
196 Vp3: Ja, haha  
197 Vp8: [naam patiënt] die zou graag op eh... naar 10.2 willen  
198 Vp7: Ok  
199 Vp8: Want die [naam patiënt] is weg  
200 Vp7: Ja  
201 Vp5: Ja, dat was eerst een beetje onduidelijk maar die is nu echt weg  
202 Vp6: Nee hoor das goed  
203 Vp8: [naam patiënt] was opeens gewoon foetsie  
204 Vp5: Ja en niemand wist ervan  
205 Vp6: Nou  
206 Vp8: [...]  
207 Vp5: Ja. He werkze  
208 Allen: Dankjewel! Doei!  
209 Vp7: Gaan we dinsdag de nachtdienst in  
210 Vp6: Ok  
211 Vp3: Ja wat raar, want  
212 Vp7: Ja dat vind ik ook een beetje raar  
213 Vp6: Ja heel goed! Heel goed.  
214 Vp3: Dat betekent dus dat iemand anders drie avonden  
215 Vp7: Ja  
216 Vp6: X, en X  
217 Vp10: Nee eentje maar, ik heb alleen X. En de rest is leeg. En dit zijn een  
218 beetje  
219 Vp7: Oh mooi  
220 Vp10: Zoals jullie dat graag een beetje willen hebben

---

221 Vp7: Ja. Dan kunnen we d'r even iets moois van maken  
222  
223 [iedereen praat door elkaar]  
224  
225 Vp10: En als iedereen zich d'r aan houdt dan zijn wij tevreden en  
226 jullie ook  
227 Vp7: Jaha, want anders eh, ja  
228 Vp10: Nee, nee nee nee nee.  
229 Vp11: Maar zijn jullie tevreden?  
230 Vp7: Nou, ik moet wel heel erg wennen hoor, de map is erg vol  
231 Vp5: Ja  
232 Vp6: Maar ik vind wel, de overdracht die we hadden, vond ik helemaal niks  
233  
234 [iedereen praat door elkaar]  
235  
236 Vp10: Maar, hij wordt voor jullie heel vol. Want als eh, wij krijgen  
237 een legere weer terug, want wij krijgen dat allemaal niet  
238 Vp7: Ja, je bent gewend dat je nou dat je bent gewend dat je indeling  
239 dat je op een geven moment rapportagebladen tegenkomt en nu kom je ook  
240 rapportagebladen tegen en dan denk je oh, oh nee, dit is voor de poli  
241 Vp10: Nou je moet gewoon even onthouden dat jullie alleen maar het  
242 groene stukje hebben  
243 Vp7: Ja  
244 Vp10: Als je het goede stukje hebt dan zit je goed  
245 Vp7: Ja  
246 Vp10: Kijk en wij  
247 Vp6: Ja dat zit er dan niet in  
248 Vp10: Nee maar daarom en jullie  
249 Vp6: En jullie  
250 Vp10: Wij zijn geel, nee wij zijn oranje he  
251 Vp6: Gele  
252 Vp10: Oh geel, ja, wij zijn die gele. Dusse...  
253 Vp6: Kijk en dat zit er nog niet goed in  
254 Vp10: Nee, maar, dat is, over twee weken wel  
255 Vp6: Ja, dat is ook niet ernstig. Een beetje verandering van spijs dat is eh,  
256 dat doet het ook leuk. Dus  
257 Vp3: Wij zijn af en toe een beetje van verandering  
258 Vp6: Ja  
259 Vp7: Beetje? [lacht]  
260 VP3: Ja je zit dan zo maar, je weet niet waar, je bent gewoon gewend hoe het  
261 was en moet je er gewoon aan wennen dat het anders is  
262 Vp10: Nou en de bedoeling is gewoon dat je elkaars informatie, dat je, dat je  
263 daar wat aan hebt  
264 Vp3: Nou maar dat is heel erg fijn  
265 Vp10: En dat is gewoon wat je voor ogen moet houden  
266 Vp3: Dat vind ik ook, dat vind ik wel heel fijn

---

267 Vp6: Ja  
268 Vp10: Waar zal ik de lege neerzetten dames?  
269 Vp7: Ehm  
270  
271 [onduidelijk]  
272  
273 Vp7: Ehm, Y,  
274 Vp10: Ja?  
275 Vp7: Die had het graag helemaal bovenop  
276 Vp10: Ja en en waar leg ik deze dan neer? Zal ik heel aardig voor jullie zijn?  
277  
278 [onduidelijk]  
279  
280 Vp6: Er zit bij ons ook gewoon totaal geen volgorde in hoor, dat is het denk  
281 ik ook  
282 Vp10: Nou, maar ik heb geprobeerd om de volgorde er wel in aan te brengen  
283 Vp6: Nou ja, dat had nu niet zo'n zin, ik dacht oja oja oja  
284 Vp6: Want onze resumés komen ook achter onze eigen stukjes aan  
285 Vp10: Die komen helemaal vooraan, nee nee nee, dame, hier!  
286 Vp6: Oh nou daar gaat het al mis. En deze dan?  
287 Vp10: En het resumé komt helemaal voorin.  
288 Vp6: En het kuurschema enzo?  
289 Vp10: Dat komt bij ons, op de poli  
290 Vp6: Das poli?  
291 Vp10: Alimentatiechecklist, protocol bedienen, ALL, groene lijst, das allemaal  
292 voor de poli  
293 Vp6: Allemaal chemo?  
294 Vp10: Ja. En de resumé zit helemaal voorin dus eigenlijk kun je het al heel  
295 snel zien. Want zo hebben wij dat bedacht, dat iedereen dat snel weet  
296 Vp6: Ok, maar die hebben we nog niet eh  
297 Vp7: Zeg, ik wil nog wel eens eh, graag weten wat jullie van onze resumés  
298 vinden  
299 Vp10: Nou dat gaan we, kijk nu we dat allemaal een beetje bij elkaar, want daar  
300 kijken we natuurlijk ook wel naar  
301 Vp7: Jaha, maar is het duidelijk als je wat mist of dat je denkt van nou, het  
302 is te veel, of het is te weinig  
303 Vp3: Ja precies  
304 Vp10: Maar pas was d'r iemand en toen zeiden wij ook van nou, tja van de andere  
305 kant, in die andere overdracht stonden altijd netjes de, ehm, de  
306 medicijnen. Toen vroeg iemand, eh, Z, die vroeg daarom, en toen zeiden  
307 wij oko van ja wacht es effe, dat moet ze maar uit de medische  
308 bibliotheek halen, want dat is niet voor per se voor eh verpleegkundigen  
309 dat  
310 Vp6: Nee vind ik ook  
311 Vp10: Dus  
312 Vp6: Nee dat zijn van dingen dat vind ik ook [...] dat vind ik heerlijk

---

313 Vp7: Ja vind je wel? Als je [...]  
314 Vp10: Zo is dat  
315 Vp6: Maar is onze [naam patiënt] nu al hier dan?  
316 Vp10: Nee, nee nee, [naam collega] heeft hem nog beneden  
317 Vp6: En [naam patiënt] hebben jullie ook nog beneden?  
318 Vp7: Jullie moeten iedereen zo vasthouden daar beneden  
319 Vp3: Ik heb nog iets voor [naam collega], een eh dvd, van de [...], die neem ik  
320 morgen mee  
321 Vp10: Oh, kan je dat nu niet gewoon in de buizenpost en dan eh..  
322 Vp3: Past dat erin?  
323 Vp10: Nee  
324 Vp7: Hahaha  
325 Vp10: Grapje. Heb je hem nu niet, dan kan ik hem nu meenemen  
326 Vp3: Nee, ik heb hem niet  
327 [gelach]  
328 Vp7: Ze is heel serieus hoor, A, Ik geloof dat 'past dat erin'?  
329 Vp3: Naïef  
330 Vp7: Ontzettend onnozel  
331 Vp6: Heel erg. Nee hoor, nee  
332 Vp7: Wat ben je ook weer onaardig!  
333 Vp7: Ik moet morgen ook weer werken, dat vind ik een beetje minder  
334 Vp3: Wat zeg je?  
335 Vp7: Vijf dagen achter elkaar werken  
336 Vp7: Ik had vanochtend had ik al 2 C, 1 A A A, C  
337 Vp3: Mag ik weer? Sorry. 1 Twee, A A A, C  
338 Vp6: Dat moet je werken? Nou dat is echt grappig  
339 Vp10: He en dit blaadje, wat dit is eh  
340 Vp6: Ja doen we daar iets mee?  
341 Vp10: Ja, ja ja zeker!  
342 Vp7: Joh doe niet zo onnozel  
343 Vp10: Hier  
344 [gelach]  
345 Vp10: Belangrijke telefoonnummers. Dat komt op het witte blad. Als jullie, want  
346 dat moeten we nog gaan invoeren.  
347 Vp6: Maar heb je, ken je het uit je hoofd Y?  
348 Vp10: Nee  
349 [...]  
350 Vp10: Nee want dat is natuurlijk heel makkelijk he, als hier voorin  
351 telefoonnummers van apotheken, van ziekenhuizen van weet ik wat, dat we  
352 niet  
353 Vp7: Het kan heel leuk gaan werken  
354 Vp10: Nee maar dat gaat heel goed werken  
355 Vp7: Je bent heel positief he, ben je. Dat vind ik wel leuk  
356 Vp10: Wat?  
357 Vp7: Nou dat je zo positief bent!  
358 Vp10: Tuurlijk

---

359 Vp6: Komt ook allemaal goed  
360 Vp7: Ah ik ben niet eens zo heel ontevreden, ik vind het wel een beetje gek  
361 dat ik maandag, dat ik dinsdag de nachtdienst inga  
362 Vp6: Moet je ruilen? Of eh  
363 Vp7: Nee, [naam man] heeft zijn dienstrooster nog niet, maar ik bel je vast  
364 nog wel eventjes [lacht]  
365 Vp6: Dat komt goed uit dit. Ik eh, ik  
366 Vp7: Je wil niks ruilen?  
367 Vp6: Jawel hoor. Ik wil wel iets ruilen, maar ik kom eigenlijk heel goed uit.  
368 Met de vakanties. Ik hoef eigenlijk niks te regelen.  
369 Vp7: Nou wat lekker voor jou. Ja, ik moet wel wat dingetjes regelen, maar ah,  
370 daar blijf ik actief bij he. Zal ik even eh alvast ook, want volgens mij,  
371 ik heb ook nog een map die eh  
372 Vp3: Ik heb nog een kind van [naam collega], jullie ook?  
373 Vp6: Nou ik heb twee kinderen ik weet niet waar die blijven of die nog komen  
374 maar  
375 Vp10: Nee maar luister es heb jij nu ook dezelfde oncokinderen  
376 Vp7: Ja, nou dat moet ik nog hebben inderdaad  
377 [geruis]  
378  
379 Vp6: Er zit nog geen resume van ons in  
380 Vp3: Ik vind het een beetje zielig om een kind tien minuten met zout de neus  
381 te gaan spoelen  
382 Vp7: Ach, tuurlijk niet, hoe oud is dat kind?  
383 Vp3: Die is wel vijftien, zestien  
384 Vp10: Oh, das helemaal niet erg  
385  
386 [door elkaar praten]  
387  
388 Vp10: Nou ik heb [naam patiënt] eh, staat daar helemaal niks in?  
389 Vp6: Nee, eh, uit je hoofd! Je kan het nu. Geel is poli, groen is afdeling  
390 Vp7: Oranje dan?  
391 Vp6: Dat is nou de overzicht die we [...]  
392 Vp7: Oh deze? Deze doet het heel leuk. Oh geel?  
393 Vp6: Wat moet er op geel?  
394 Vp10: Poli. Poli  
395 Vp7: Die hebben we nog helemaal niks gedaan  
396 Vp10: Nou dan ligt ie misschien nog beneden, eh, X dossier  
397  
398 [onduidelijk]  
399  
400 Vp7: Ik doe even het groene gedeelte voor ons  
401 Vp6: Nou X kan komen ik ben klaar  
402 Vp7: Hee, jullie hebben wel wat gedaan, het zit gewoon niet goed  
403 Vp3: Die moet nog eh  
404 Vp10: Maar wij hebben een poosje namelijk niet eh

---

405 Vp7: Niks gedaan?  
406 Vp10: Nee. Nee we hadden die inlegvellen niet  
407  
408 [...]  
409  
410 **Deel 2**  
411  
412 Vp1: Het is daar wel een sauna daarbinnen  
413 Vp2: Ja ik ga daar niet zitten hoor, echt niet. Dan heb ik het meteen, ben ik  
414 helemaal, helemaal warm voordat ik moet beginnen  
415 Vp3: Dan vind ik wel dat we echt allemaal onze mond moeten houden en dat geen  
416 kip hier de overdracht in mag komen, toch?  
417 Vp2: Ja  
418 Vp3: Alleen degene die komt overdragen  
419 Vp2: En de rest zetten we [onduidelijk]  
420 Vp3: Dus dan gaan we nu nog even vertellen wie heeft gewisseld en dan houden  
421 we allemaal onze snavel  
422 Vp2: Maar hebben jullie dan een lel?  
423 Vp3: Ja  
424 Vp1: Ikke niet  
425 Vp2: Want jij zei toch dat er geen nieuwe  
426 Vp2: Ehm  
427 Vp4: Die gewone, daarnaast  
428 Vp4: Ze liggen naast de computer in het bakje.  
429 Vp3: [naam vp] wie ga jij nu nemen?  
430 Vp1: Ja ik ik sta [naam patiënt] af ik neem kamer 9 wel. Ik weet 't ook niet  
431 meer maar laat ik dat dan maar doen. Dan heb ik nu X, X, X en X.  
432 Vp3: Nou de deur gaat dicht, en iedereen houdt z'n kop. Dank u  
433 Vp2: Oh, we gaan in de regiekamer  
434 Vp1: Ok  
435 Vp2: De voorkant  
436 Vp1: Ik ben nu achterkant geworden  
437  
438 [*achtergrond geluiden*]  
439  
440 Vp1: Ik neem X, X en X en neem jij X  
441 Vp5: X  
442 Vp1: En anders moet moeten we even kijken hoe het uitkomt. Heb jij drie, hou  
443 je over  
444 Vp5: Okee  
445 Vp1: En ik weet niet wat ik met X moet. Anders dan help ik trek jou aan de  
446 mouw als je me even moet helpen  
447 Vp5: Ja  
448 Vp6: Heb jij een kuurlijst dan?  
449 Vp5: Nee  
450 Vp5: Ook zo raar



---

451 Vp6: Anders ga ik wel even vast een kuur ophangen maarre  
452 Vp1: Ja  
453 Vp3: Dat wordt niet wat  
454  
455 *[gerommel, gelach]*  
456  
457 [...]

---

## Opname 11: 07.05.24 07.30 - Overdracht

Vp1: verpleegkundige 1

Vp2: verpleegkundige 2

Etc.

- 1 Vp1: [...] op het ODBC
- 2 Vp3: Op het ODBC?
- 3 Vp1: Toch?
- 4 Vp3: Ja dat weet ik niet
- 5 Vp1: Die gaat altijd naar het ODBC
- 6 Vp3: Nee is niet altijd zo
- 7 Vp1: Hè?
- 8 Vp2: Donderdag is er geen ODBC
- 9 Vp3: Is niet altijd zo hoor. We doen ook LP's op de afdeling. Zonder BV.
- 10 Vp1: Oh, nou excuus dan was ik in de war. Ik ging er van uit dat het ODBC op
- 11 donderdag was
- 12 Vp3: Maar hij is wel nuchter?
- 13 Vp1: Ja, er stond verder niks afgesproken over enneh, ik kon de ODBC lijst
- 14 niet vinden, nu weet ik dus niet hoe
- 15 Vp3: Die hangt aan 't prikbord bij eh secretaresse bij de
- 16 bereikbaarheidslijsten
- 17 Vp1: Ja maar daar hing geen ODBC lijst
- 18 Vp3: Nee?
- 19 Vp1: Alleen van de van de cardio
- 20 Vp3: Oh
- 21 Vp1: Ja
- 22 Vp3: Oh
- 23 Vp1: Maar goed dit verklaart een hoop
- 24 Vp3: Ja
- 25 Vp1: Maar eh hij sliep nog eh diep dus ik dacht ik ga hem ook niet wakker
- 26 maken om te zeggen dat ie z'n medicijnen moet
- 27 Vp3: Nee
- 28 Vp1: Nou, verder geen bijzonderheden. Kamer 12, excuus, kamer 4.1, X [naam
- 29 patiënt]
- 30 Vp2: Ja
- 31 Stagiair: Ja
- 32 Vp1: Kennen jullie hem?
- 33 Vp2: Ja
- 34 Stagiair: Ja
- 35 Vp2: Nee, ken m niet
- 36 Vp1: Sorry?
- 37 Vp2: Nee ik ken hem niet maar ik heb geen vragen
- 38 Vp1: Ok, heel mooi
- 39 Vp2: Of wou je die ook der bij doen? Dat je ze allebei doet?

---

40 Vp1: Die heb ik net nog een uur op schoot gehad omdat ie eeh  
41 Stagiair: Nee is goed  
42 Vp2: Is goed  
43 Vp1: [...] enorm huilerig is maar eh  
44 Vp1: Daarnaast [naam patiënt]. T-compensatie cordis bij een AVSB  
45 Vp2: Ja. Nou, ik ben aan 't lezen maar he, wordt vast wel duidelijk denk ik  
46 Vp1: Nou een beetje vreemd want die heeft echt een reële ademhaling in slaap  
47 van soms een frequentie van van 90 per minuut  
48 Vp2: Hm-mm  
49 Vp1: Enneh, heel oppervlakkig. Heel eh staccato maar eh zodra ze wakker is dan  
50 is het mooi  
51 Vp2: Is het een ze?  
52 Vp1: Ja  
53 Vp2: Ok  
54 Vp1: Ze zit nu mooi eh midden in de 30 dus  
55 Vp2: Ja  
56 Vp1: Maar goed de saturaties blijven verder stabiel dus  
57 Vp2: Hm  
58 Vp1: That's it  
59  
60 [...]  
61  
62 Vp1: Nee maar sorry van die LP's, ik heb de Kipi nog even gesproken  
63 Vp3: Oh maakt niet uit joh  
64 Vp1: Wat?  
65 Vp3: Maakt niet uit  
66 Vp1: Ja maar ook omdat er niks op de groene lijst stond eh, das misschien ook  
67 een beetje slordig dan maar...  
68 Vp3: We komen d'r wel uit hoor  
69 Vp2: Ah joh tijd zat. Ik heb ook wel tijd om dat te doen, ga jij maar naar  
70 huis  
71 Vp3: Ja nee niks voor doen hoor  
72 Vp1: Nee? Zeker weten?  
73 Vp3: Doei! Tot ziens, lekker naar huis gaan  
74 Vp1: Zet m op  
75 Vp2, 3, 4: Doei!  
76 Vp3: Slaap lekker  
77 Vp2: Er is een tijd van komen en een tijd van gaan hoor  
78 Vp3: Ja hoor zo is het. En die wattenstokken en dat ding dat eh...  
79 Vp2: Ja [lacht]  
80 Vp3: Dat kan ik zelf wel pakken  
81 Vp2: En die BHP dingen die nog gemaakt moeten worden  
82 Vp3: Nou ook dat is eigenlijk zo klaar  
83 Vp2: Ja [...]  
84 Vp3: Nee  
85 [lezen in dossiers]

---

86 (...)
87 Vp3: Oh, toch niet [fluistert tegen zichzelf]
88 (...)
89 Vp4: Goeiemorgen
90 Vp2, 3: Goeiemorgen
91 Vp4: Ik heb [naam patiënt]
92 Vp2: Ja
93 Stagiair: Ja
94 Vp4: [...] LP, gaat voor OK. Eerste verdieping, acht uur. Stond geen eh tijdstip
95 bij dormicum en paracetamol dus ik had nog even gewacht want ja ik denk,
96 voor 't zelfde gaat het niet door, en hier stond niets pas vanaf zes uur
97 en pre-OK en twee uur van tevoren helder vloeibaar dus ik had zoiets van
98 ja, gaat ie dan als eerste of niet? Dus ik heb het nog niet gegeven.
99 Vp2: Akkoord
100 Vp4: Ik ben er ook nog net nog niet aan toe gekomen
101 Vp2: Ok
102 Vp4: 't Was gewoon echt spits dus eh
103 Vp2: Drank en twee milligram?
104 Vp4: Ze hebben net gebeld
105 Vp2: Of zeven milligram?
106 Vp4: Ja, dus ik denk dat je dat ook gewoon als eh zetpil, als eh zo'n eeh, ja,
107 rectaal moet geven
108 Vp2: Ligt dat al wel klaar?
109 Vp4: Nee, dat doe ik nog
110 Vp2: Ok. En hij moet om tien voor, om acht uur?
111 Vp4: Acht uur
112 Vp2: Ok
113 Vp4: [lacht] Ja, sorry hoor!
114 Vp2: Maakt niet uit
115 Vp4: Dat ik je direct aan het werk zet. Maar goed! Excuses [lacht]
116 Vp2: Ja. Ik eh, zal hem even wat geven
117 Vp4: Dan heb ik [naam patiënt]
118 Vp3: Ja die heeft [naam verpleegkundige], die zit denk ik aan de andere kant
119 Vp4: Ok. [naam patiënt]?
120 Vp3: Ja, ook [naam vp]. Oh die komt om acht uur. Zeg maar even. Dat is ook zo,
121 [naam vp] komt later
122 Vp4: Oh
123 Vp3: Wat bijzonders?
124 Vp4: [naam patiënt] heeft cardiomyopathie.
125 Vp3: Ja
126 Vp4: Stofwisselingsprobleem, houdt vocht vast. Eehm, hij krijgt continu
127 dobitamine, iv, eh..
128 Vp3: Hier? Op de afdeling?
129 Vp4: Ja. Ja, dat is afgesproken, lage dosering, staat op de groene lijst.
130 Vp3: Oh...
131 Vp4: Want anders dan eh... Was het eh... Nou ja dan moest ie naar de IC daarvoor

---

132 Vp3: Ja  
133 Vp4: Heel veel onrust dus dat wilden ze niet. Maar ja 't is een lage dosering  
134 dus ja  
135 Vp3: Ok  
136 Vp4: Ja ze hebben... het is eh door de regie eergister ook eh toestemming voor  
137 gegeven  
138 Vp3: Oh ok, nou goed  
139 Vp4: Hij ligt aan de monitor, hij heeft eh wel een lage bloeddruk  
140 Vp3: Jahaa dat komt door die [...] he  
141 Vp4: En hij heeft wat hoge hartacties. En de arts is wel op de hoogte maar er  
142 is wel iemand die 'm verzorgt. En moeder is nu weg en vader komt nu  
143 straks om negen uur dus er is ook eventjes niemand bij  
144 Vp3: Hij ligt al aan de monitor he, ja  
145 Vp4: Ja, die vochtbalans van zes uur  
146 Vp5: [naam vp], doe jij [naam patiënt] nu?  
147 Vp3: Oh nee ik was even eh, omdat jij er niet was, ik moet even luisteren  
148 Vp5: Ok ja, ik hoorde het ik denk  
149 Vp4: Vochtbalans van zes uur moet nog even wat berekend. Ik heb hem dus wel  
150 genoteerd maar nog niet berekend.  
151 Vp3: Ok  
152 Vp4: Dan heb ik [naam patiënt], daar gingen jij en [naam vp] over?  
153 Vp2: Ja  
154 Vp4: Zal ik die dan zometeen even doen, als [naam vp] terug is? Of...  
155 [...]  
156 Vp3: Ik wil haar ook wel even doen  
157 Vp4: Nou ja dat infuus dat piept steeds, en waarom, hij eh hij spoelt goed  
158 door, ik heb em afgeplakt, verschillende standen, gaasjes d'r onder maar,  
159 ik krijg het niet goed. Het zit in d'r voet, en het zit gewoon op een  
160 vervelende plek en ze hoeft maar zo te doen, he met haar been onder de  
161 dekens nou en dan gaat ie weer piepen. Dus dat is niet echt handig  
162 Vp3: Okee. Nou misschien kunnen we t op [...]  
163 Vp4: Ja die ligt ook aan de monitor. Ja haha, wees creatief [lacht]  
164 Stagiär: Ze ligt wel aan de monitor?  
165 Vp4: Ja, ja ja  
166 Vp6: Creatief met kurk  
167 Vp4: Waarmee? Kurk?  
168 Vp3: Creatief met kurk haha  
169 Vp4: Dan heb ik [naam patiënt]  
170 Vp6: Gips. Ja die heb ik gelezen heb ik geen vragen  
171 Vp4: Had ik net jou ook de lijst gegeven?  
172 Vp6: Ja  
173 Vp4: Ja die heeft wat laat haar fles gehad  
174 Vp6: Oh, nou ja, ok  
175 Vp4: Ben ik ook niet echt aan toegekomen. Heeft wel alles opgedronken, vijftig  
176 Vp6: Oh, super, helemaal goed  
177 Vp4: Iets meer zelfs nog

---

178 Vp6: Heel goed, mooi  
179 Vp4: En die moet nog verschoond worden, heb ik ook niet meer gedaan  
180 Vp6: Kijk wel even  
181 Vp4: [naam patiënt]  
182 Vp5: Ja?  
183 Vp4: En die gaat [naam vp] doen  
184 Vp5: Ja, moet ik even luisteren?  
185 Vp4: [...] Ja die is heel heel eh verdrietig  
186 Vp5: Ja...  
187 Vp4: Vanaf zes uur, maar ja dat komt de andere kinderen zijn wakker en dan  
188 begint zij te huilen en dan is ze ook wakker. En ik denk dat ze ook een  
189 poepbroek heeft weer hoor, maar ik ben er nog niet aan toegekomen, ik heb  
190 haar net weer even in bed gezet. Ze heeft een tijdje bij ons gestaan nu  
191 en toen ik haar terugzette rook ik iets, ik denk iie!  
192 Vp5: Oh nou dat zie ik zo wel  
193 Vp6: Is [naam vp] ook meteen wakker  
194 Vp5: Jaa...  
195 Vp4: Nou het was gewoon spits! Dus daar komt het door  
196 Vp6: Ja, morgen is het eh...  
197 Vp4: Ok, dat was het hier  
198 Vp5: Kan ik hier zitten?  
199 Vp4: Ja  
200 Vp5: Of zit hier ook iemand?  
201 Vp4: Ja nee  
202 Vp3: Dingetje is even weggegaan  
203 Vp4: [naam patiënt], en dan  
204 Vp7: [naam patiënt]. Of is die aan de andere kant?  
205 Vp3: Ja  
206 Vp7: Och ik denk kamer zes, moet ik hierheen [...]  
207 Vp3: Ja, want [naam vp] zei blijf maar zitten, ga ik daarheen  
208 Vp7: Och, nou, ga ik weer terug  
209 Vp3: Ja  
210 Vp7: [naam patiënt]  
211 Vp5: Ohja sorry, haha, ja  
212 Vp7: Ja ik neem aan, ik kijk jou aan want die had jij gister overgenomen  
213 Vp5: Ja [lacht]. Waren er nog vannacht dingen?  
214 Vp7: Nou ik moest even beetje puzzelen op die lijst enzo want, ik weet niet  
215 hoe je dat met het infuus, je had geen die sondevoeding was denk ik die  
216 nul 100 he, die d'r stond, wat zij had gehad, en het infuus daar stond  
217 verder geen eh  
218 Vp5: Kijk dit waren de getalletjes  
219 Vp7: Kijk  
220 Vp5: Dit is van [naam patiënt], sorry  
221 Vp7: Oh  
222 Vp5: Om in de war te raken is dat he?  
223 Vp7: Ja

---

224 Vp5: [lacht]  
225 Vp7: Heel goed  
226 Vp5: Dit waren de getallen van de eh, van de hele dag van de Kipi  
227 Vp7: Ja?  
228 Vp5: En daarna ben ik begonnen  
229 Vp7: Ik neem aan dat dit eh sondevoeding  
230 Vp5: Ja  
231 Vp7: Was, 100 bolus  
232 Vp5: Ja, kijk  
233 Vp7: En hier stond verder geen stand, dit was, dus ik ben hier gewoon op nul  
234 begonnen en dan zo naar beneden, dat klopt dan he?  
235 Vp5: Ja. Dat klopt want we hadden nieuwe pompen  
236 Vp7: Ja, dan klopt het. Ehm, die heeft toen eh [...] OK gehad,  
237 Vp5: Ja  
238 Vp7: [...]. Die eh was erg koud hier, die lag steeds bloot, heb ik haar laken  
239 gedaan, deken over en toen was ze weer lekker eh lekker warm. Die  
240 saturaties, dan beweegt ze  
241 Vp5: Ok  
242 Vp7: En eh  
243 Vp5: 61, 62, 20?  
244 Vp7: Ja en hier 80  
245 Vp5: Ja  
246 Vp7: En hier een keer, maar dan dan  
247 Vp5: Ja ja  
248 Vp7: Zit ze al een beetje op te draaien, dus eh  
249 Vp5: Kijk ik heb eerst niks over, later wel, maarre  
250 Vp7: Das flink gezakt  
251 Vp5: Ok  
252 Vp7: En af en toe heeft ze wat steunende ademhaling nog  
253 Vp5: Ja  
254 Vp7: Die drain die produceert gewoon eh ja weinig  
255 Vp5: Weinig  
256 Vp7: 3 cc  
257 Vp5: Goed  
258 Vp7: En maakte die bij jou gisteravond ook zo'n raar geluid?  
259 Vp5: Wat voor geluid?  
260 Vp7: Nou dat steeds suist. Heb ik nog nooit eerder bij zo'n, bij zo'n nieuw,  
261 weet je wel, aan de muur wil het wel eens suizen maar  
262 Vp3: Ja  
263 Vp7: Die die  
264 Vp3: Apparaat zelf? Die eh  
265 Vp7: Dat ding zelf weet je wel  
266 Vp3: Oh. Nee  
267 Vp7: Das een heel raar suisgeluid  
268 Vp3: Oh

---

269 Vp7: Daarnaast ligt die drain die zakte d'r wat uit toen ging dat zo borrelen  
270 dat hoorde ik ook

271 Vp3: Oh. Ook van die zelfde?

272 Vp7: Nee maar datzelfde zelfde spul en [...]

273 Vp3: Oh

274 Vp7: En kan 't ook niet. We hebben nog samen gekeken, maar

275 Vp5: Nee kan 't me niet herinneren dat ik dat gister gehoord

276 Vp7: We zouden nog samen kunnen kijken maar hij loopt wel wat af, maar 'k heb  
277 ook nog een paar keer ja dan zie je dat d'r wel wat loopt, maar

278 Vp3: Ja. Nou, 'k zal straks even meekijken

279 Vp7: Ja ze heeft drie van die

280 Vp3: Of ik wat hoor

281 Vp7: Drie van die drains hier eh

282 Vp3: Drie?

283 Vp7: D'r loop een eh

284 Vp3: Een eh

285 Vp7: Een afvoer

286 Vp3: Ok

287 Vp5: 't Is allemaal heel en dit ook. 'k Vind 't vreemd, maar ja

288 Vp3: Wat is dit? Dat is van een eh

289 Vp7: Dat is een juvilarislijn

290 Vp5: Ja

291 Vp3: Dat krijgen al die kinderen

292 Vp5: Twee milli

293 Vp3: Ja

294 Vp7: Ik denk dat die thoraxdrain d'r snel uit kan hoor

295 Vp3: Die halen ze d'r wel uit op de IC voordat ze bij ons komen

296 Vp7: En niet een keer die katheter eruit he? Als ze eh, nog morfine hebben

297 Vp3: Ja, maar dat is, de dosering is anders

298 Vp7: Ja

299 [...]

300

301 [*Rvp komt binnen*]

302

303 Rvp: [naam vp]? Jij hebt pieper 21,

304 Vp5: Ja

305 Rvp: En je bent maatje van [naam vp]

306 Vp5: Ok

307 Rvp: En die heeft pieper 22

308 Vp3: Ok

309 Rvp: En [naam vp] die is weg, die is met een kind naar de OK?

310 Vp3: Ja. Eerste verdieping zei ze net he?

311 Rvp: [naam vp] die heeft 23 en die is maatje met [naam vp] van de andere kant  
312 en die heeft 24. En dan blijven [naam vp] en [naam vp] over

313 Vp3: Ok. Dan hebben we wat geswitcht met de patiënten, [naam patiënt] doet nu  
314 [naam stagiaire]



---

315 Rvp: Wie?  
316 Vp3: [naam stagiaire], samen met [naam vp]. En ik  
317 Rvp: Ok, nou, goed  
318 Vp3: Hoefde geen kind voor in de retour zei ze, want d'r ging nog iemand naar  
319 de OK dus  
320 Rvp: Ja want [naam vp] krijgt ook nog een opname, nou ok  
321 Vp3: Ja  
322 Rvp: Goed  
323 Vp3: Hoefde niet zei ze, nou ok  
324 Rvp: Nou dan gaan de tweede, tweede cardiokinderen  
325 Vp3: Tweede cardio?  
326 Rvp: Cardiovisite en [naam vp] in de derde cardiovisite  
327 Vp3: En wanneer de onco, die ik heb?  
328 Rvp: Vier. Als laatste  
329 Vp3: Als laatste  
330 Vp5: Ik  
331 Rvp: Nee jij hebt geen onco  
332 Vp5: Wel toch. Oh nee, nou niet meer  
333 Rvp: Nee  
334 Vp5: Nee  
335 Rvp: Ja?  
336 Vp5: Ja  
337 Vp3: Ja  
338  
339 *[Rvp verlaat de kamer]*  
340  
341 Vp5: Drie avonden [naam patiënt] gedaan, dus dan eh  
342 Vp4: Oh  
343 Vp5: Dus dan heb je, huh, geen onco? Toch wel?  
344 Stagiair: Nee, en cardio?  
345 Vp3: Wat zeg je?  
346 Stagiair: Of niet. Had ie 't ook over cardio?  
347 Vp5: Ja  
348 Stagiair: Hoeveel zijn wij? [naam vp] en ik? Cardiovisite?  
349 Vp3: Heeft ie niet gezegd he?  
350 Stagiair: Ik dacht misschien  
351 Vp3: Nee  
352 Stagiair: heb ik het niet gehoord, maar  
353 Vp3: Nee maar hij heeft 't ook niet gezegd. Want jullie hebben ook alleen  
354 maar, cardio  
355 Stagiair: Ja  
356 Vp3: [naam patiënt], nee die is onco  
357 Stagiair: Ja  
358 Vp3: Dus je moet ook naar de onco  
359 Stagiair: Ja  
360 Vp3: En ehm, wie heeft [naam vp] nog meer, [naam patiënt], [naam patiënt]

---

361 Stagiair: Zijn allebei ook cardio  
362 Vp3: En jij gaat [naam patiënt] doen en die opname? Of alleen [naam patiënt]  
363 Stagiair: [naam patiënt] heb ik en [naam patiënt]  
364 Vp3: Oh je hebt [naam patiënt] ook, oh ja, ok  
365 (.)  
366 Vp3: En dan ga ik, als ik wat voor je kan doen [naam vp] dan moet je het even  
367 zeggen want ik heb nu niet zoveel kinderen  
368 [...]

---

**Opname 12: 07.05.24 09.15 - Visite**

**Vp1:** verpleegkundige 1  
**Vp2:** verpleegkundige 2  
**Rvp:** regieverpleegkundige  
**Aa:** arts-assistent  
**A:** kinderarts  
**Co:** co-assistent

1 [...]  
2 Vp1: Das een meisje met een pneumonie, verdenking pleuritus, krijgt een  
3 antibiotica IV, augmentin  
4 Aa: Hoe is het met 't koortsverloop gegaan, want die eh?  
5 Vp1: Dat is er nog steeds. Is niet over  
6 Aa: Nee dat dacht ik ook niet maar ze is met de paracetamol gestopt [...] Dus  
7 dan blijft het tussen de 38 en de 39  
8 Vp1: Ja de eerste van vanochtend was ook alweer 38.0 net  
9 Aa: Ja dus eigenlijk heeft ze gewoon continu koorts  
10 Vp1: Ja. Daarbij heb ik haar het weekend gehad en nu, en vind ik haar klinisch  
11 wel beter nu  
12 Aa: Ik ook, ja. (.) Ze is ook niet meer zo onhandelbaar nu eerst kon ik haar  
13 helemaal niet onderzoeken in het begin  
14 Vp1: Nee en mocht je nou vandaag nog wat willen,  
15 Aa: Ja  
16 Vp1: Jij of een longarts, of je dan eh mij wil bellen, dan gaat moeder even  
17 plassen, en als moeder even weg is laat ze zich heel goed onderzoeken  
18 Aa: Ja dat klopt want gister was die, was oma d'r bij, dat ging prima  
19 Vp1: Ja dus moeder zei van anders wil ik er wel even bij zijn, dan zegt moeder  
20 dan ga ik even weg, want dan kan iemand tenminste iets want anders kun je  
21 niks  
22 [iemand lacht]  
23 Vp1: Dus mocht je nou wat willen  
24 Aa: Ok, nou dat zal ik onthouden  
25 Vp1: Het was een tip van moeder zelf dus  
26 Aa: Ehm, ik denk dat er vandaag eh tenminste we hebben besloten in overleg  
27 met de longarts dat we vandaag zouden evalueren hoe lang ze nog IV  
28 antibiotica moet maar als ze nog steeds koorts heeft dan vermoed ik dat  
29 dat doorgaat voorlopig, ik denk in ieder geval tot over het weekend en  
30 dan kan ze na het weekend naar eh  
31 Vp1: Ok en zou zij dan eventueel naar Delfzijl kunnen, bijvoorbeeld? Dat ze  
32 daar doorgaan met antibiotica?  
33 Aa: Ja dat zou misschien wel kunnen alleen willen ouders dat?  
34 Vp1: Nou dat vroeg ik me zo af  
35 Aa: Ok want ouders hebben geloof ik niet zo heel veel vertrouwen in

---

36 Vp1: Oh nou ja dan is het een f-foute optie maar ik dacht oh das dichterbij  
37 huis

38 A: [...] op in gaan als wij d'r wel vertrouwen in hebben moeten we maar zorgen  
39 dat ouders dat ook krijgen

40 Aa: Hebben wij nog vertrouwen in Delfzijl?

41 A: Dat weet ik niet want ik heb blijkbaar geen goed beeld van de regio

42 Aa: Nou alle kinderen die deze week met rare diagnoses werden ingestuurd die  
43 kwamen allemaal uit Delfzijl

44 Vp1: Nou ja goed ik dacht gewoon das dichterbij huis. Ik denk voor zo'n eh

45 Aa: Ja is ook zo. Ik zal het even overleggen met eh de longarts en we kunnen  
46 natuurlijk ook overleggen met de ouders want dit is mijn interpretatie  
47 dat ik denk dat ze dat niet willen maar

48 Vp1: Ja

49 Aa: Misschien hebben ouders daar een heel ander beeld bij

50 Vp1: Ja, nou goed 't was maar een idee

51 Aa: Ja. Ik zal 't overleggen en dan hoor je, hoe verder

52 Vp1: Ja

53 Aa: Ligt ze nog aan de monitor?

54 Vp1: Nee

55 Aa: Ok. Dus dat is

56 Vp1: Nee

57 Aa: En hoe gaat het met eten?

58 Vp1: Nou dat is heel moeizaam, of het eh, ja het is eigenlijk wel moeizaam. Ze  
59 heeft over d'r eigen intake 485 en ze moet 1300 over de sonde

60 Aa: Drinken dus ook weinig

61 Vp1: Ja drinken is weinig. En zoals vanochtend heb ik het eh, heb ik het  
62 infuus op een lockje gezet he zodat ze wel kan spelen en doen en dan wou  
63 ik gewoon vanmiddag kijken of ik het aan moet vullen, ja vast wel maar ik  
64 denk dan heeft ze wel ook even de vrijheid want anders

65 Aa: En stimuleert dat ook [...]?

66 Vp1: Nee nou ja het wordt wel gedaan maar

67 Aa: Ik kan het wel terugzetten naar een liter want 1300 is wel wat veel

68 Vp1: Ok

69 Aa: Maar ik wilde eigenlijk niet dat ze dat door infuus eh krijgt

70 Vp1: Nee dat wil ik eigenlijk ook niet

71 (.)

72 Vp1: Ja of je moet zeggen vandaag helemaal geen infuus bij, kijken wat ze doet  
73 maar ik weet niet of dat een goed plan is

74 Aa: Ja als ze maar 500 drinkt is dat wel een beetje weinig met OK dus ik wil  
75 eigenlijk wel dat ze een beetje goed drinkt

76 Vp1: Ok, nee dan eh is een liter goed denk ik

77 Aa: Ja?

78 Vp1: Ja. Wil je dan die andere stoppen?

79 (.)

80 Aa: Ok

81 Vp1: En ze gaat verhuizen nog,

---

82 Aa: Oh  
83 Vp1: Naar een andere kamer dus als je haar zoekt ligt ze d'r waarschijnlijk  
84 daar niet meer  
85 Aa: Ok, naar een kinderkamer?  
86 Vp1: Ze gaat naar kamer 10  
87 Aa: Die grote?  
88 Vp1: Ja bij [naam patiënt] en [naam patiënt]  
89 [...]  
90 Vp1: Ja. Maar ook voor de planning hier geloof ik  
91 Aa: Komt een beetje [...]?  
92 Vp1: Nee ik, oh wat bedoel je?  
93 Aa: Qua nieuwe opnames?  
94 Vp1: Nee dat weet ik niet. En ik weet ook niet wie de volgende nu is  
95 Aa: Ikke wel  
96 Vp1: Ok  
97 Aa: Alhoewel ik jou hier niet verwacht had dan. [naam vp] Jij staat hier  
98 helemaal niet  
99 Vp1: Wie?  
100 Aa: [naam vp]  
101 Vp1: [naam vp]? Maar die werkt niet vandaag  
102 Aa: Briefje van gisteren  
103 Vp1: Dat denk ik  
104 A: Oh, nou, zorg maar voor een volgende  
105 [door elkaar gepraat]  
106 A: Vraag maar even of...  
107 (.)  
108  
109 *[gesprek met observator]*  
110 *[door elkaar gepraat]*  
111  
112 (.)  
113  
114 A: He eh [naam Aa], je moet proberen op donderdag dat je zelf wat met de  
115 verpleging afstemt of het wat sneller kan, das altijd gewoon [...] en, je  
116 moet ook vragen of ze [...] of ze die aan het einde willen doen. Nu is het  
117 half 10 voor dat we echt beginnen met de visite  
118 Aa: [telefoneert] He met [naam Aa], kom je voor de visite? Hoi! Nou, half 10.  
119 Kwart over 9  
120 A: Maar het gaat vaak onnodig langzaam  
121 Aa: Ja  
122 A: Dus daar moeten we zelf ook voor waken, dat dat eh [...]. We moeten zelf  
123 niet onnodig lang discussiëren over iets maar we moeten ook zorgen dat  
124 het gewoon doorloopt  
125 [...]  
126 A: Ik vind dat het hier erg langzaam gaat  
127 Aa: Ja? Oh

---

128 A: Dat wisselt heel erg wie de regie doet van eh, verpleegkundigen. Soms  
129 coördineert ze het heel strak, dat ze na elkaar komen en dan bellen ze al  
130 voor de volgende terwijl we nog bezig zijn met de eerste

131 Aa: Ja maar nu hebben we dus geen regie want er is er maar één. Dus nou  
132 moeten we het zelf doen

133 A: Ok, dat maakt dus heel veel uit, of je het coördineert, of dat je elke  
134 keer

135 Aa: Ja, das dus

136 A: Gaat zitten wachten

137 Aa: Gister was [naam rvp] elke keer als ie het eind van de visite zag naderen  
138 belde ie voor de volgende. Toen waren we ook met drie kwartier klaar

139 A: Ja, nou gister zaten we hier ook vrij lang hoor, toen hebben we met die  
140 kinderarts

141 [...]

142 Aa: Toen waren met drie kwartier klaar hoor. Tenminste, ging wel heel vlot,  
143 voor m'n gevoel

144 A: Ok

145 Aa: Maar het zijn er ook wat meer dan eh... dan eerder

146 A: Ja. Het is meer dat het de normale hoeveelheid is he

147 Aa: Ja

148 A: Dus

149 Aa: Ja

150 A: Dus is een goeie afspiegeling van hoe het hoort. Ja, [...] efficiënt zijn  
151 moet kunnen. Als er maar drie zijn dan ben je wat flexibeler. Maar ja

152 A: Had jij eh, X nog gebeld?

153 Aa: Nee, nee

154 [...]

155 Vp2: Goeiemorgen!

156 Aa: Goeiemorgen

157 A: [...]

158 Vp2: Ik heb [naam patiënt], goedemorgen

159 Aa: Ja, goedemorgen

160 Vp2: Zij had een LSD op de veertiende, is de negende dag post OK, ze heeft  
161 piricartvochtcomplicatie, ehm krijgt prednison daarvoor, nou gaat op zich  
162 wel goed, maakt goeie indruk, ze doet 't heel erg goed met drinken, ze  
163 heeft al vier flessen gedronken, dus gaat eigenlijk heel goed

164 Aa: Ik zag ook dat ze geen zuurstof meer had?

165 Vp2: Nee, ja, ze had zo'n geïrriteerde neus he, dus hadden we toch maar met  
166 een kapje beetje bijblazen

167 Aa: Ja?

168 Vp2: Maar ik heb de kap gewoon nu maar uit bed gehaald, en es kijken wat ze de  
169 hele dag nu doet dus ze dipt af en toe wel eens tussen 91 maar is heel  
170 kort, en dan zit ze daarna ook wel weer eh hoog

171 Aa: En hoe zit ze dan zeg maar gemiddeld?

172 Vp2: 94, 96

173 Aa: Ok. Mooi

---

174 Vp2: Dus das best aardig. Ik heb nog geen gewicht voor je  
175 Aa: Krijg ik dat zo wel  
176 Vp2: Want ze sliep even maar mocht het gek zijn dan geef ik je dat wel door  
177 Aa: Ja  
178 Vp2: Ze had lactulose  
179 Aa: Ja  
180 Vp2: Dat heeft ze gister niet gehad omdat ze dat een beetje, ja de ene dag  
181 heeft ze wat diaree en dan wordt het weer wat steviger, maar ik ga het  
182 haar maar wel weer geven want gister heeft ze niet gehad  
183 Aa: Geen def of geen lactulose?  
184 Vp2: Nee geen def, ja en ook geen lactulose  
185 Aa: [...] hoor  
186 Vp2: Moet ik wel elke dag geven? Ja  
187 Aa: Ja, want als je daarmee gaat lopen pielen dan eh heb je kans dat ze weer  
188 vastloopt  
189 Vp2: Ja is goed  
190 Aa: Ok. Nou morgen krijgt ze een echo en een eh, X-thorax opnieuw om te  
191 kijken hoe het met de [...] staat  
192 Vp2: Ja  
193 Aa: En met het pericartvocht  
194 Aa: En, eh, ik denk dat we dan een beslissing moeten maken of ze eventueel  
195 naar Assen kan verder, of niet  
196 Vp2: Ok  
197 Aa: Zij vernevelt nog steeds vier keer daags he?  
198 Vp2: Ja, klopt, ja  
199 Aa: En als het nou zo is dat ze inderdaad zeg maar eh, want je moet om 12 uur  
200 weer vernevelen denk ik?  
201 Vp2: Ja, klopt, ja  
202 Aa: Als ze dan nog steeds geen zuurstofbehoefte heeft, dan kunnen we wel eens  
203 proberen of ze het met een pufje kan doen, want ze klonk nu helemaal niet  
204 obstructief  
205 Vp2: Ok  
206 A: Ik zou het niet te snel doen, want vernevelen heeft niet meer, meer, 't  
207 is niet alleen het effect van het piepen en eh  
208 Aa: Nee maar dan kan ze met zout vernevelen  
209 [...]  
210 A: Ja, dat is, dat is ook goed. Maar dan word je net zo trachicart op het  
211 moment dat je puft, want je puft, ik denk dat er niet genoeg binnen komt  
212 met puffen  
213 Aa: Ja, maar het is wel 1/10 van de dosis dan wat je geeft met verneveling  
214 A: Ja  
215 Aa: Of nog minder, 1/20  
216 A: Ja  
217 Aa: Dus je moet ...  
218 A: Maar ik zou in ieder geval wel inderdaad doorgaan met NSCL en  
219 Aa: Ja met NSCL wel totdat ie eh

---

220 A: Ja  
221 Aa: [...]  
222 A: Ja  
223 Aa: [...]  
224 A: Ok  
225 Vp2: Want vind jij haar over het algemeen trachicart dan?  
226 Aa: Nee. Maar, als het niet nodig is om haar te [...] dan  
227 Vp2: Wat is de reden om [...] te geven dan?  
228 Aa: Dan hoeft het toch niet?  
229 Vp2: Oh ok  
230 A: Nou het betekent wel dat je  
231 Vp2: Nou het is dubbelop he, je moet met haar, met de baby vernevelen, dus dat  
232 moet zij aanleren om dat te kunnen doen en wij moeten sowieso gaan zitten  
233 met vernevelen dus we hebben dubbel werk  
234 A: Ja, dus ik zou eh, ik zou eh  
235 Vp2: Voor ons  
236 A: Bij haar praktisch gewoon kiezen  
237 Vp2: Wel vernevelen  
238 A: Met zout, en daarnaast bactrilin dus dan heeft de verpleging maar één  
239 keer een handeling, is voor haar ook één keer vervelend in plaats van  
240 twee keer vervelend, en anders ga je ouders iets leren waar ze misschien  
241 niet mee naar huis kunnen  
242 Aa: Maar ze gaat als het goed is niet met zout vermenging naar huis  
243 A: Nee maar dat betekent niet, ik denk dat als ze naar huis gaat, hoop ik  
244 dat de thuiszorg voldoende...  
245 Aa: Maar we hopen toch ook dat ze zonder pufjes naar huis kan?  
246 Vp2: Ja  
247 A: Dus waarom zou je dat gaan leren?  
248 Aa: Nou dat hoeft toch ook niet, dat kunnen wij toch gewoon doen?  
249 A: Ja, maar  
250 Aa: Kijk als  
251 Vp2: Ja maar wat ik zei dan moet je dubbele dingen doen, dan moet je en haar  
252 eh met  
253 Aa: Ja maar het is toch ook stom om haar medicijnen te gaan geven als ze die  
254 niet nodig heeft? Omdat het een extra handeling is?  
255 Vp2: Ja maar ze is niet trachicart ervan, ze heeft er geen problemen van  
256 Aa: Ja maar het is niet nodig, ik bedoel...  
257 A: Nou het is wel nodig  
258 Vp2: Het is wel nodig, je wil, je wil alleen  
259 Aa: Nee met zout vernevelen is wel nodig  
260 Vp2: Ja, ok, maar je wil [...] blijven geven  
261 Aa: Ja om het af te bouwen. Het is een stap  
262 A: Laten we deze discussie niet te ver eh voeren  
263 Aa: Het is een stap eh, naar beneden he, het is minder wat je geeft als je  
264 haar een pufje geeft  
265 Vp2: Hm



---

266 Aa: Want als dat daar goed gaat, dan ga ik nog naar meer en dan stoppen  
267 Vp2: Hm  
268 Aa: En ik kan niet stoppen met vernevelen vanaf dit, zeg maar  
269 Vp2: Nee ok  
270 A: Jawel dat kan wel  
271 [...]  
272 A: Ja, dan kan wel. Eh, ze heeft nu last van een beetje piepen maar vooral  
273 van het slijm en [...], en daar helpt NSCL heel goed voor en ze ventileert  
274 nu ook een beetje voor het piepen ook en dat gaat opklaren en tegen de  
275 tijd dat het opgeklaard is heeft ze het niet meer nodig dan stop je  
276 gewoon met vernevelen  
277 Aa: Maar hoe, je gaat toch niet in een keer naar 0?  
278 A: Jawel, niet bij astma maar wel bij gewone virale bronch [...]  
279 Aa: Dat ben ik niet gewend, dat doe ik nooit  
280 A: Ik verwacht dat dat wel gewoon kan  
281 Aa: Ok nou goed, dus je wilt vernevelen doorzetten?  
282 A: Ja ik zou dat gewoon praktisch, vooral vanwege de, je hebt helemaal  
283 gelijk, de theorie erachter,  
284 Aa: Ja  
285 A: Maar in, in dit geval is dat niet zo van toepassing, omdat ze heeft er  
286 geen bijwerkingen van, ze heeft niet die last  
287 Aa: Ja maar  
288 A: Ze heeft er wel baat van, en het is voor de verpleging veel handiger, en  
289 het is voor een baby ook handiger als ze maar één keer gestoord wordt  
290 Aa: Hm. Ok  
291 A: Denk ik  
292 Vp2: Das mijn opinie ook  
293 [...]  
294 A: En heeft zij nog [...]?  
295 Vp2: Oh sorry, ja, twee keer per dag. Daar gaat ze gewoon mee door  
296 A: Ja, ja  
297 (...)  
298 [...]  
299 Aa: [naam patiënt] d'r drains hebben weinig gelopen, gisteravond om zes uur  
300 stond ie op 120 en hij staat nu op 145, dus, 25 cc in 12 uur, is wel wat  
301 aan de ruime kant misschien  
302 A: En hoe zwaar is ze?  
303 Aa: 10 kilo. Of 9,3  
304 A: Is een beetje, op de grens he? Van wat mag  
305 Aa: Ja in het protocol staat 3 cc per kilo per 24 uur maar [...]  
306 A: Ja, nee, je moet vooral ook kijken naar hoe snel het afneemt, eh, als het  
307 nou blijft hangen is het weer wat anders als dat je heel snel ineens wat  
308 naar beneden ziet lopen, dan kun je een beetje...  
309 Aa: Nou ja, het heeft in het begin dus 140 gelopen de eerste dag na OK  
310 A: Ja  
311 Aa: En zij is vandaag, ehm, dag 2, dus het wordt wel steeds minder

---

312 A: Ja  
313 Vp3: Hallo  
314 Aa: Goeiemorgen  
315 A: Hoi. Een hele stapel  
316 Vp3: Ja, drie stuks. Ik ben er ook nog niet helemaal klaar voor, maar goed. Ik  
317 heb [naam patiënt], die  
318 A: Laten we daarmee beginnen  
319 Vp3: Een jongetje van 7  
320 Aa: Ik pas me wel weer aan  
321 A: [...]  
322 Vp3: Is dat goed? Anders doen we het anders hoor  
323 Aa: Nee hoor, nee, het is goed  
324 Vp3: [naam patiënt], een jongetje van 7 jaar met een cardiomyopathie en  
325 stofwisselingsproblemen  
326 Aa: Ja  
327 Vp3: Nou ja, bij elkaar  
328 A: Nou ja denk ik, of een stofwisselingsziekte  
329 Vp3: Ja  
330 A: Ja  
331 Aa: En bij hem is het verhaal, hij is opgenomen met een CVA en toen kwamen ze  
332 erachter dat ie een cardiomyopathie had met een stoels aan de linkerkant,  
333 en toen dachten ze dat alles bij elkaar zou kunnen passen, en toen werd  
334 er gedacht aan een stollings, stofwisselingsprobleem  
335 mytacordiaalprobleem, maar dat weten we nog steeds niet zeker  
336 Vp3: Nee  
337 A: En ook vooral met die ontwikkelingsachterstand heeft ie  
338 Vp3: Hij is nu eh  
339 A: [...]  
340 Vp3: Hij is nu gisteravond opgenomen omdat ie decompenseerde heb ik begrepen  
341 A: Eergisteravond. Ja  
342 Aa: Ja  
343 Vp3: Oh ja  
344 A: 36 uur  
345 Vp3: Ja. Eh, ik heb helaas de de vochtbalansen nog niet uit kunnen rekenen  
346 Aa: Hoe was die over 24 uur?  
347 Vp3: Nou zullen we het daar maar over hebben dan  
348 A: Zal ik eens even, zal ik eens even tellen dan  
349 Vp3: Nou, het, het moet om de drie uur  
350 A: Oh  
351 Vp3: En de laatste is om drie uur uitgerekend dus daarna eh, getalletjes staan  
352 er wel, kan nog wel, kan 't wel uitrekenen  
353 A: Doe je het zelf?  
354 Vp3: Eh, van gisteren, de 23<sup>e</sup>, had ie een vochtbalans van -614  
355 Aa: Mooi  
356 Vp3: En z'n gewicht was 18,6 vanmorgen  
357 Aa: Ok dus hij valt ook flink af

---

358 Vp3: Ja  
359 Aa: Want 't was gister 19,8 he  
360 Vp3: Meer als een kilo. Ja  
361 A: Min, hoeveel?  
362 Aa: 19,8 was ie en hij was 20,3 bij opname. Dus hij is al 2 kilo kwijt. Dat  
363 zie je ook wel aan hem, hij heeft een hele bolle buik en hij heeft een  
364 minder bolle toet  
365 Vp3: Ja  
366 A: Das toch maar, das toch geen kilo dan, 20,3 naar 19,8  
367 Aa: Dat was gister  
368 Vp3: 18,6  
369 Aa: En vandaag 18,6  
370 A: Ah, ok, sorry, ja  
371 Aa: En dat klopt ook wel als je die vochtbalans eh ziet  
372 A: Ja  
373 Aa: En, hoe zijn zijn controles, zijn hartactie, zit die nog steeds zo strak  
374 op de 120, 130?  
375 Vp3: Eh, nou gisteravond was het steeds een beetje aan de hoge kant, maar dan  
376 moesten we waarschuwen als ie boven de eh, 145 kwam en daar zat ie  
377 steeds, 144, 147, toen eh, heb ik gebeld, en ehm, toen hebben we eh  
378 afgesproken dat eh de, eh, hartactie dat accepteren we, mits eh, de  
379 bloeddruk niet naar beneden zakt  
380 Aa: Hm, en hoe waren die?  
381 Vp3: Eh, gisteravond was het 106/72, 105/70, 93/73 dus het was allemaal wel  
382 prima, alleen toen eh om twaalf uur was het 75/57 toen hebben ze weer  
383 gebeld, en toen is er weer afgesproken, dat eh diastole niet onder de 50  
384 mag  
385 A: [...]  
386 Vp3: Ja, zo, zo heet dat  
387 Aa: En hoe is het nu?  
388 Vp3: Eh, nou ik ik kan het beter maar even laten zien want, d'r bleek ook nog  
389 Beetje zelfde als gister, rond de 125, 130, is wel vrij strak  
390 Vp3: Ja. Alleen d'r zit ook nog verschil tussen de eh rechterarm en het  
391 rechterbeen, als ik me de rapportage goed herinner, rechterarm en  
392 rechterbeen ja. Ja want de rechterarm is veel lager dan 't been  
393 A: Dan hoeven we ons d'r geen zorgen over te maken  
394 Aa: Goed  
395 A: Dan is het waarschijnlijk een beetje een meetprobleem dat je [...]  
396 Vp3: Dat zou kunnen  
397 A: Ja  
398 Vp3: Hij heeft inderdaad hele dunne armpjes  
399 A: Ja. Ik dacht, ik wist zijn leeftijd niet. Ik dacht dat het een jongen van  
400 6 was maar hij is  
401 [...]  
402 A: Hij wordt in september 8  
403 Vp3: Ja

404 A: Zo ziet ie er niet uit, vind ik  
405 Vp3: Nee  
406 A: He, het is echt een klein opdondertje  
407 Vp3: Ja. Hij eh...  
408 A: Grote kleuter is het eigenlijk  
409 Vp3: Ja. ik verbaas me ook want ik vroeg 'm toen ie opgenomen werd toen die  
410 avond van hoe oud ben jij? 7 zei die. Toen dacht ik oh, dat had ik niet  
411 gedacht  
412 A: Nee  
413 Vp3: Nee. Ehm, nou hij krijgt dat dorbitamine-infuus  
414 Aa: Hm. Hoe is het met eten?  
415 Vp3: Hij eet...  
416 Aa: Melk, brood zie ik  
417 Vp3: Ja. Beetje  
418 A: Maar ja thuis eet ie ook deels via de voedingssonde  
419 Vp3: Ja. En dat krijgt ie hier ook  
420 Aa: En zijn ontlasting?  
421 Vp3: Hij heeft gisteravond ontlasting gehad, ja, eh, gewone ontlasting  
422 Aa: Hoe ehm, hoe lang zullen we met hem doorgaan?  
423 A: Ehm, we lopen, hij kwam, omdat het thuis niet ging he, met het [...] beleid  
424 [...], en het was in ieder geval ook niet genoeg om zijn hart te  
425 ondersteunen, en je hoopt dat het eh, bijna een periode is waardoor ie  
426 even slecht is en de oorzaak is dan niet helemaal duidelijk, de oorzaak  
427 is niet een infectie of iets anders, en als je hem dan een tijdje opkrikt  
428 dat ie het dan na een tijdje oppakt, zelf. Dat je met een beetje [...] dat  
429 af kunt bouwen of dat je oraal het zo kunt ondersteunen dat z'n hart het  
430 aankan. En, maar het is maar de vraag of eh of dat eh, hoe dat gaat nu,  
431 als je, ik, eh, hij ligt hier voorlopig zeker nog wel een week,  
432 Aa: Hiermee?  
433 A: Ja  
434 Aa: Want hoeveel vocht moet ie kwijtraken, wat hoort ie te wegen, weet jij  
435 dat?  
436 A: Eh, nee dat weet ik niet  
437 Aa: [...]  
438 A: We moeten uitkijken dat het niet te hard gaat, d'r was ook sprake van om  
439 bijvoorbeeld hem over te zetten op eh urinex, nou dat zou ik nu niet doen  
440 want nu gaat het goed hier, met zijn ontwatering, en dat komt ook door de  
441 dobitamine waarschijnlijk he, dat het ontwateren beter lukt  
442 Aa: Ja want hij is sinds ie hier is is ie al bijna twee kilo kwijt  
443 A: Ja. Maar daar moeten we denk ik, zo bij de grote visite even over gaan  
444 hebben  
445 Aa: Ja, heel goed  
446 A: Wat eh, wat het beleid voor hem eh de komende tijd wordt. En dan is het  
447 ook afhankelijk van zijn eh diagnose die, voor zover we die duidelijk  
448 kunnen krijgen, eh, wat zijn pericort, want zijn hart gaat langzaam  
449 achteruit, het gaat niet beter worden waarschijnlijk

---

450 Aa: Hm  
451 A: En eh, ehm, dan hangt het van zijn onderliggende ziekte af of ze hem  
452 bijvoorbeeld voor een harttransplantatie in aanmerking komt, want veel  
453 anders kan je niet met een cardiomyopathie, je kan niet beter maken, je  
454 kan het zeg maar de, symptomen behandelen eigenlijk, maar je kan die  
455 spier niet meer beter maken, de ene behandeling die er voor is is een  
456 harttransplantatie  
457 Aa: En als ie dit heeft dan dan krijgt ie die niet  
458 A: Nee. Dus das een somber eh  
459 Vp3: Verhaal  
460 A: Perspectief  
461 Vp3: Dan had ik nog een vraagje over eh, d'r moet urine verzameld worden  
462 Aa: Ja  
463 Vp3: Maar daar staat 25<sup>e</sup> op  
464 Aa: 24<sup>e</sup>. Vandaag  
465 A: Nee mag wel vandaag  
466 Vp3: Ok  
467 Aa: Van vandaag tot morgen  
468 V3: Goed  
469 A: En de diëtiste vraagt om de natrium intake om te eh beoordelen, te  
470 berekenen  
471 Aa: Nee we zouden eerst zeg maar dit doen, om te kijken hoe dit verlies, van  
472 hoe die eh  
473 A: Misschien is het wel leuk om dat te doen voor de grote visite nog  
474 Aa: De diëtiste dat laten doen?  
475 A: Ja. 'k Weet niet of dat lukt. Ik weet niet hoe de diëtistes hier zijn  
476 (.)  
477 Aa: Nee  
478 A: Hij heeft geen suppletie, of heeft ie ook nog suppletie?  
479 Aa: Jaha, wel  
480 Vp3: Ja  
481 A: Hoeveel heeft ie suppletie?  
482 Vp3: 4 keer 10 milligram  
483 A: Ok  
484 Aa: Nee want daar zaten we juist mee dat krijgt ie en dat is eigenlijk  
485 helemaal niet zo handig voor z'n hart, daar houdt ie z'n niervoelt van  
486 vast en we begrepen niet waarom ie het nodig had  
487 A: Ja, omdat ie waarschijnlijk eh via de nieren ook veel verliest, of door  
488 de lasex  
489 Aa: [...] Had ik bedacht  
490 A: Nou daar kan je ook veel natrium van verliezen. [...] Maar, misschien  
491 moeten we dat eh terug gaan schroeven, maar je zou willen weten, weet je,  
492 zijn intake via zijn bloed zal wel redelijk normaal zijn, en daarna zit  
493 dus vrij veel suppletie  
494 Aa: Hm  
495 A: Vier keer tien millimol of in totaal tien millimol?

---

496 Aa: Nee vier keer tien  
497 A: Das heel veel  
498 Aa: Ja. Daar is zijn natrium ook wel mee gestegen want het zat op 124  
499 A: Is dus 2 millimol per dag extra? [...] Ja, nou, gaan we vandaag eh dus  
500 misschien moeten we dat halveren maar daar gaan we straks bij de grote  
501 visite bedenken. En dan hoor je dat  
502 Vp3: Ja. Is het dan ook nuttig om toch eventjes naar die controles te kijken  
503 die we bij hem moeten doen? Want dat is heel intensief  
504 Aa: Ja die vochtbalans a drie uur die hoeft wat mij betreft eh, denk ik niet.  
505 Ik denk dat het  
506 A: A zes uur  
507 Aa: Ook wel a zes uur kan  
508 Vp3: Nou, het maakt mij niet zoveel uit, ik wil 't wel doen maar dat kind  
509 krijgt zelf amper eh rust  
510 A: Ja  
511 Vp3: Vooral 's nachts  
512 A: Ja  
513 Aa: Ja  
514 A: En die die eh kijk de pols ligt gewoon aan de monitor denk ik of niet?  
515 Vp3: Ja  
516 A: Dus eh  
517 Vp3: Dus kun je gewoon aflezen  
518 A: Ja  
519 Vp3: Dat is het niet maar die bloeddruk meten dat vind ie  
520 A: Dat hebben ze denk ik vannacht gedaan, he, dat was denk ik niet zo  
521 Vp3: Nou de eerste nacht hebben ze 't gedaan omdat ie net aan die dobitamine  
522 lag  
523 A: Ja  
524 Vp3: Gisteren ehm  
525 A: Dat kun je ook wel vier keer daags doen, tenzij eh het niet goed gaat kun  
526 je nog altijd bedenken om het vaker te doen  
527 Vp3: Ok  
528 Aa: Maar, controles staan hier ook maar op vier  
529 A: Nou is denk ik vannacht  
530 Aa: Oh ja  
531 (.)  
532 Aa: Dan stop ik die van vannacht en die andere die loopt nog steeds  
533 Vp3: Doen we dat. Ja. Maar ik wou het liever eventjes overleggen  
534 Aa: Ja. Das prima hoor  
535 Vp3: Nou dat, dan hebben we geloof ik nu alles met eh, voor [naam patiënt] wel  
536 redelijk (.) in het oog  
537 Aa: Hij had gister toch heel veel buikpijn en daar hoorde ik hem vanmorgen  
538 niet meer zo over. Aan de linkerflank  
539 Vp3: Nee, maar  
540 Aa: Maar het is een moeilijk kindje  
541 Vp3: Ja. Hij is zo zielig en

542 A: Dat is iets wat je heel erg op moet letten he, op buikklachten bij een  
543 cardiomyopathie, als kinderen een slechte hartfunctie hebben, dan eh,  
544 hebben ze vaak van die vage klachten die dat eh, die aangeven hoe slecht  
545 het met je gaat. Bijvoorbeeld kinderen kunnen er ook diaree van krijgen  
546 of gaan braken en dat vaak een heel slecht teken als ze dat krijgen. Dan  
547 gaat het vaak slecht met ze. Als het goed is moet ie dat juist niet  
548 krijgen want nu pepen we hem een beetje op  
549 Vp3: Ja. Nou, ik ik heb, ja ik vond hem gisteren gewoon eh, ik heb gisteravond  
550 gewerkt en toen vond ik hem gewoon zielig, alles was te veel, hij was moe  
551 en en  
552 Aa: [...]  
553 Vp3: En buikpijn, ja daarna had ie ontlasting, daar heb ik hem nu niet over  
554 gehoord,  
555 Aa: Ik ook niet  
556 Vp3: Maar ja als je  
557 Aa: Kon 't ook beter onderzoeken dan gisteren  
558 Vp3: Ja  
559 Aa: Hij heeft alleen z'n lever tot bij z'n navel ongeveer, zal ook wel pijn  
560 doen maar hij geeft aan de andere kant pijn aan, dus dat snapte ik niet  
561 zo goed  
562 Vp3: Z'n arm is  
563 Aa: Er is gister foto gemaakt  
564 Vp3: Z'n goeie arm heeft een infuus en z'n andere arm doet zeer en nou ja  
565 Aa: Ja, en die natrium had ie intraveneus gehad en daar kan ie niet tegen  
566 Vp3: Nee  
567 Aa: Dus dat zal ik ook even tegen dokter [naam dokter] zeggen dat het niet  
568 via het infuus mag  
569 Vp3: Ja  
570 Aa: Wie dan?  
571 Vp3: Eh, dan heb ik nog [naam patiënt 1] en [naam patiënt 2]  
572 Aa: Wie doen we als eerst?  
573 A: Nee [naam patiënt 3] toch?  
574 Vp3: Ach eh, eh [naam patiënt 3] bedoel ik. [naam patiënt 3] en [naam patiënt  
575 1]  
576 Aa: [naam patiënt 1]?  
577 Vp3: [naam patiënt 1]. Nou dat is eigenlijk een beetje aan het eh, afbouwen  
578 Aa: Hm-m  
579 A: Mooi  
580 Vp3: Vader doet vandaag eh, oh sorry, ik zal eerst zeggen wat voor kindje het  
581 is [lacht]  
582 Aa: Oh dat weten we wel  
583 Vp3: Ja? Ok. Vader, eh ik heb met vader afgesproken dat ie eh, de zorg vandaag  
584 op zich neemt zodat ie net als eh thuis eh, het zal doen maar dat ie dan  
585 ons op de achtergrond heeft, want morgen gaat ze naar huis heb ik  
586 begrepen, dat is het plan

---

587 Aa: Nou... Eh eh ja, eh we gaan vandaag een thoraxfoto maken, om te kijken hoe  
588 dat d'r bij staat

589 Vp3: Ja

590 [...]

591 Aa: En als dat was is kunnen we inderdaad praten of ze naar huis gaat,  
592 vandaag of morgen

593 A: Ja, en dan kunnen we misschien altijd nog een echo maken

594 Aa: Ja had vader het niet over dat ie gepland stond?

595 A: Weet ik niet [...] voor ontslag

596 Aa: Van het hart?

597 A: Ja omdat zij eventueel ook sporen pericardvocht, niet zo duidelijk maar  
598 wel een spoortje, om te kijken of het niet erger wordt

599 Aa: Ok en dat zou morgen zijn hoorde ik van vader?

600 A: Ja als ze morgen naar huis gaan, is het handig om het morgen te doen

601 Aa: Ja

602 A: Ze denken dat ...

603 Aa: Eventueel zou dat vandaag al wel kunnen, dan. Als vandaag die foto goed  
604 is

605 A: Ja laten we morgen dan maar doen

606 Aa: Ok

607 Vp3: Ehm, die thorax die wordt om half 12 gemaakt

608 Aa: Ok

609 Vp3: Heb ik doorgekregen. Goed, dan moet ik even iets gas terugnemen, dus niet  
610 eh, d'r vanuit gaan dat ze morgen naar huis gaat maar dat er een kans

611 A: Nou wel een grote kans

612 Vp3: Ja. Eventueel morgen

613 A: En zij zweette altijd zo veel is dat nog steeds zo?

614 (.)

615 Aa: Gister [...]

616 A: Is wel een beetje raar dat eigenlijk

617 Vp3: Gister

618 Aa: Ja ze doet het ook vaker bij die correcties en daarna dat ze gewoon een  
619 soort soort storm krijgt van cathloglomie waardoor ze zo zweette

620 A: Ja ik vind het opvallend hoe zij zweet

621 Aa: En [naam patiënt] die die deed dat ook zo

622 A: Ohja klopt

623 Aa: Die was ook zo zeiknat de hele dag, vooral toen ie normale circulatie had  
624 inmiddels

625 A: Die lag de hele dag in z'n blootje in bed

626 Aa: Ja

627 A: Werd ie daarna weer onder

628 Aa: En zij inderdaad ook. En sommige ook niet, maar

629 A: Ja

630 Aa: [naam patiënt] had het weer niet

631 Vp3: Volgens mij is het voor het kindje goed dat ze naar huis gaat want ze is  
632 hier helemaal hyper de eh



---

633 Aa: Ja  
634 Vp3: Piep van van de eh, ja, hoe moet ik het zeggen? Alles is vreemd en daar  
635 reageert ze met heel veel huilen op  
636 A: Ja  
637 Aa: Ja, ze moet gewoon naar huis  
638 A: Maar das ook een goed teken  
639 Vp3: En dan gaat ze ook weer zweten  
640 A: Ja  
641 Vp3: Ja  
642 Aa: He hoe gaat het met eten? [...]  
643 Vp3: Ja, eh, ik zal even vertellen ze heeft gisteren nou, de, bij ons heeft ze  
644 niet zoveel gehad, maar totaal komt ze dan op 900, nou dat is prima he?  
645 Dat is de bedoeling. 70, ze heeft gister heel weinig zelf ge-gedronken en  
646 gegeten  
647 Aa: Ja  
648 Vp3: Gister had ze niet zo'n beste dag naar mijn idee  
649 Aa: He en zijn die pompen enzo besteld voor als ze naar huis gaat?  
650 A: Nee ze gaat niet met pompen ze gaat met eh met hevelen toch, of niet, zeg  
651 ik nou iets fouts?  
652 Aa: [...]  
653 A: Oh haar gaan eh?  
654 Vp3: Volgens mij eh moet dat haast wel, ja  
655 A: Oh. Dat is, denk ik niet besteld ben ik bang, maar  
656 Vp3: Ik eh, zal er even achteraan, ik weet het even niet uit m'n hoofd, hoe  
657 dat, zit  
658 (.)  
659 A: Tenzij haar ouders dat al konden, hevelen  
660 Vp3: Pompen? Ja ze zijn het aan het leren, ze kunnen het nu ondertussen, maar  
661 ik weet niet hoe het met die pompen zit. Ik neem aan dat dat toch wel es  
662 een keer eh  
663 Aa: Ik dacht wel dat dat misschien nog wel eventjes  
664 Vp3: Ik vraag eh, misschien dat de regie dat weet  
665 Aa: En de voeding is besteld, de liaison is er bij volgens mij, de regie zal  
666 het wel weten  
667 Vp3: Ja, sorry, 'k weet het niet  
668 Aa: Nou ja, geeft niets. Nou, ja, dus vanochtend een thorax, morgen een echo  
669 en dan kijken of ze naar huis kan. En ze heeft niet zoveel pericartvocht  
670 dat ze er prednison voor moet hebben?  
671 A: Nee  
672 Vp3: Wat ik me nog afvroeg, ze is begonnen met cerometisaline, dat mag een  
673 week he?  
674 Aa: Ja  
675 Vp3: Ik weet niet meer  
676 A: In het weekend, denk ik  
677 Vp3: Oh, dus 't is is ze d'r toen pas mee begonnen?

678 Aa: Nou, ik heb het gedaan. Nou ik weet niet meer, ik zal even kijken. (.)  
679 Goed  
680 Vp3: Nou en dan hebben we [naam patiënt] (.) Kindje van een jaar waar een  
681 culenne-OK eergister is gedaan. Is gisteravond overgekomen van de Kipi.  
682 Nou, vraag maar  
683 Aa: [...] langsgaan?  
684 Vp3: Ja  
685 Aa: Ze had een prumilaris had ik gezien he? [...] En die voorziet beide longen  
686 nu van bloed. En ze heeft dus nog wel een gemengde circulatie dat is twee  
687 dagen geleden gedaan, 't is vandaag dag 2, en hoe gaat het met haar [...]?  
688 Vp3: Hm, ze heeft nog steeds zuurstof nodig  
689 Aa: Ja, twee liter zag ik hier staan?  
690 Vp3: Ja  
691 Aa: En daarmee net saturaties rond de 75 he?  
692 Vp3: Ja. Met moeite  
693 Aa: En hoe snel is haar ademhaling?  
694 Vp3: Eh, nou ja nu lag ze net te huilen was ie 38 maar anders is ie tussen de...  
695 23 en de 30. Vannacht  
696 Aa: Ok, dus wel netjes  
697 Vp3: Ja  
698 Aa: En die drains die zitten dus met z'n drieën in een pot?  
699 Vp3: Ja  
700 Aa: Dus twee plurodrains en een pericarddrain en die had vanaf gister dat ze  
701 hier kwam, 20 gelopen zag ik he?  
702 Vp3: Eh, ehm, ja ongeveer eh, ja nu eh heb ik 'm afgelezen was 27 vanaf twaalf  
703 uur  
704 Aa: Vanaf twaalf uur tot nu 27?  
705 Vp3: Ja. Hij stond vannacht op 125 en nu las ik 152  
706 Aa: Ok en hoe stond ie dan toen ze hier kwam?  
707 (.)  
708 Vp3: Toen, was het 120  
709 Aa: Ok dus hij is vannacht weer wat meer gaan lopen dan? Want ze is om zes  
710 uur gekomen gisteravond?  
711 (.)  
712 Vp3: Ja  
713 A: Hoeveel heeft ie gister gelopen over de hele dag  
714 Vp3: Over de hele dag, eh, tis met 75 begonnen en eh met 125 geëindigd dus dan  
715 heeft ze  
716 A: 50  
717 Vp3: Heeft ie eh 50 gelopen  
718 A: Ja  
719 Vp3: En we zitten nu op de helft dan ongeveer  
720 A: Nou iets meer al, ja  
721 Vp3: Ja  
722 A: Ja, ja. [...]  
723 Aa: Het is wel jammer want ze is al heel eh beweeglijk. Ze wil altijd

---

724 A: Ja [...] En ze had begreep ik van de avonddienst van onze dienst, dat ze  
725 een beetje een steunende ademhaling had gehad, dus  
726 Vp3: Toen ze kwam? Ja, toen eh, had ze dat  
727 A: Dat, dat viel wel, ja. Ze had erbij, eh, het was niet echt dispnose maar  
728 een beetje dat ze [...] had. Dat zal ook wel  
729 Aa: Gisteravond nog? Of... Na de OK?  
730 A: Eh, gisteravond toen ze hier kwam. Ja  
731 Aa: Ok want nu zit ze er prima bij  
732 A: Ok, das mooi. Dat betekent dat ze vocht aan het kwijt raken is want ik  
733 denk dat het daarvan is. Ze had ook een beetje koorts gisteravond dus kan  
734 ook zijn dat ze  
735 Vp3: Ja één keer he, 38,3 en daarna niet meer  
736 A: Ja  
737 Vp3: Nee  
738 Aa: Ok dus das dan toch misschien wat fors minder uit te halen  
739 A: Ja. Ja  
740 Aa: En hoest met [...]?  
741 Vp3: Eh, kijk maar eventjes  
742 Aa: Ja. Min 20 en temp 36, 37  
743 A: [...]  
744 Aa: 157, en dat had ze maar net  
745 A: Ja  
746 Vp3: En ik weet niet wat het gewicht gister op de Kipi was, maar ze kwam met  
747 9660, dat was haar opnamegewicht  
748 Aa: 9,3 heb ik staan  
749 Vp3: 9,3?  
750 Aa: Ja  
751 Vp3: En ik heb hier 9660  
752 Aa: Oh. Van welke dag is dat?  
753 Vp3: De 20<sup>e</sup>  
754 Aa: Oh ja ze is een paar dagen naar huis geweest, dan is ze misschien wat  
755 aangekomen?  
756 Vp3: Ja, ze lust wel wat  
757 A: [...]  
758 Aa: [...]  
759 Vp3: En ik heb nu een gewicht van 10 komma eh 160. Dus 10 kilo en dan 160 gram  
760 Aa: Ja, ze houdt nog wel wat vocht bij zich  
761 Vp3: Maar, dat is met alle slangen  
762 Aa: Oh  
763 A: Ja  
764 Aa: Ja  
765 A: Maar gister was ze ook wel wat zwaarder nog, geloof ik,  
766 Vp3: He, het infuus, eh  
767 A: Ik weet niet hoe je  
768 Vp3: Nee dat, dat probeer ik eh, nee kan 't niet vinden  
769 Aa: En hoeveel plast zij?

---

770 Vp3: Gister heeft ze 1130 geplast  
771 Aa: En nu? Over zes uur? Of eh twaalf uur sorry  
772 Vp3: Ehm, volgens mij heeft ze nu net ook een luier verschoond, maar in ieder  
773 geval 110  
774 A: Weten we wat de intake is? Wat, wat is de vochtbalans?  
775 Aa: 900 milliliter  
776 A: Ja zou ze moeten krijgen, maar vandaag dronk ze ook vrij veel roosvicee  
777 Vp3: Ze heeft een intake gehad gisteren van totaal 1218  
778 A: Ja. Dus de balans is 0, zelfs iets minder. Positief  
779 Vp3: Ja. Plus 38  
780 A: Ja. Dus toen hebben we gisterenavond gezegd nou d'r moet wel echt een  
781 maximum intake aanhangen van 900, he, 't moet  
782 Vp3: Ja  
783 A: Ouders gaven daarnaast ook aan van  
784 Vp3: Ja heel veel, ja. Moeder wordt zelfs een beetje, nou  
785 A: Aan het stibbeleren?  
786 Vp3: Ja, maar ze vond het ook heel vervelend dat ik zei daar moet je eigenlijk  
787 nu mee stoppen want we zijn nu eh, toch eh ver boven wat ze mag. Vond ze  
788 heel vervelend  
789 Aa: Want je zei die sonde is eruit, maar ze drinkt wel zelf goed, dus?  
790 Vp3: Ja want ze heeft nu net eh, ze had eh sondevoeding gehad vannacht. En  
791 ondanks dat dat eh, ondanks dat dronk ze zo een pap eh fles van 200 op  
792 Aa: Ok dus die hoeft ze voorlopig niet weer  
793 Vp3: Nee volgens mij niet  
794 Aa: En heeft ze ook al wat ontlasting gehad?  
795 Vp3: Ehm, ik weet het niet, niet bij mij  
796 Aa: En ze heeft morfine op 10 staan he? [...] Als ik haar zo zie  
797 Vp3: Nee, nee  
798 A: Dan kun je het eraf halen  
799 Aa: Ja ik zal es kijken of ik een stapje kan doen  
800 Vp3: Morfine d'r uit ofzo?  
801 Aa: Ja, nou niet d'r uit nog, maar een stapje naar beneden. Mogelijk dat dan  
802 morgen die eh als die lijnen eruit zijn dat je wat sneller kwijt kunt  
803 raken en dat [...]  
804 Vp3: Ja. Ok  
805 Aa: Ok. Goed  
806 A: Ja en hoeveel lasex heeft zij?  
807 Vp3: Zal ik even kijken, nee niks, volgens mij niet  
808 A: [...]  
809 Aa: Ze heeft een keer lasex gehad, dat was gister eenmalig op de Kipi  
810 Vp3: Ja  
811 A: Zullen we iets twee keer daags geven? Twee keer daags vijf milligram  
812 ofzo?  
813 Aa: Om haar, hart te ontzien?  
814 A: Ja om, ze heeft nog heel veel vocht bij zich  
815 Aa: Maar dan kan ze toch zelf weggrijpen?

816 A: Als je zoveel drinkt niet  
817 Aa: Nee maar als we d'r nu zeg maar op 900 laten?  
818 A: Ja  
819 Vp3: Dus die totale intake die eh, houden we  
820 A: Is niks mis mee denk ik om even twee dagen wat dioretica erbij te geven  
821 als ze gister een steunende ademhaling had dan denk ik dat ze het wel  
822 kwijt mag  
823 Vp3: Het viel mij gister op toen ze kwam toen had ze net, toen ze lekker in  
824 slaap was, helemaal rustig, was ze, had ze geen hoorbare ademhaling,  
825 helemaal niet. Dus kennelijk als je d'r laat  
826 A: Nou laten we d'r straks dan even naar kijken of we d'r ook  
827 Aa: Ok. Ja  
828 A: Want ik denk wel als we d'r [...]  
829 Vp3: Wat doen we met die eh de sonde doen we d'r niet meer in dus ze mag  
830 overgaan op eh zoals ze thuis eet maar ze mag totaal dan eh, eh 900, daar  
831 zit het infuus en de, voeding bij in, alles?  
832 Aa: Ja  
833 Vp3: Of alleen de voeding 900?  
834 Aa: Nee totaal vocht  
835 Vp3: Ok. Das dus niet zoveel  
836 A: Als ze [...] Maar, laten we maar een kant kiezen dus dan kiezen we 900  
837 maximaal  
838 Vp3: Ja  
839 A: Dus als ze [...] Maar ze heeft geen sondevoeding meer dus dan gaat het op  
840 de andere voeding  
841 Vp3: Goed  
842 A: Moeten we even uitleg geven dat het vocht van de OK er bij zit en dat ze  
843 het moet kwijtraken [...]  
844 Vp3: Misschien is het handig als jullie ook nog benadrukken dat voeding meer  
845 eh, zoden aan de dijk zet dan alleen roosvicee  
846 Aa: Want je hebt voor het infuus alleen morfine lopen he? Dus het is alleen  
847 die morfine op 5 of zo iets?  
848 Vp3: Ehm, de morfine loopt 1,0, zo is het overgekomen van de Kipi  
849 Aa: Ja  
850 Vp3: En ze hebben daar een eh, steuninfuus of drukinfuus naast en d'r loopt,  
851 lopen drie dingen, heel weinig  
852 Aa: Ja ok maar bij elkaar is dat iets van 5 cc per uur denk ik?  
853 Vp3: Ja  
854 Aa: Ja  
855 Vp3: Ja  
856 Aa: Dus dan mis je 100  
857 Vp3: Ja. Dan mag ze nog maar 800  
858 Aa: Ok  
859 Vp3: Nou  
860 A: [...]  
861 Aa: [...]

---

862 Vp3: Jullie zorgen voor de volgende?  
863 Aa: Ja, dat hoeven jullie nu niet. Heeft zij trouwens nog een katheter sorry?  
864 Vp3: Nee  
865 Aa: Die is al uit  
866 Vp3: Ja  
867 Aa: Ok, mooi  
868 Vp3: Ja, en de arteriëlijn was er gisteren uitgehaald  
869 Aa: Ja  
870 Vp3: Ja, en verder nog niet  
871 Aa: Ok  
872 [...]  
873 A: Zij heeft heel veel zin in de visite [lacht]. Hoi, [naam arts]  
874 Vp4: Hoi [naam vp4]  
875 A: Van de kindercardiologie  
876 Vp4: Ja ik zat in de oncologievisite maar ik had een eh ik heb een stagiaire  
877 dus die eh die kon mooi eh [...]. [naam patiënt]. Jongetje van een maand.  
878 Opgenomen met [...]. Ging niet goed maar 't gaat nou wel helemaal goed  
879 A: Precies  
880 Vp4: Wat ik heb begrepen is dat het er een beetje op zit te eh nou ja, dat  
881 ouders zo snel mogelijk leren de zorg over te nemen en dat ie dan naar  
882 huis zou  
883 Aa: Ja  
884 Vp4: Mogen  
885 Aa: En gister zouden ze wat langer komen om dat te leren, om ze daar in te  
886 stimuleren, is dat gelukt?  
887 Vp4: Ja, ze hebben ook afgesproken dat, nu is moeder er ook, om half 10, is ze  
888 gekomen om flesje te geven en dan de prespisonde te gaan geven, zelf in  
889 bad te doen  
890 Aa: Ok  
891 Vp4: Maar eh  
892 Aa: Dus moeder is ook klaar om naar huis te gaan?  
893 Vp4: Ehm, nou, 'k wil ze eigenlijk voor 't weekend weg, vind ik  
894 Aa: Ja  
895 Vp4: Als 't op de verzorging ligt dan eh, zal ik wel eens aan ze vragen of  
896 A: Is het eerste kind he, van deze ouders?  
897 Vp4: Ja ik zal even vragen of ze nog  
898 Vp5: Twee  
899 Vp4: Recht hebben op volledige kraamzorg  
900 Aa: Twee?  
901 Vp5: Geboortekaartje met dat broertje erop  
902 A: Oh ja, ja, klopt ja  
903 Vp4: Ouders hebben zelf ook het idee dat als ze naar huis gaan dat 't allemaal  
904 wel eens veel makkelijker of dat, dat het allemaal goed komt. 't Is meer  
905 dat ze hier heel weinig zijn, maar, maar ze zijn aardig ver met het leren  
906 met de, met de sonde, dus

---

907 Aa: Ok. En hoe is het verder met z'n controles? Z'n hartslag blijft verder  
908 hetzelfde en z'n ademhaling?

909 Vp4: Ja die staat 91, 93, 94

910 Aa: Ligt hij nog aan de monitor?

911 Vp4: Nee, niet meer

912 Aa: Ok. En had je gewicht van hem? Want hij was wat vocht aan het kwijtraken  
913 hadden we het idee?

914 Vp4: 3345 was ie vanmorgen

915 Aa: Ok, dus het blijft wel een beetje hetzelfde. Ok nou hij heeft een lever  
916 van, nou 2 centimeter, [...]

917 A: Is dat vandaag of is dat eh

918 Aa: Nee, das al sinds ie hier is, 't was eerst wat groter zelfs, maar

919 A: Maar [...] of,

920 Aa: Jawel

921 A: Nu is het nog steeds zo

922 Aa: 't Is iets van 2 centimeter maar 't wordt wel iets kleiner, hij was

923 A: Ja

924 Aa: Meer richting 3, 4

925 A: Ja

926 Aa: En dat klopt ook wel want hij is wat vocht kwijtgeraakt in de afgelopen  
927 dagen. Nou dan hangt het een beetje op ouders denk ik

928 Vp4: Ja

929 Aa: Ehm, zullen we een afspraak met ze maken, ja, wat zullen we es doen,  
930 morgen naar huis?

931 Vp4: Ja

932 A: Ja

933 Vp4: Toch ook weer een [...]

934 A: Er is gister ook een schedelecho gemaakt?

935 Aa: Nee, die is er nog niet

936 Vp4: Ja en een ECG is er volgens mij gedaan  
937 [...]

938 Aa: Goed, nou, dan mag hij morgen naar huis

939 Vp4: Ja

940 Aa: En zijn ouders er nu ook zei je?

941 Vp4: Ja moeder is er nu, ja

942 Aa: Ok

943 Vp4: [naam patiënt]

944 (.)

945 Vp4: Is een meisje van 2,5 maand, gedecompenseerd bij een AVST, en slecht  
946 groeien

947 (.)

948 Vp4: Nou die, heb ik alleen nog slapende gezien, die slaapt veel, heeft wel  
949 eh, steeds eh, maar dat is volgens mij bekend, hele hoge eh, ademhaling  
950 in slaap

951 Aa: Ja

952 Vp4: En zodra ze wakker is dan wordt het wat rustiger

---

953 Aa: Ja, en hoe hoog is ie?  
954 Vp4: Ehm, 66, 47, 77, 42  
955 A: Oppervlakkig  
956 Aa: Vind ik wel oppervlakkig  
957 Vp4: Ja heel oppervlakkig is het, ja. Als ze wakker is dan dan ademt ze gewoon  
958 wat netter en dan eh,  
959 A: Ze heeft ook wel een hoge pols vind ik. Dat is bij d'r hartafwijking. Die  
960 was gister een paar keer 180 toen ik erbij eh  
961 Vp4: Oh, nu is ie 145, 138, 152, 135, 168  
962 A: Ja, is iets beter  
963 Aa: En haar saturaties?  
964 Vp4: Eh, tussen de eh even kijken hier staat een keer 88, nu is het 91, 93,  
965 vanmorgen 96  
966 Aa: Ok. En ze plast ook goed?  
967 Vp4: Ja  
968 Aa: Ik vind haar een beetje vergelijkbaar met gister, mogelijk zelfs iets  
969 beter eigenlijk dan gister, ehm, gister viel wel op dat ze 's ochtends,  
970 of eh 's avonds had ze wat koorts gehad en dat had ze gisteravond ook  
971 weer he? Ze is wat snotterig  
972 Vp4: Ja, 38,5  
973 Aa: En nu vanmorgen?  
974 Vp4: 36,6  
975 Aa: Ja  
976 Vp4: Ja ze is behoorlijk snotterig  
977 Aa: Ja, [...] en zij eh, drinkt zij eigenlijk zelf ook, nee he?  
978 A: Nee  
979 Aa: Is allemaal per sonde  
980 A: En dat gaat ze ook zelf niet doen denk ik  
981 Aa: Nee  
982 A: Ze heeft last van [...]  
983 Aa: Ja, maar gister was het idee omdat ze onrustig was dat ze misschien juist  
984 wel graag wil zuigen want ze heeft wel zuigbehoefte, heel erg. Maar dat  
985 is dus kennelijk niet gelukt  
986 A: Nee  
987 Aa: Nee. Ehm, ja zij is gister besproken bij jullie in het team?  
988 A: Ja, er is besproken dat zij snel gecorrigeerd moet worden en dat gaan we,  
989 waarschijnlijk volgende week ergens doen. Maar ik heb het programma nog  
990 niet gezien  
991 Aa: Nee  
992 A: En dan blijft ze hier totdat [...]  
993 Aa: Ok  
994 Vp4: Oh  
995 A: Ja ze is er ook gewoon aan toe nu  
996 Vp4: Ja  
997 Aa: En jullie gaan ook eh, binnenkort met ouders bespreken?  
998 A: Vanmiddag



---

999 Aa: Oh  
1000 A: Vanmiddag hadden we die afspraak  
1001 Vp4: Ja, om half 4 afspraak met de tolk. Ja.  
1002 Aa: Ok  
1003 Vp4: Ik heb ook eh, oproep gekregen voor de eh, voor de vaccinaties  
1004 Aa: Oh  
1005 A: Laten we dat maar daarna doen, denk ik  
1006 Aa: Ja zeker ook niet nu als ze wat koortsig is  
1007 A: Dat is, dat is voor de eerste vaccinatie nog wel goed  
1008 Vp4: Nee  
1009 A: De tweede is  
1010 Aa: Ze is pas van, ja de tweede  
1011 A: Ze is al twee maanden  
1012 Aa: Ze is twee maanden. Dus 't is de eerste. De eerste bij twee maanden  
1013 Vp4: Ja  
1014 (.)  
1015 A: Ok. Nou daarna  
1016 Aa: En had je nog een gewicht van haar voor mij?  
1017 Vp4: 4100  
1018 Aa: Oh, das wel een heleboel meer dan gister  
1019 Vp4: 25  
1020 Aa: [...]  
1021 Vp4: [...] Gister was het 4075  
1022 A: En ze komt dus langzaam weer aan  
1023 Aa: Ja  
1024 A: En bij haar is 't een hele moeilijke balans tussen te veel innemen, qua  
1025 lichaamsvocht, en te weinig uitscheiden  
1026 [...]  
1027 Vp4: Het is een eh lorosepan afbouwschema he?  
1028 Aa: Ja  
1029 Vp4: Alleen, d'r mist een  
1030 Aa: Ja dat zeiden jullie gister ook, maar zit daar ook, ik heb zeg maar drie  
1031 stickers van gemaakt dus die moeten daar nog ergens in zitten  
1032 Vp4: Nou ik heb ze, ik heb net, ik heb deze nieuw allemaal uitgedraaid, hij  
1033 staat niet in de computer  
1034 Aa: Oh. Nou ja, het is vandaag zeg maar  
1035 Vp4: Ik snap wel dat het 26 en 27 is het geheid twee keer daags  
1036 Aa: Ja, ja  
1037 Vp4: Dus ik had ook al een plekje vrij [lacht]  
1038 Aa: Ja  
1039 Vp4: Maar  
1040 Aa: Ik zal d'r even naar kijken  
1041 Vp4: Ja. Hij staat niet in de computer, ik heb gekeken nog  
1042 Aa: Oh bij mij. Das dan raar  
1043 Vp4: Ja ik heb ook, ik heb ze allemaal opnieuw uitgedraaid. Want dit zijn  
1044 allemaal eh, ik denk oh, ik doe gewoon even een nieuw, nieuw lijstje

---

1045 Aa: Ja die is natuurlijk gestart en gestopt, dus misschien krijg je die wel  
1046 niet  
1047 Vp4: Nee maar deze heb ik ook gekregen. Lorosepan van 27/5 tot 29/5, die is er  
1048 wel  
1049 Aa: Die is ook gestart. Hm. Nou  
1050 Vp4: Maar van  
1051 Aa: 'k Zal es kijken  
1052 Vp4: 25 tot 27, nee  
1053 Aa: Ok  
1054 Vp4: Ik bedoel, we snappen het wel, maar ja  
1055 Aa: Ja [lacht]  
1056 A: En [naam patiënt], die is al naar de OK?  
1057 Vp4: [naam patiënt] is naar de OK gegaan, ja  
1058 A: Nou, mooi. Klaar. Tien uur  
1059 Vp4: Jullie zijn helemaal klaar?  
1060 A: Ja. 't Is een wonder  
1061 Vp4: Dan gaan wij eh, aan de slag

---

## Opname 13: 07.05.25 10.30 - Evaluatie

**Rvp:** regieverpleegkundige  
**Aa1:** arts-assistent nummer 1  
**Aa2:** arts-assistent nummer 2  
**A:** arts  
**Co:** co-assistent

[...]

1 Rvp: Hoe was jouw week?  
2 Aa1: Nou ik had een beetje een bijzondere week, omdat ik elke dag ergens  
3 anders zat  
4 Rvp: Ja, dus  
5 Aa1: Dus ik had weinig structuur, maar ik heb me eigenlijk wel goed vermaakt  
6 [lacht]  
7 Rvp: Ok  
8 Aa1: Maar ik heb structureel denk ik niet zo veel te vertellen omdat ik een  
9 beetje vliegende keep was zeg maar  
10 Rvp: Ok. Nee precies. Ja  
11 Aa1: En dat liep op zich wel  
12 Rvp: Ja. Nee maar goed, was wel een redelijk [onduidelijk] [lacht]  
13 Aa1: Ja  
14 Rvp: En qua samenwerking?  
15 Aa1: Ja. Prima  
16 Aa2: Ja ik had eigenlijk hetzelfde, ging wel prima volgens mij  
17 Rvp: Ok. En het in- en uitlopen wat we laatst constateerden dat heel veel  
18 verpleegkundigen constant eh jullie in jullie werk stoorden  
19 Aa1: Eh, is iets beter, vind ik wel.  
20 Aa2: Oh. Nou ik heb het niet zo . Ik had wel toen ik in de late dienst zat  
21 Aa1: Tis wel af en toe wel zo hoor, maar t moet wel kunnen. Dat is altijd zo  
22 he, op een gegeven moment dan is het weer wat meer en dan zeg je d'r weer  
23 wat van en dan is 't weer even minder en nu is het inderdaad wel weer  
24 beter, vind ik  
25 Rvp: Ok  
26 Aa1: 't Is nog steeds wel es, maar niet meer zo storend als dat het eh, was  
27 zeg maar  
28 Rvp: Ok  
29 Aa1: Dus dat houden we wel in de gaten  
30 Rvp: Hangt ook soms van de mensen af die werken  
31 Aa1: Ja. Zeker  
32 Rvp: De een loopt makkelijker binnen als de ander.  
33 Aa1: Ja. zeker  
34 Rvp: Ja. Ok  
35 A: Je hebt soms ook last van in- en uitlopende ouders  
36

---

37 [iedereen door elkaar]  
38  
39 Aa2: In de deuropening, dat je dan niet kan [lacht]  
40 A: Ja  
41 Aa1: Sommige ouders gaan voor de deur staan posten, maar zij komt gewoon echt  
42 zo  
43  
44 [iedereen door elkaar]  
45  
46 Aa2: Ja, zij trekt gewoon de deur open zonder kloppen. Ik dacht, goh, lef heb  
47 jij. Ja  
48 Rvp: Nou ja  
49 Aa1: Vast een eenmalig iets  
50 Aa2: Ja  
51 Aa1: [lacht]  
52 Aa2: Ik snap het wel  
53 Rvp: Jij had ook een goeie week?  
54 A: Ja  
55 Rvp: Samenwerking?  
56 A: Prima  
57 Rvp: Ja?  
58 A: Ja. [mompelt]  
59 Rvp: Ok  
60 A: Ik had eigenlijk ook geen eh, bijzonderheden  
61 Rvp: Ah  
62 A: Voor jou  
63 Co: Nee hoor [lacht]  
64 Rvp: En hoe was jouw week?  
65 Co: Ja goed  
66 Rvp: Ja  
67 Co: Ja. Veel kunnen leren, ja  
68 Rvp: Ja?  
69 Co: Ja, hartstikke leuk  
70 Rvp: Ok. Voor mij was het ook een beetje een rommelige week, want ik heb een  
71 dag gewerkt een dag vrij een dag werken een dag vrij  
72 Aa1: Oh ja  
73 Rvp: Dus 't was eh, nou ja. Dusse, aan de andere kant ook wel een stukje  
74 continuïteit dus nou eh, ja. Maar eh, nou op zich was 't een prima week,  
75 ook eh, prettige samenwerking met jullie ook. Op een gegeven moment met  
76 [naam patiënt] enzo, ook eh... Ja gewoon goed opgepakt, vind ik toch  
77 Aa1: Ja  
78 Rvp: Ook eh hectiek  
79 Aa1: Ja  
80 Rvp: Voor jullie  
81 Aa1: Met [naam patiënt]. Dat ie geopereerd werd  
82 Aa2: Ja omdat het zo ontzettend [onduidelijk]

---

83 Aa1: Ja. Precies  
84 Aa2: En daarna had jij gewoon [naam patiënt] kunnen...  
85 Aa1: Ja ik heb me alleen op [naam patiënt] gestort en daar ben ik de hele dag  
86 mee bezig geweest  
87 Aa2: Ja, precies  
88 Aa1: Ik heb ook niks... Voor mij was het juist ook een hele leuke dag daardoor  
89 Aa2: Ja  
90 Aa1: Omdat je dan juist er zoveel in kan doen en ook nog mee kunt kijken met  
91 die operatie  
92 Aa2: Precies  
93 Aa1: Dus dat kwam heel goed uit inderdaad  
94 Aa2: Ja qua ouders ook ja  
95 Aa1: Ouders, ook, ja  
96 Aa2: Constant er kon zijn  
97 Aa1: Ja  
98 Rvp: Nee maar dat was wel grappig want dat werd gewoon heel mooi goed opgepakt  
99 en dat merkten ze ook aan alle kanten en wij hadden ook de  
100 verpleegkundige [...] vrij  
101 Aa1: Ja, precies  
102 Rvp: Dus dat was gewoon heel erg mooi eigenlijk en dat was op dat moment wel  
103 heel erg nodig eigenlijk he  
104 A: Ja, [onduidelijk]  
105 Aa1: Ja want jullie hadden ook 's ochtends meteen, dan zei X, X was het geloof  
106 ik he  
107 Rvp: Ja  
108 Aa1: Die had drie patiënten en meteen werden die twee overgenomen door anderen  
109 Rvp: Ja precies  
110 Aa1: Dus zij heeft zich ook fulltime met hem bezig kunnen houden  
111 Rvp: Ja  
112 Aa1: Dus dat was ideaal  
113 Rvp: Dat was een goeie samenwerking ja. Iedereen die zag het ook gelukkig dat  
114 dat ook even zo moest  
115 Aa1: Ja, ja  
116 Aa2: Ja  
117 Rvp: Ehm... een ander dingetje dat is meer voor de cardio en daar wil ik het  
118 eigenlijk ook nog even met eh, de cardio over hebben. Vannacht is de  
119 saturatie gemeten aan het oor en dat, nou ja, en dat is ook al even in de  
120 overdracht ter sprake gekomen, eh, dat het toch, ja, het was verbeterd,  
121 de saturatie maar het is ook een betere meting begreep ik. En, is het  
122 niet gewoon handiger om de saturaties dan aan het oor te meten in plaats  
123 van aan een teen of een eh vinger  
124 Aa1: Nou ik heb dat net toevallig over gehad, ik ken het niet namelijk, aan  
125 het oor meten, dus ik vroeg dat ook aan eh [naam supervisor]  
126 Rvp: Ja  
127 Aa1: Die zei van nou ik ken het ook eigenlijk niet, maar  
128 Rvp: Ok

---

129 Aa1: Dus het is niet iets wat zij standaard doen hoor  
130 Aa2: [...] Dat gaat prima hoor [lacht]  
131 Aa1: Nee het was meer zo van een oplossing omdat het zo wisselend was bij eh  
132 bij armen en benen, dat de nachtdienst vannacht had bedacht van nou ja,  
133 probeer eens aan het oor te meten die had blijkbaar ooit eens wel eh  
134 meegekregen vanuit een perifeer ziekenhuis, dat dat wel eens gebeurde  
135 Rvp: Ja  
136 Aa1: Maar dat was zeker geen standaard eh, beleid zeg maar, en ik geloof niet  
137 dat [...] in principe gewoon  
138 A: Niet zo stabiel eh...  
139 Aa1: 't Is onhandig denk ik, vastplakken  
140 A: Ja  
141 Aa1: Ik denk alleen in het geval je d'r wel  
142 A: 't Is ook niet fijn om dat aan het oor te hebben  
143 Aa1: Ja, 't is gewoon veel handiger om het om de teen of een vinger te doen en  
144 meestal is het gewoon voldoende  
145 A: Ja  
146 Aa1: Dus ik denk niet dat je dat als standaard moet invoeren, gewoon echt als  
147 een eh tijdelijke oplossing als het echt even niet anders wil  
148 Rvp: Ok. Maar het moet wel even besproken worden want als het wel zo is dan eh  
149 Aa1: Nee hoor, het was gewoon even een oplossing om het probleem wat eh  
150 Rvp: Ok. Nou, is dat ook helder  
151 Aa1: Ja  
152 Aa1: Kort weekje  
153 Rvp: Wat zeg je?  
154 Aa1: Kort weekje  
155 Rvp: Ja, 't wordt een kort weekje. Lekker genieten  
156 Aa1: Dinsdag puinruimen  
157 Rvp: Meestal wel, vaak is dat wel zo

---

## Bijlage IV Observatienotities Janneke

Uitwerking observaties maandag 7 mei 2007

Geobserveerde dienst: dagdienst Kinderoncologie/-cardiologie, 07.30-15.00

Object van observatie: de seniorverpleegkundige (SVP)

### 07.30 Overdracht

<i>Setting:</i>	<p><i>Waar vindt de communicatie plaats? (locatie)</i> <i>Hoe is de opstelling tijdens het gesprek?</i> <i>Hoe is de fysieke positionering van de gespreksdeelnemers, ook ten opzichte van elkaar?</i></p> <p>De communicatie vindt plaats in de overdrachtskamer. De deelnemers zitten aan een langwerpige tafel. De regieverpleegkundige (RVK) zit bij de deur. De overige verpleegkundigen (VP) lopen in en uit.</p>
<i>Scene:</i>	<p><i>Wie structureert het gesprek/ schriftelijke document?</i> <i>Op welk tijdstip vindt het gesprek plaats?</i> <i>Wanneer wordt het schriftelijke document opgemaakt en gebruikt?</i></p> <p>Het gesprek wordt gestructureerd door de RVK. Het gesprek vindt plaats van 07.30-07.50. De dienstdoende VP's uit de nacht doen verslag van hun patiënten. Iedereen maakt aantekeningen op zijn lanlel. VP's lopen in en uit en kunnen vragen stellen. De RVP maakt aantekeningen en verdeelt de piepers.</p>
<i>Participants:</i>	<p><i>Wie neemt deel aan de communicatieve situatie?</i> <i>Wie spreekt tegen wie? Wanneer? Waarover? Hoe? (In welke stijl?)</i> <i>Wat zijn de rollen van de deelnemers?</i></p> <p>De deelnemers aan deze communicatieve situatie zijn: de RVP, de SVP en verschillende VP's, die in en uit lopen. Deelnemende hoorders zijn degenen die informatie uitwisselen over de verlopen dienst. De geratificeerde afluisteraars zijn de VP's die wel aanwezig zijn maar niet deelnemen aan het gesprek.</p>
<i>Ends:</i>	<p><i>Wat is het doel van de communicatieve situatie?</i> <i>Waar zijn de resultaten voor bedoeld?</i></p> <p>Het doel van de communicatieve situatie is de dienstdoende VP's op de hoogte brengen van het verloop van de nachtdienst en de toestanden van de kinderen. Met de resultaten kunnen de VP's die de dienst ingaan inspelen op wat zij voor hun kind moeten doen.</p>
<i>Act sequence:</i>	<p><i>Wat zijn de opeenvolgende communicatieve handelingen?</i> <i>Wie initieert binnen het gesprek?</i> <i>Wie verricht welke handeling(en)?</i> <i>Als er sprake is van begeleidende fysieke handelingen, wat zijn dan de opeenvolgende fases van die communicatieve handelingen?</i></p> <p>De communicatieve handelingen vanuit het oogpunt van de SVP zijn opeenvolgend: plaatsnemen aan tafel, noteren welke patiënten hij toegewezen krijgt, bijzonderheden noteren in de lanlel, vertrekken. De initiator binnen het gesprek is de VP die verslag doet. Hij draagt daarmee het kind als het ware over aan de nieuwe dienstdoende VP.</p>

<i>Key:</i>	<p><i>Wat is de toon van de communicatie? (serius, grappig, ironisch) (is daarbij sprake van een onderscheid per deelnemer?)</i></p> <p>De toon van de communicatie is in principe serieus, wanneer het over de patiënten gaat. De overdracht bleek echter ook een moment van sociale praatjes, en in dat geval was de toon vaak grappig/ontspannen. De deelnemers stemden dit over het algemeen op elkaar af.</p>
<i>Instrumentalities:</i>	<p><i>Welk communicatiekanaal wordt gebruikt? (mondeling (face-to-face of per telefoon), schriftelijk, digitale media, visuele media, of een combinatie)</i></p> <p>Het communicatiekanaal dat bij de overdracht werd gebruikt, was mondeling (face-to-face) en schriftelijk.</p>
<i>Normen:</i>	<p><i>Op welke (ongeschreven) regels lijken (bepaalde) deelnemers zich te oriënteren in hun communicatieve gedrag?</i></p> <p>De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over een patiënt gaat, en speels wanneer het gesprek niet-werk gerelateerd was.</p>
<i>Genre:</i>	<p><i>Op welke genres van mondelinge of schriftelijke communicatie oriënteren de deelnemers zich op een bepaald moment? (anamnese-gesprek, slecht-nieuwsgesprek, werkoverleg, agenda, notulen, dossiers etc.)</i></p> <p>De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie en informatie uit de dossiers.</p>

#### **Andere bijzonderheden t.a.v. de overdracht:**

Op tafel liggen de dossiers van de kinderen en rode lijsten (controlelijsten) waarop een aantal gegevens wordt bijgehouden (temperatuur, vochtverlies, urine, braken, drainproductie, gewicht, etc.). Deze controlelijsten gaan mee naar de kinderen.

Om 07.50 zijn de RVP en de SVP de enigen in de kamer. Ze evalueren een handeling van een collega-VP, waarbij iets mis was gegaan.

**08.00-10.45 Rondes lopen** SVP begint met het lopen van de rondes. Heeft vier patiënten, gaat beginnen met het geven van de voeding en medicijnen. Loopt de kamers in om de controlelijsten neer te leggen, die meegenomen zijn van de overdracht. Loopt heen en weer van de medicijnkamer naar de kamers van de patiënten. Heeft een vraag over iets met betrekking tot de sondevoeding, zoekt de RVP op om het aan te vragen. Wanneer het antwoord duidelijk is, loop SVP terug naar de medicijnkamer om de medicatie in orde te maken. Aldaar staan drie collega-VP's. De vier aanwezigen kletsen wat met elkaar over het werk, maken grapjes, terwijl ze ondertussen allen de medicatie van hun patiënten in orde maken.

**08.20** De SVP is bij een patiënt en ouders om de medicijnen te geven en het sondevoedingsstelsel uit te leggen.

**08.21** SVP loopt rond om de controlelijsten op te bergen. Staat in medicijnkamer met een collega, ze kletsen wat.

**08.24** SVP keert terug naar de patiënt om bloeddruk te meten. Ouder, kind en SVP zijn aanwezig. SVP noteert bloeddruk in controlelijst. Brengt de urine van de patiënt naar de spoelruimte.

**08.26** Maakt nieuwe medicijnen klaar. Een collega is aanwezig, SVP legt iets uit aan de collega.



---

**08.30** SVP bezoekt een andere patiënt. Stelt een aantal vragen. Constateert een aantal zaken met betrekking tot het medicijngebruik van de patiënt. Gaat een glas halen voor de patiënt. Complimenteert de patiënt. Een andere patiënt in inmiddels gewogen door de ouder en komt dit melden bij de SVP. De SVP loopt erheen en noteert het gewicht in de controlelijst. Keert dan terug naar de vorige patiënt. Voert wat controles uit. Kletst wat met de ouder en patiënt in het andere bed. De patiënt mag misschien naar huis, het wachten is alleen op een arts van een andere afdeling, maar die is nog niet langs geweest.

**08.40** SVP noteert de temperatuur en dergelijke van een patiënt die om 9.00 per ambulance vervoerd zal worden naar een ander ziekenhuis. Voor het geval de ambulance te vroeg is of precies op tijd, noteert de SVP de gegevens vast.

**08.42** Terug naar de medicijnkamer. Daar zijn twee collega's aanwezig. De drie hebben overleg over de sondes.

**08.44** Derde patiënt. SVP voert dezelfde handelingen uit: meten van temperatuur, bloeddruk. Maakt een praatje met de patiënt en de ouder. Kletst over een spelletje dat het kind aan het spelen is. Patiënt klaagt over pijn. SVP informeert naar de soort pijn. Ondertussen vraagt een andere ouder of de SVP nog even kan komen. SVP antwoordt dadelijk te zullen komen. De patiënt die gemeten wordt geeft aan graag te willen douchen. De SVP belooft te informeren bij de arts of de naald van de VAP eruit mag, dit is namelijk een voorwaarde om te kunnen douchen. Wanneer het antwoord bekend is, belooft de SVP dit door te geven aan de patiënt.

**08.52** De SVP gaat naar de ouder die niet vroeg of de SVP even langs wilde komen. Daar blijkt dat er een foutje staat in de brief die de patiënt mee moet nemen naar het volgende ziekenhuis waar de operatie plaats zal vinden. De SVP gaat ermee naar de arts: 'Is patiënt X jouw patiënt?'. De arts antwoordt: 'Als ik ontkennend antwoord geef, hoef ik dan niets te doen?'. Arts bekijkt vervolgens de fout en vraagt of de secretaresse de fout kan herstellen. SVP gaat met de brief naar de secretaresse met de vraag of de fout hersteld kan worden. Secretaresse belooft dit te doen.

**08.58** Laatste patiënt krijgt controle e.d. SVP kletst met de moeder. De vorige voeding van de patiënt is niet genoteerd, maar de ouder weet nog wat en hoeveel de patiënt gekregen heeft.

**09.05** SVP komt erachter dat het ambulancepersoneel zomaar is vertrokken met de patiënt die om 9.00 vervoerd zou worden. SVP vindt dit erg jammer, want had het kind graag succes willen wensen. SVP uit ongenoegen hierover.

**09.15** Alle controles zijn uitgevoerd, behalve het wegen van twee patiënten. Eén patiënt is behoorlijk mager. De ouder uit hierover bezorgdheid tegen de SVP. SVP zegt geen zorgen te maken, dat het de goede kant op gaat.

*Op de vraag van de observeerder of dit een redelijk doorsnee ochtend is, antwoordt de SVP bevestigend.*

**09.20** Locatie: verpleegpost. Vier collega's zitten hier. Ze kletsen wat met elkaar, stellen vragen aan elkaar. De SVP initieert. Ook uit de SVP ongenoegen tegen de collega's over het plotselinge vertrek van de ambulance.

Een ouder komt vragen waar een arts van een andere afdeling blijft. De arts zou naar het kind kijken, en de ouder is ongerust over waar de arts blijft. De SVP zegt hier verder niets van te weten (X is mijn patiënt niet), maar dat VP's geen inzicht hebben in de agenda van een dergelijke arts. SVP zegt het door te geven aan de VP van de patiënt. Ouder vertrekt. Wanneer de VP van de patiënt arriveert, vertelt de SVP van het voorval met de ouder en over de afspraak die gemaakt is met de ouder.

Wanneer SVP en VP alleen zijn, geeft SVP aan even te willen praten over de kwestie van vanochtend, zoals besproken met de RVP.

**09.31** SVP brengt dossiers weg. Vertelt aan de secretaresse nogmaals het voorval met de ambulance.

**09.35** SVP checkt mail.

**09.40** Infuus patiënt piept, SVP gaat nieuwe aanleggen. Op de kamer is een schoonmaakster, die vertelt over een collega wiens contract niet is verlengd en waarom. Dit gesprek wordt opgevangen door de twee patiënten en een ouder die aanwezig zijn op de kamer.

**09.50** SVP gaat naar de verpleegpost. Schrijft de gegevens van patiënten op. Een aantal collega's is aanwezig, maar ieder doet zijn eigen ding (bijwerken van dossiers e.d.).

**09.55** SVP loopt langs de kamer van een patiënt die net terug is van een week thuis. Informeert hoe het met de patiënt gaat.

---

**09.58** SVP verschoont linnengoed in de afvoerkamer. Maakt schoon en kletst wat met een daar aanwezige monteur.

**10.05** SVP overlegt met een collega over het eetgedrag van een patiënt. Checkt het dossier van de patiënt.

**10.08** SVP is klaar met de taken. Loopt een rondje. Patiënt vraagt nogmaals te mogen douchen. SVP zegt de arts nog niet gesproken te hebben.

**10.10** Koffiekamer ouders. Haalt drinken, maakt een praatje met de aanwezige ouders.

**10.12** Naar verpleegpost. Uitvoeren van computerhandelingen.

**10.20** Visite in overdrachtskamer. Aanwezigen: supervisor, twee artsen, twee co-assistenten, RVP en SVP. Tijdens de visite worden de patiënten van de SVP besproken. [geluidsopname gemaakt]

**10.45** Visite is klaar. Dossiers worden opgeborgen. SVP maakt een snelle ronde langs de patiënten.

**10.48** Koffiepauze. Locatie: koffiekamer. Aanwezig: iedereen die op dat moment met pauze is, zowel VP's, RVP, SVP als secretaresse. Gesprekken zijn ontspannen en informeel.

**11.15** Antibiotica geven aan patiënt.

**11.30** Een arts van buiten de afdeling vraagt iets aan de SVP over een patiënt. SVP weet geen antwoord. Heeft vakantie gehad, dus is niet goed op de hoogte. Omdat er ook niks in het dossier van de patiënt stond, weet de SVP van niks.

**11.35** Terug in de koffiekamer. SVP en VP bespreken een arts die volgens hen een tegenstrijdig advies gaf.

**11.45** SVP geeft medicijnen aan de patiënten. Er bestaat onduidelijkheid over een bepaalde medicijn. SVP vraagt om inlichting bij de ouder van de patiënt.

**11.55** SVP ziet ouder van patiënt waarmee iets geregeld moet worden met betrekking tot de patiënt. Het blijkt dat het gaat om miscommunicatie tussen de ouder, de arts en de SVP.

Ouders hebben vraag over de uitslag van hun kind. SVP zegt hun vraag door te geven aan de artsen.

**12.15** Arts komt bij patiënt om vervolgstappen te bespreken. SVP verwijdert VAP bij patiënt.

**12.50** SVP schrijft rapporten. Zit in verpleegpost, houdt lijsten bij. Collega komt erbij, kletsen wat. Apotheker komt, zegt de RVP nodig te hebben. SVP zegt 'Piep maar op'. Dit lukt niet, zegt de apotheker. 'Probeer nog maar een keer', zegt de SVP. Geeft toch de dossiers door die de apotheker nodig heeft.

**13.05** Doorgeven van medicatie aan apothekers.

### **13.15-13.45** Lunch

**13.45** SVP is in de keuken. Overlegt met VP.

**13.50** Verpleegpost. Overleg met diëtiste. Bijwerken dossiers.

**14.10** SVP voert controle uit bij patiënt die mag gaan douchen.

**14.15** SVP heeft patiënt overgenomen van zieke collega. Voert controles uit, maakt praatje met patiënt. Door de zieke collega lopen de schema's van de VP's wat in de war.

**14.20** Werkt dossiers bij. Brengt map 'Rondje bijzonderheden' naar de arts.

**14.30** Patiënt moet overgenomen worden vanwege zieke collega. Onduidelijkheden ontstaan over die deze patiënt nou moet overnemen.

**15.15** Overdracht dagdienst naar avonddienst. Alle nieuwe VP's bekijken de dossiers en werken hun lanlel bij.

*Dossiers blijken heel belangrijk te zijn. Tijdens de overdrachten gaat veel informatie verloren die niet in de dossiers is opgenomen. Dit komt vaak naar voren wanneer de SVP geen antwoord kan geven op vragen van ouders of artsen omdat er niks over in het dossier stond. De schriftelijke communicatie op de afdeling is dus van groot belang en kan een verbeterpunt vormen.*

---

**Uitwerking observaties woensdag 9 mei 2007 Janneke**  
**Geobserveerde dienst: dagdienst Kinderoncologie/-cardiologie, 07.30-15.00**  
**Object van observatie: de regieverpleegkundige (RVP)**

**08.10 Overdracht** Locatie: overdrachtskamer. Aanwezig: RVP.

Secretaresse komt binnen en vraagt aan RVP wat het voor lijsten (enquêtes) zijn die bij de balie liggen. Het zijn lijsten die ouders in moeten vullen. RVP weet van niets en zegt dat de secretaresse het aan de hoofdverpleegkundige moet vragen.

**08.20-08.35** Locatie: overdrachtskamer. PM'ers (Pedagogisch Medewerkers) en de onderwijzer komen bijeen in de overdrachtskamer om de patiënten van die dag te bespreken. De RVP geeft toelichting op patiënten. De oudste PM'er en de onderwijzer nemen deel aan het gesprek, de tweede PM'er is nieuw en neemt de rol aan van niet-deelnemende hoorder.

**08.40** Locatie: overdrachtskamer. Overleg tussen de RVP en een VP over het rooster. Ze hebben het MDO-schrift bij de hand. Het MDO-schrift is belangrijk want het bevat informatie over de kinderen die in het MDO (Multi Disciplinair Overleg) besproken zijn. Het schrift raakt vaak zoek, er zijn er nu zo'n vier in omloop. RVP en VP bespreken met elkaar dat ze het vervelend vinden dat het schrift rondslingert vanwege de persoonlijke informatie die het schrift bevat.

Daarnaast schijnen er af en toe dingen uit de postvakjes te verdwijnen, folders enzo.

**08.50** RVP checkt mail.

*Observeerder kijkt ondertussen rond in de overdrachtskamer. Er liggen allerlei bakken met formulieren, zowel nieuwe temperatuurlijsten en dergelijke als informatiebrieven voor VP's en ouders. De lijst van de VP's met het rooster en het 'Rondje Bijzonderheden' ligt op tafel. Aan de muur hangt een flap-over met de visitestructuur erop:*

- *introductie door de VP*
- *hoe gaat het met de patiënt? (problemen bespreken)*
- *Geven van tempelijst aan arts*
- *Arts neemt over en gaat punten langs (inname- en uitscheidingspatroon, sociaal, beleid).*

**09.00 Visite** Locatie: overdrachtskamer. Eerste VP arriveert in overdrachtskamer met de dossiers van de bijbehorende patiënten. Aanwezig zijn de RVP, dienstdoende VP, arts-assistent, supervisor, co-assistent en een arts uit een ander ziekenhuis.

<i>Setting:</i>	<i>Waar vindt de communicatie plaats? (locatie)</i> <i>Hoe is de opstelling tijdens het gesprek?</i> <i>Hoe is de fysieke positionering van de gespreksdeelnemers, ook ten opzichte van elkaar?</i>  Overdrachtskamer. RVP zit bij de deur aan de kopse kant van de tafel. Aan de lange kant zit de VP die verslag komt doen en de arts-assistent. Aan de korte zijde zit de co-assistent. Aan de andere lange zijde zit de arts uit een ander ziekenhuis en de supervisor. Gesprekspartners zitten dus tegenover elkaar of haaks op elkaar/naast elkaar.
-----------------	--

<i>Scene:</i>	<i>Wie structureert het gesprek/ schriftelijke document?</i> <i>Op welk tijdstip vindt het gesprek plaats?</i> <i>Wanneer wordt het schriftelijke document opgemaakt en gebruikt?</i>
---------------	---

	<p>Het gesprek wordt gestructureerd door zowel de VP als de arts. Eerst doet de VP verslag van de patiënt en stelt de arts-assistent vragen. Vervolgens beslist de arts-assistent in samenwerking met de supervisor over o.a. de medicatie van de patiënt.</p> <p>De visite vindt plaats van 09.00-11.10.</p>
<i>Participants:</i>	<p><i>Wie neemt deel aan de communicatieve situatie?</i>  <i>Wie spreekt tegen wie? Wanneer? Waarover? Hoe? (In welke stijl?)</i>  <i>Wat zijn de rollen van de deelnemers?</i></p> <p>Deelnemers zijn RVP, dienstdoende VP, arts-assistent, supervisor, co-assistent en een arts uit een ander ziekenhuis.</p> <p>VP, RVP, arts-assistent en supervisor spreken tegen elkaar over de betreffende patiënten, toon is serieus.</p> <p>Deelnemers hebben alleen hun eigen rol, van spreker tot hoorder in wisselende samenstellingen.</p>
<i>Ends:</i>	<p><i>Wat is het doel van de communicatieve situatie?</i>  <i>Waar zijn de resultaten voor bedoeld?</i></p> <p>Het doel van de communicatieve situatie is het bespreken van de patiënten met de supervisor en arts-assistent. De resultaten zijn bedoeld om de medicatie en verdere zorg voor de patiënt op af te stemmen.</p>
<i>Act sequence:</i>	<p><i>Wat zijn de opeenvolgende communicatieve handelingen?</i>  <i>Wie initieert binnen het gesprek?</i>  <i>Wie verricht welke handeling(en)?</i>  <i>Als er sprake is van begeleidende fysieke handelingen, wat zijn dan de opeenvolgende fases van die communicatieve handelingen?</i></p> <p>Handelingen zijn introductie van de patiënt door de VP, eventuele problemen bespreken, artsen bespreken medicatie en dergelijke.</p>
<i>Key:</i>	<p><i>Wat is de toon van de communicatie? (serieus, grappig, ironisch)</i>  <i>(is daarbij sprake van een onderscheid per deelnemer?)</i></p> <p>Toon is over het algemeen serieus. Soms worden grapjes gemaakt.</p>
<i>Instrumentalities:</i>	<p><i>Welk communicatiekanaal wordt gebruikt? (mondeling (face-to-face of per telefoon), schriftelijk, digitale media, visuele media, of een combinatie)</i></p> <p>Communicatiekanalen zijn mondeling (face-to-face) en schriftelijk door middel van het bijwerken van dossiers en controlelijsten. Ook de computer wordt gebruikt door de arts-assistent om de medicatie mee aan te passen.</p>
<i>Normen:</i>	<p><i>Op welke (ongeschreven) regels lijken (bepaalde) deelnemers zich te oriënteren in hun communicatieve gedrag?</i></p> <p>-</p>
<i>Genre:</i>	<p><i>Op welke genres van mondelinge of schriftelijke communicatie oriënteren de deelnemers zich op een bepaald moment? (anamnesegesprek, slecht-nieuwsgesprek, werkoverleg, agenda, notulen, dossiers etc.)</i></p> <p>Dossiers</p>

---

Een VP doet verslag aan arts over een patiënt die een VAP heeft gekregen maar waar geen naald in zit. Is hierover een beetje ontevreden richting de arts-assistent (AA). De AA zegt er niks aan te kunnen doen, omdat bij de OK een fout is gemaakt m.b.t. de naald in de VAP.

Er is een tijdsduur geschreven bij een infuus van een patiënt. De tijdsduur blijkt echter niet te kloppen. Het is totaal onduidelijk wie de tijd heeft opgeschreven en waarom.

**09.42** Regiepieper gaat, RVP loopt weg om te bellen.

**10.03** RVP belt met apotheek om duidelijkheid te verkrijgen over de medicatie van een patiënt.

**10.16** Onduidelijkheid over een patiënt. De patiënt wil overgeplaatst worden naar een ander ziekenhuis. Dit mag niet van de supervisor in verband met een ernstige complicatie. Deze reden is niet bekend bij de VP, want die heeft deze patiënt niet eerder gehad. Er staat ook niks over in het dossier. Supervisor zegt 'Zal ik het nu voor eens en altijd vertellen waarom die patiënt niet overgeplaatst mag worden? Schrijf het ook maar op, dan is het duidelijk voor iedereen'.

**10.58** AA uit ontevredenheid over het nalaten van terugkoppeling van informatie door de dermatoloog aan de AA: 'Het is zo jammer dat ze dat nooit even terugkoppelen'.

**10.58** RVP moet dialyseapparaat regelen bij de anesthesist. Krijgt van de AA door wat het precies moet zijn. Het is onduidelijk wie dit zou regelen bij de anesthesist.

**11.10** Einde visite.

RVP benadrukt dat de AA langs de ouder gaat, zoals eerder afgesproken, om aan de ouder uit te leggen waarom het kind niet overgeplaatst kan worden.

**11.15** Pauze

**11.30** Afspraak met zorgplanner over de verzorging van patiënten die naar huis mogen. Voor hun moet thuiszorg en hulpmiddelen geregeld worden.

**11.37** Zorgplanning. Afspraak op M1 met degene die de planning maakt van de bedindeling. Er is namelijk een planningsprobleem want de afdeling ligt vol, maar er moeten wel nieuwe patiënten geplaatst worden. Het probleem wordt voorlopig opgelost door een patiënt tijdelijk op een andere afdeling te leggen.

**11.45** RVP naar de poli om formulieren op te halen. Telefoont met de afdeling (werd opgepiept). Gaat naar de berging op de poli om een serienummer te noteren van de aanvraagformulieren voor de cytostatica in verband met het naar huis gaan van een patiëntje.

Pieper RVP gaat, telefoneert. RVP heeft overleg met een arts van de poliover het regelen van een set voor een patiënt die thuis verpleegd gaat worden.

**11.55** De planning belt dat het probleem met de bedden is opgelost.

**12.04** Terug naar de afdeling. De formulieren worden afgegeven bij de AA.

**12.06** De aanvraagformulieren voor de thuiszorg van het naar huis gaande patiëntje worden ingevuld bij de balie.

**12.07** Het formulier wordt bij de ouders gebracht.

**12.10** RVP gaat naar de AA met een gekopieerde versie van het formulier.

**12.11** RVP ontdekt een foutje op het formulier, herstelt dit.

**12.11** Medicijnkamer. Het formulier wordt per buizenpost verstuurd naar de apotheek.

**12.12** Overleg met een VP over een patiënt die naar huis gaat over de gang van zaken met betrekking tot de pleisters van de VAP en dergelijke.

**12.14** Verpleegpost. RVP pakt controlelijsten van patiënten.

**12.20** Satelliet apotheek.

**12.20** Informatie over een patiënt opschrijven bij de balie.

**12.21** Regiekamer. Bestellen en invullen van formulieren via de computer. Toen dit niet lukte, is erover gebeld.

*In januari heeft de afdeling moeten verhuizen. Daardoor is waarschijnlijk een stapel cytostatica formulieren verdwenen. De RVP heeft nieuwe gehaald op de Onco-poli en vraagt telefonisch nieuwe aan (moest eigenlijk op de computer, maar dit lukte niet).*

---

**12.30** Plannen van diensten.

**12.30-13.00** Pauze

*Uitwerken van informatie op de computer in de verpleegpost.*

**14.36** De ouders van een geopereerd patiëntje komen op de afdeling. Een VP ziet ze en zegt 'Hoi! Hoe is het? Lang wachten hè?'. De communicatie switcht hier dus van inhouds- naar betrekkingniveau.

**15.00-16.00 Overdracht** Locatie: overdrachtkamer. Nieuwe dienstdoende VP's zitten in de overdrachtkamer en lezen de dossiers van hun patiënten door en bespreken de roosters.

Er wordt gesproken over een patiënt die al lange tijd verplaatst wil worden naar een ander ziekenhuis, maar waar de supervisor in de visite over zei dat het te risicovol is om haar te verplaatsen, dus dat ze daarom hier moet blijven. Supervisor zei dat dit duidelijk in het dossier opgeschreven moest worden, zodat het voor iedereen (en daarmee ook voor de patiënt en de ouders) duidelijk is dat het kind niet verplaatst kan worden i.v.m. risico's. Deze informatie is duidelijk nog niet doorgedrongen op de rest van het personeel. Hierdoor bestaat de kans op mixed messages voor de ouders en het kind.

*Niet iedereen zit altijd op een lijn wat betreft de informatie. Misschien is het handig een cursus rapportage in te lassen? Iedereen doet de rapportage namelijk op zijn/haar eigen manier en de een is daarin uitgebreider dan de ander. Belangrijke informatie gaat daardoor soms verloren.*

---

**Uitwerking observaties donderdag 10 mei 2007 Janneke**  
**Geobserveerde dienst: dagdienst Kinderoncologie/-cardiologie, 07.30-15.00**  
**Object van observatie: de seniorverpleegkundige (SVP)**

**07.30 Overdracht** Locatie: overdrachtskamer. Aanwezig: RVP, SVP, VP's die uit de nachtdienst komen, VP's die aan hun dienst beginnen.

De piepers worden verdeeld. Maatjes worden benoemd: per tweetallen die elkaar kunnen adviseren indien nodig en elkaars patiënten overnemen tijdens pauzes.

**07.56** SVP bezoekt patiënt die belde i.v.m. een kapot bed.

**07.58** Spoelruimte, wegen van de urine en po legen.

**07.59** Locatie: Verpleegpost. Gewicht uitscheiding noteren in controlelijst.

**08.03** Locatie: Medicijnkamer. Noteren van de medicatie in de controlelijst.

**08.05** Noteren temperatuur, meten bloeddruk, wegen patiënt, noteren in controlelijst. De patiënt geeft aan zin te hebben in een afspraak om 11.15. De SVP vraagt 'Wat is er dan om 11.15?'. Patiënt 'Dan komen de pedagogisch medewerkers'. 'Oh en vind je dat leuk? Wat ga je dan doen met de PM'er?'. SVP toont belangstelling in de patiënt, is leuk.

**08.16** Patiëntje temperaturen, bloeddruk meten en wegen. Ouders van kind krijgen die middag rondleiding op de poli, omdat het kind naar huis mag en thuis verzorgd moet worden, maar wel twee keer per week naar de poli moet voor controle.

De SVP geeft aan de ouder toelichting op de voeding. Bereidt de ouder voor op eventuele sondevoeding. Stelt de ouder gerust, dat als dit gebeurt, dat het dan niet erg is. Ze moeten het niet ervaren als een teleurstelling. De AA zou nog even naar de patiënt kijken. 'Is dat nog niet gebeurd?' vraagt de SVP. Nee, het is dus nog niet gebeurd, terwijl de AA gister al zou komen. De SVP zegt de AA nog even te mobiliseren voordat de patiënt naar huis gaat.

Waarschuwt de ouder voor het risico op waterpokken als het kind naar huis gaat.

De ouder vraagt de SVP iets over de pleister van de VAP, of die steriel moet zijn of niet. De SVP zegt dat die inderdaad steriel moet zijn, maar blijkbaar hebben niet alle collega's een steriele pleister gebruikt. De ouder zegt erop gebrand te zijn dat in het vervolg een steriele pleister met een gaasje wordt gebruikt. De SVP wil de patiënt ook nog even controleren op schimmels.

**08.30** Naar de verpleegpost. SVP werkt dossier van de patiënten bij.

**08.31** SVP gaat toestemming vragen bij een ouder voor het meelopen.

**08.35** SVP is klaar met het wegen etc. van de patiënt, het wachten is op de visite om 9.00. Tot die tijd hangt de SVP vast de systemen neer ter voorbereiding.

**08.38** Locatie: Medicijnkamer. VP heeft vraag aan de SVP. SVP geeft antwoord en zegt dat de VP even moet overleggen met de anesthesist.

**08.45** Locatie: Medicijnkamer. SVP helpt collega met het plannen van een kuur.

**08.50** Het plannen is klaar. De SVP vraagt misschien nog iets te kunnen doen voor een collega. Dit is niet het geval. Daarom leest de SVP de dossiers nog even na. Het wachten is nu op de visite die om 9.00 begint.

**08.51** Pieper gaat. SVP checkt bij patiënt. Er blijkt niks aan de hand te zijn, de SVP maakt daarom een praatje met de ouders.

**08.54** De SVP geeft uitleg aan de ouder over een patiënt die eventueel naar huis mag. Checkt of er verder nog vragen zijn van de ouder aan de SVP: 'Had je verder nog vragen?'

**08.59** SVP assisteert bij een collega. Legt vast dingen klaar voor het helpen van een collega na de visite. Locatie: berging.

**09.02** SVP helpt bij een collega waarbij de VAP post-ok te vast is geplakt, waardoor de patiënt overstuurd is geworden.

**09.05** Locatie: verpleegpost. Overleg met de RVP: de thuiszorg voor de patiënt is geregeld.

**09.10** SVP pakt dossier en gaat naar de visite in de overdrachtskamer.

**09.11 Visite** Locatie: overdrachtskamer. De SVP, de AA en de supervisor dragen hoofdzakelijk bij aan de interactie. De RVP mengt zich af en toe wanneer het gesprek gaat over een kwestie waar zij iets vanaf weet.

<p><i>Setting:</i></p>	<p><i>Waar vindt de communicatie plaats? (locatie)</i>  <i>Hoe is de opstelling tijdens het gesprek?</i>  <i>Hoe is de fysieke positionering van de gespreksdeelnemers, ook ten opzichte van elkaar?</i></p> <p>Overdrachtskamer. RVP zit bij de deur aan de kopse kant van de tafel. Dit is duidelijk het hoofd van de tafel, er staat ook maar een stoel aan die kant van de tafel, terwijl aan de overzijde twee stoelen staan aan de korte kant. Aan de lange kant zit de VP die verslag komt doen en de arts-assistent. Aan de korte zijde zit de co-assistent. Aan de andere lange zijde zit de supervisor.          Gesprekspartners zitten dus tegenover elkaar of haaks op elkaar/naast elkaar.</p>
<p><i>Scene:</i></p>	<p><i>Wie structureert het gesprek/ schriftelijke document?</i>  <i>Op welk tijdstip vindt het gesprek plaats?</i>  <i>Wanneer wordt het schriftelijke document opgemaakt en gebruikt?</i></p> <p>Het gesprek wordt gestructureerd door zowel de VP als de AA. Eerst doet de VP verslag van de patiënt en stelt de AA vragen. Vervolgens beslist de AA in samenwerking met de supervisor over o.a. de medicatie van de patiënt.          De SVP neemt deel aan de visite van 09.11-09.31.</p>
<p><i>Participants:</i></p>	<p><i>Wie neemt deel aan de communicatieve situatie?</i>  <i>Wie spreekt tegen wie? Wanneer? Waarover? Hoe? (In welke stijl?)</i>  <i>Wat zijn de rollen van de deelnemers?</i></p> <p>Deelnemers zijn RVP, dienstdoende VP, arts-assistent, supervisor, co-assistent. VP, RVP, arts-assistent en supervisor spreken tegen elkaar over de betreffende patiënten, toon is serieus.          Deelnemers hebben alleen hun eigen rol, van spreker tot hoorder in wisselende samenstellingen.</p>
<p><i>Ends:</i></p>	<p><i>Wat is het doel van de communicatieve situatie?</i>  <i>Waar zijn de resultaten voor bedoeld?</i></p> <p>Het doel van de communicatieve situatie is het bespreken van de patiënten met de supervisor en arts-assistent. De resultaten zijn bedoeld om de medicatie en verdere zorg voor de patiënt op af te stemmen.</p>
<p><i>Act sequence:</i></p>	<p><i>Wat zijn de opeenvolgende communicatieve handelingen?</i>  <i>Wie initieert binnen het gesprek? Wie verricht welke handeling(en)?</i>  <i>Als er sprake is van begeleidende fysieke handelingen, wat zijn dan de opeenvolgende fases van die communicatieve handelingen?</i></p> <p>Handelingen zijn introductie van de patiënt door de VP, eventuele problemen bespreken, artsen bespreken medicatie en dergelijke.</p>
<p><i>Key:</i></p>	<p><i>Wat is de toon van de communicatie? (serieus, grappig, ironisch)</i>  <i>(is daarbij sprake van een onderscheid per deelnemer?)</i></p> <p>Toon is over het algemeen serieus. Soms worden grapjes gemaakt.</p>



<i>Instrumentalities:</i>	<p><i>Welk communicatiekanaal wordt gebruikt? (mondeling (face-to-face of per telefoon), schriftelijk, digitale media, visuele media, of een combinatie)</i></p> <p>Communicatiekanalen zijn mondeling (face-to-face) en schriftelijk door middel van het bijwerken van dossiers en controlelijsten. Ook de computer wordt gebruikt door de arts-assistent om de medicatie mee aan te passen.</p>
<i>Normen:</i>	<p><i>Op welke (ongeschreven) regels lijken (bepaalde) deelnemers zich te oriënteren in hun communicatieve gedrag?</i></p> <p>-</p>
<i>Genre:</i>	<p><i>Op welke genres van mondelinge of schriftelijke communicatie oriënteren de deelnemers zich op een bepaald moment? (anamnesegesprek, slecht-nieuwsgesprek, werkoverleg, agenda, notulen, dossiers etc.)</i></p> <p>Dossiers, templistijsten.</p>

**09.31** Einde visite. De SVP gaat naar de verpleegpost. De ouder van een patiënt heeft een vraag over een uitslag van de patiënt. De uitslag is nog niet binnen, de SVP zegt dat de ouder er niet op moet rekenen dat het deze week gebeurt. SVP maakt de kuur voor de patiënt in orde.

**09.38** De reanimatiebel gaat (ten onrechte). De SVP, AA, de RVP en een co-assistent rennen naar het betreffende bed, maar het blijkt loos alarm te zijn. Iedereen keert weer terug naar zijn bezigheden.

**09.42** Een bestelling van een collega is per buizenpost gekomen, maar het blijkt de verkeerde bestelling te zijn. De SVP zegt tegen de collega: 'Ga daar eerst maar achteraan'.

**09.50** RVP voert controles uit bij een patiënt, schrijft de uitslagen op een in het dossier van de patiënt. Plakt medicatiestickers op in het dossier. Locatie: verpleegpost.

**10.10** Een collega is op zoek naar een morfinespuit, de SVP helpt met nadenken. Slaat het dossier van de patiënt er op na. De collega heeft een probleem met de morfine, de sticker klopt ook niet. Uiteindelijk komt het goed, maar de VP en SVP waren gelukkig oplettend genoeg om de fout te kunnen herstellen.

**10.15** SVP maakt een kuur klaar in de medicijnkamer.

*Quote:*

'Ik vind het bijzonder, patiënt X is hier al een week en er is nog niet eens een activiteitenlijst', zegt de VP. 'Ja das wel bijzonder', beaamt de SVP.

**10.19** SVP legt nieuwe kuur aan. Maakt een praatje met ouder en kind.

**10.25** Verpleegpost, bijwerken van dossiers.

**10.28** SVP checkt of een collega (de collega van de morfine) de juiste hoeveelheid morfine heeft gebruikt. Een teveel aan morfine kan namelijk een ademstilstand teweeg brengen. SVP tegen observator: 'Je kunt het beter nog een keer checken dan dat het misgaat'.

Maakt de medicatie voor de ruggenprik van een patiënt om 12.00 in orde. Werkt bij in patiëntendossier.

**11.00-11.30** Pauze

**11.30** Er is een patiënt met een piepende meter. Volgens de ouders van de patiënt heeft de AA de kuur stopgezet. SVP: 'Dat had de dokter niet moeten doen'. Koppelt dit echter niet terug naar de AA die elkaar na dit incident op de gang treffen.

**11.42** SVP belt met de poli voor de rondleiding van een aantal ouders.

**11.46** De afdelingsassistente wordt gehaald om met de ouders van de patiënten mee naar de poli te gaan.

**11.50** De kuur van een patiënt wordt opgehangen door de SVP.

**11.55** SVP naar de satelliet apotheek. Daar is ook de hoeveelheid medicijnen gecheckt. Dit moet namelijk altijd worden gedubbelcheckt om fouten in de medicatie te voorkomen.

**12.00-12.25** LP (ruggenprik) wordt aangebracht bij een patiënt door de AA. SVP bereidt voor en assisteert tijdens de ingreep. Blijft bij de patiënt tot deze uit de roes komt en rijdt het terug naar de kamer. Op de

gang staat een ouder te wachten: 'Ik heb zo even een vraag voor je'. 'Is goed, waar?'. 'Hier?'. 'Waar u wilt'.

**12.37** SVP naar de kamer van de patiënt om de vraag van de ouder te beantwoorden. SVP geeft antwoord op de vraag en legt een en ander uit. Legt het idee achter de plaatsing van een schone VAP-naald uit, dit is namelijk een procedure die later bij de patiënt uitgevoerd zal worden.

De ouders hebben een vraag over de sondevoeding. SVP geeft uitgebreid antwoord op de vraag. Legt uit dat het kind de sonde uit kan spugen en dat de ouders daar niet van moeten schrikken.

De SVP had eerder op de dag tegen de ene ouder gezegd dat het mogelijk is dat het kind op termijn sondevoeding gaat krijgen en dat de ouders daar niet van moeten schrikken. Zegt dit nu ook tegen de andere ouder, zodat ook deze ervan op de hoogte is en het uit de eerste hand verneemt. Stelt gerust: 'Dat is een hoofdstuk voor dan, en dat komt dan wel weer'.

SVP vraagt vervolgens of de AA al is geweest. Dit is niet het geval. SVP benadrukt dat de AA twee dingen bij de patiënt moet bekijken.

*Opvallend, dit gebeurt vaker; een arts zou langskomen en wanneer de VP dit de volgende dag checkt, is er nog niemand geweest. De afstemming van de communicatie tussen de artsen en de verpleegkundigen lijkt beter te kunnen.*

Aan het eind van het gesprek checkt de SVP of de vragen beantwoord zijn: 'Alles weer opgelost?'

**12.55** Komt een patiënt met ouder tegen op de gang, vraag meteen hoe het gaat.

**12.56** Treft liaisonverpleegkundige in de verpleegpost. Hebben het over een patiënt die naar huis gaat. SVP geeft inlichtingen over de patiënt. 'Het is goed dat je dat zegt', zegt de LVP tegen de SVP. De SVP heeft de LVP dus ergens op gewezen dat anders misschien over het hoofd gezien was.

**12.58** Verpleegpost. SVP blaast stoom af over de drukke dag bij een collega.

**13.00** SVP helpt met het vervangen van een VAP-pleister bij de patiënt van een collega.

**13.14** Verpleegpost. Bespreekt met een collega het geval van de naald van eerder die week, waarbij er geen naald mee was geleverd bij de VAP, volgens de AA. Volgens de VP's was dit wel zo.

*Uitwerken van informatie op de computer in de verpleegpost.*

**15.28** AA tegen een ouder: 'Dokter X komt morgen bij uw kind langs'. 'Oh voor een ECG?'. 'Nee, X is de oncoloog! Hij wil morgen even met uw kind praten'. De ouder heeft blijkbaar geen idee wie dokter X precies is, maar de AA lijkt dit niet helemaal te begrijpen.

**15.35** Psychosociaal overleg over een patiënt met gedragsproblemen. Locatie: artskamer. RVP zegt na afloop dat dit overleg nu minder gestructureerd verliep dan normaal, want normaal zijn de psychiaters eerder op de dag op de afdeling voor het overleg en dan is de overdrachtskamer nog vrij. Die was nu bezet voor de overdracht, dus moest het overleg verplaatst worden naar de artskamer, maar daar was weinig ruimte en de meeste aanwezigen moesten staan.

<i>Setting:</i>	<i>Waar vindt de communicatie plaats? (locatie) Hoe is de opstelling tijdens het gesprek? Hoe is de fysieke positionering van de gespreksdeelnemers, ook ten opzichte van elkaar?</i>  Locatie: artskamer. De opstelling is volgens tekening. De kamer is vrij vol doordat er veel mensen in zitten/staan. De meeste zitten, sommige op tafel, anderen op een stoel. De anderen staan. Ze vormen min of meer een cirkel.
<i>Scene:</i>	<i>Wie structureert het gesprek/ schriftelijke document? Op welk tijdstip vindt het gesprek plaats? Wanneer wordt het schriftelijke document opgemaakt en gebruikt?</i>  Het gesprek wordt gestructureerd door zowel de RVP als de kinderpsychiaters, twee stuks in totaal waarvan één vooral aan het woord is. Het gesprek vindt plaats van 15.30 tot 15.45. Er wordt geen document gebruikt.

<i>Participants:</i>	<p><i>Wie neemt deel aan de communicatieve situatie? Wie spreekt tegen wie? Wanneer? Waarover? Hoe? (In welke stijl?) Wat zijn de rollen van de deelnemers?</i></p> <p>Aanwezig bij de communicatieve situatie zijn de RVP, twee AA's, een supervisor, twee co-assistenten, twee kinderpsychiaters, een onderwijzer, en een onbekend persoon (waarschijnlijk een arts). Geratificeerde luisteraars zijn een AA en de onbekende persoon. Niet-deelnemend zijn de twee co-assistenten. De RVP, de AA, de onderwijzer, de supervisor en de kinderpsychiaters spreken tegen elkaar over de patiënt, de toon is serieus.</p>
<i>Ends:</i>	<p><i>Wat is het doel van de communicatieve situatie? Waar zijn de resultaten voor bedoeld?</i></p> <p>Het doel van de communicatieve situatie is het bespreken van de patiënt met de kinderpsychiaters om vervolgstappen te ondernemen ten aanzien van het verbeteren van het gedrag van de patiënt.</p>
<i>Act sequence:</i>	<p><i>Wat zijn de opeenvolgende communicatieve handelingen? Wie initieert binnen het gesprek? Wie verricht welke handeling(en)? Als er sprake is van begeleidende fysieke handelingen, wat zijn dan de opeenvolgende fases van die communicatieve handelingen?</i></p> <p>De initiatie gebeurt om en om, maar de RVP structureert voor het grootste deel.</p>
<i>Key:</i>	<p><i>Wat is de toon van de communicatie? (serieus, grappig, ironisch) (is daarbij sprake van een onderscheid per deelnemer?)</i></p> <p>Toon is serieus.</p>
<i>Instrumentalities:</i>	<p><i>Welk communicatiekanaal wordt gebruikt? (mondeling (face-to-face of per telefoon), schriftelijk, digitale media, visuele media, of een combinatie)</i></p> <p>Communicatiekanalen zijn mondeling (face-to-face).</p>
<i>Normen:</i>	<p><i>Op welke (ongeschreven) regels lijken (bepaalde) deelnemers zich te oriënteren in hun communicatieve gedrag?</i></p> <p>-</p>
<i>Genre:</i>	<p><i>Op welke genres van mondelinge of schriftelijke communicatie oriënteren de deelnemers zich op een bepaald moment? (anamnesege gesprek, slecht-nieuwsgesprek, werkoverleg, agenda, notulen, dossiers etc.)</i></p> <p>Werkoverleg</p>

---

**Uitwerking observaties maandag 14 mei 2007 Janneke**  
**Geobserveerde dienst: avonddienst Kinderoncoloogie/-cardiologie, 15.00-23.30**  
**Object van observatie: de seniorverpleegkundige (SVP)**

**15.00 Overdracht** Overdracht in de overdrachtskamer. De nieuwe dienstdoende VP's spreken door wie welke patiënt die dienst zal verzorgen. Samen bekijken ze het rooster.

De VP's lezen de dossiers in. Na de overdracht schrijft iedereen op het bord de naam en piepernummer achter de patiënten die zij die dag verplegen.

**15.56** De SVP voert controles uit bij een patiënt. Maakt grapjes met de patiënt.

**16.12** SVP assisteert bij een collega, terwijl de familie toekijkt. De familie ziet dus ook hoe de VP iets niet snapt met betrekking tot de sondevoeding.

**16.14** Een babypatiënt huilt. De SVP kijkt in het dossier van de baby of deze misschien drinken mag. Het is onduidelijk of de collega in de dagdienst de baby al gevoed heeft. Kijkt of de VP van de dagdienst er nog is, maar komt onderweg een andere collega tegen die toevallig weet dat de baby inderdaad gedronken heeft, maar dat dit nog niet in het dossier staat.

**16.30** De SVP is bij een patiënt die moet overgeven. Is rustig en behulpzaam. Helpt de patiënt en complimenteert. Noteert temperatuur en bloeddruk.

**16.43** De SVP is bij een patiënt die aangeeft graag haar huisdier te willen zien. De SVP belooft dit in de map te schrijven en te overleggen met de oncoloog. Zegt tegen de patiënt: 'Ik kan me voorstellen dat je je hond graag wilt zien'. De patiënt knikt.

**16.50** De SVP controleert de sonde van de patiënt die overgegeven heeft. De patiënt geeft aan te willen spoelen. De SVP zegt hierop: 'Ja, maar ik wil eerst weten of je sonde goed zit of niet'. De SVP wil de patiënt medicijnen geven, maar de patiënt zegt dit pas om zes uur te moeten in plaats van om vijf uur. De SVP zegt dat het toch echt om vijf uur moet, maar de patiënt is eigenwijs en zegt dat het om zes uur moet. De SVP controleert dit in het dossier van de patiënt en inderdaad, het moet om vijf uur. Schrijft de tijden voor de patiënt op een briefje en zegt dat zes uur ook mag, dat de patiënt het zelf mag weten. De patiënt geeft aan te willen wachten.

Een collega VP komt de pieper halen die de SVP nog in bewaring heeft. SVP: 'Ja ik heb jouw pieper nog, kamer X belt, ook al een tijdje, maar ja...'

**16.59** De SVP gaat aan de AA vragen wanneer deze een bloedkweek bij de patiënt komt doen. Dit moet nog gebeuren, zegt de AA.

*De communicatie tussen de afdeling + poli en de AA is niet altijd optimaal.*

**17.05** De SVP gaat assistentie verlenen bij een kleine ingreep bij een patiënt. Geeft daarvoor de pieper af aan een collega omdat een patiënt veel spuugt. Gaat naar de satellietapotheek om de medicatie van een patiënt te pakken. Assisteert daarna bij een prik. Overlegt met AA en VP in het bijzijn van de ouders van de patiënt. Er is wat onduidelijkheid over de medicatie van de patiënt omdat deze van een andere afdeling komt. Telefooneert hierover later met de betreffende afdeling omdat onduidelijk is of de medicatie nou al is toegediend of niet.

**17.32** Het maatje van de SVP komt overdragen wegens de eetpauze.

**17.50** De SVP overlegt met een patiënt over diens medicatie. De patiënt heeft hier een vraag over.

**18.01** De ouders van een patiënt gaan naar huis. De SVP drukt deze op het hart om te bellen als ze ergens mee zitten.

**18.04** Ouder zegt SVP: 'Maar er was afgesproken dat ...'  
SVP: 'Oh, is dat zo?'

**18.10** SVP is klaar met medicatie toedienen. Vraagt of ze een collega kan helpen. Dat kan, dus holt de SVP de collega bij het inbrengen van de sonde bij een patiënt.

**19.00-19.45** Pauze

---

**19.50** De SVP bergt in de medicijnkamer medicijnen op die bezorgd zijn.

**20.00** De SVP voert controles uit bij een patiënt. Gaat onderwijl met de patiënt een potje handbal doen met een opblaasbal. Dit is goed voor de patiënt die de bal heeft gekregen om oefeningen mee te doen. De patiënt leeft door het spelletje wat op.

**20.20** Bij het bed van een patiënt praten de SVP en een collega over een andere patiënt. Echter, de ouder van een andere patiënt staat binnen gehoorsafstand en kan dus horen wat de VP's over de patiënt zeggen (de ouder is hierbij dus ongeratificeerde luisteraar). Dit is niet heel professioneel.

**20.22** De ouders van de patiënt waarbij de SVP eerder op het hart drukte om vooral te bellen, belt. De SVP praat met ze.

**20.30** In de medicijnkamer hebben de SVP en een collega overleg over medicatie. Daarnaast kletsen ze met elkaar.

*De avond valt op de afdeling. De meeste patiënten slapen en de VP's hebben tijd om in de verpleegpost hun dossiers bij te werken.*

In de verpleegpost wordt thee gedronken. De VP's kletsen met elkaar. Op de afdeling ligt een patiëntje met een vergelijkbare afwijking als die van een kind van een van de VP's. De SVP weet dit en zegt tegen de VP: 'Is voor jou zeker ook wel moeilijk om te zien?'. Het gesprek switcht hier dus van inhouds- naar betrekkingniveau.

Een ouder vraagt of de VP zo nog even komt, want ze hebben nog een aantal vragen. De SVP gaat erheen. De ouder heeft een vraag over de scan die de patiënt moet ondergaan, want de datum stond verkeerd genoteerd in het dossier.

***22.00** Het is rustig op de afdeling. Iedereen slaapt. De VP's werken hun dossiers bij. Af en toe wordt een patiëntje wakker en moet het gevoed worden. De VP's voeren persoonlijke gesprekken.*

De ouders van een andere patiënt bellen om te vragen hoe het met hun kind gaat. De VP's lichten telefonisch toe en stellen de ouders gerust.

**22.30** Overdracht in de koffiekamer.

---

## **Uitwerking observatie Multidisciplinair Overleg dinsdag 15 mei 2007 Janneke**

*In een aparte kamer zitten bijeen: de RVP, een onderwijzer, iemand van psychosociale begeleiding, twee kinderoncologen, een arts-assistent, een co-assistent, een PM'er, een maatschappelijk werkster, een mondhygiëniste en een diëtiste. Zij hebben multidisciplinair overleg over een aantal patiënten van de afdeling. De aanwezigen kunnen zelf inbrengen wie zij willen bespreken [opname gemaakt]. De co-assistent neemt geen deel aan het gesprek, evenals de PSB'er. Zij zijn geratificeerde luisteraars.*

De maatschappelijk werkster doet voornamelijk het woord. Zij brengt de patiënten in en legt hun situatie uit. De andere disciplines (voornamelijk de RVP, de AA en de kinderartsen) vullen aan. Samen praten zij over de casussen. Wanneer een patiënt is ingebracht door de maatschappelijk werkster, vult de kinderarts de informatie over de patiënt op medisch niveau aan.

Bij een bepaalde patiënt tipt de maatschappelijk werkster aan de arts de manier waarop de patiënt het best aangesproken kan worden om de communicatie te bevorderen. Ook is het bij deze patiënt raadzaam om te vragen 'Kan ik nog wat voor je doen?'. *De VP van de vorige dag had dit inderdaad gedaan bij de patiënt en kon op die manier inderdaad contact leggen met de patiënt.*

---

**Uitwerking observaties woensdag 23 mei 2007, Janneke**  
**Avonddienst 15.00-19.00**  
**Object van observatie: de SVP.**

*Ouder geeft aan dat er nog zeker dingen verbeterd kunnen worden in de communicatie. Ouder mist richtlijnen en vindt dat dingen nu ad hoc gebeuren, terwijl ze onderdeel zouden moeten zijn van een procedure. Dit zou tijd opleveren die de VP of arts vervolgens aan de patiënt kan spenderen. De informatieverstrekking kan beter, ouders moeten er nu erg bovenop zitten, willen ze alle informatie krijgen. De ouder moet erg alert zijn, anders gaat er informatie verloren.*

**Locatie: de regiekamer** De VP's willen hun rooster weten. De hoofdverpleegkundige komt binnen en heeft het voorlopige rooster bij zich.

Een VP geeft aan hoofdpijn te hebben vanwege de benauwdheid op de afdeling. De twee andere aanwezige VP's reageren hier niet op. Later komt de voedingsassistente binnen en vraagt uit zichzelf aan de VP: 'Hoe is het met je hoofdpijn?'. De VP geeft aan dat het wel gaat, maar dat het gister wel naar was. De VP lijkt het prettig te vinden dat de assistente interesse toont: bejegening.

De SVP delibereert met de hoofdverpleegkundige over het rooster. Zij en een andere VP maken grapjes.

*Het is weer een drukte van belang op de afdeling.*

**15.30 Overdracht** De VP die komt overdragen geeft aan dat een ouder niet blij is omdat ze niet kunnen blijven slapen omdat er geen plek is in het Ronald McDonald huis en dat het nabijgelegen hotel vol is, evenals het gastenverblijf. Hij had graag hier ergens een kamer willen hebben, maar de VP heeft aangegeven dat zij niet van te voren een kamer mogen reserveren. De SVP geeft aan de lijst met goedkope hotels door te zullen geven aan de ouder.

Een andere patiënt: de VP tipt de SVP aan de avondarts te vragen om een kipibed voor een patiënt die acuut geopereerd moet worden.

**15.32 Regiekamer** In de regiekamer zitten twee VP's die de dossiers van hun patiënten bekijken. Ze praten kort over niet-werk gerelateerde dingen. Een VP klopt zichzelf quasi-grappig op de borst voor iets wat ze heeft gedaan. De SVP reageert niet.

De sfeer onder de collega's lijkt goed. Toch is er daar enige lichte wrijving te bespeuren.

De SVP geeft aan het vervelend te vinden dat de overdracht van de dag- naar de avonddienst altijd zo lang duurt. 'Je zit soms wel een uur te wachten, dat is zó zonde!!'.

*Tijdens de overdracht:*

SVP tegen collega die komt overdragen: 'Heb jij hem maar 60 gegeven? Hij moet 75 hebben hoor!'

Collega VP: 'Oh ja, ja, dat klopt, dat had ik verkeerd opgeschreven, sorry'.

*Over een patiënt:*

VP: 'Ken je hem?'

SVP: 'Ja'.

VP: 'Ken je zijn ouders? Het zijn wel een beetje aparte ouders'.

SVP: 'Jaa.. úiterst aparte ouders'.

Stagiaire over de ouders van een patiënt die het moeilijk vinden om de prioriteit te leggen bij hun kind: 'Het geeft me wel een beetje een raar gevoel, als ik dat zo zie'. SVP: 'Ah joh, dadelijk gaat ie naar huis en dan moeten ze dag en nacht voor 'm zorgen'.

---

SVP tegen ouders die een kamer in Ronald McDonaldhuis/gastenverblijf/hotel zoeken maar waarbij dit niet lukt: 'Het loopt nog niet allemaal feilloos hè?' Ouder: 'Nou, de artsen doen in ieder geval erg hun best'. SVP: 'Jullie kunnen ook hier slapen hoor. Dan slaapt een van jullie gewoon in de behandelkamer'. Ouder: 'We willen jullie niet tot last zijn'. SVP: 'Nee, maar dat zijn jullie absoluut niet!'. De RVP komt aanlopen met een telefoonnummer, heeft nog een kamer in een bed en breakfast kunnen regelen --> behulpzaam.

Ouder: 'Kunnen jullie een flesje klaar maken?'  
SVP: 'Eh, is dat nog niet uitgelegd hoe dat hier moet?'  
Ouder: 'Nee'.  
SVP: 'Oh dan kom ik zo even bij jullie'

SVP tegen ouders patiënt: 'Zullen we even kijken?'

Telefoon: de RVP moet een nieuwe patiënt opnemen. SVP zegt: 'Draag maar aan mij even over'. (eventueel neem een collega de patiënt op).

De SVP is klaar met telefoneren en laat dan aan de ouders zien hoe ze een flesje voor hun kind kunnen opwarmen. Heeft de fles aan de ouders gegeven: 'Jullie redden je zo wel even?' Ouder: 'Ja'. SVP: 'Ok dan kom ik zo nog even langs'.

De anesthesist komt langs bij een patiënt. Ze overleggen over de aankomende operatie. Dit gebeurt op zaal waar ook andere ouders bij zijn. De ouders hebben een vraag over of de operatie wel doorgaat, of dat het eventueel uitgesteld moet worden. De anesthesist antwoordt: 'Dat is een vraag voor de chirurg, die komt er zo aan'. Ouders stellen de vraag aan de chirurg ('Wat gebeurt er als de operatie niet doorgaat?'), die antwoordt 'Dan gaan we huilen, en dan maken we een nieuw plan'. De chirurg, later: 'Ik hoop dat jullie je realiseren dat...'. [duidt op eventuele vervolgooperaties] Ouders: 'Ja, maar zo is het gewoon'. De ouders hebben een vraag aan de chirurg over een pacemaker. De chirurg antwoordt, legt uit en stelt de ouders gerust.

Opstelling tijdens gesprek: de chirurg, anesthesist en ouders staan bij het bed van de patiënt.

**17.03** Telefoon. De RVP heeft de moeder van een patiënt aan de lijn die vragen heeft over haar kind. De RVP heeft doorverbonden met de verplegende SVP. De SVP beantwoordt de vragen: 'Soms is ze wat kortademig, maar dat kennen jullie wel van haar hè?' [moeder reageert] 'Ja maar das toch mooi? Ze maakt een heel tevreden indruk'.

SVP tegen de ouder van een kleine patiënt: 'Tis ook wel leuker om hem z'n eigen kleertjes aan te doen hè? Is ie ook wat meer van jullie'.

Ouders over hun kind: 'Mogen wij hem nog meenemen naar het bedrijfsrestaurant?' SVP: 'Ja, dat mag wel. Hij heeft iedereen gesproken die hij moet spreken dus doe maar'.

**17.15** SVP noteert de gegevens van een patiënt in de controlelijst op de kamer van patiënt.

**17.21 Verpleegpost** SVP noteert de gegevens van een patiënt in het dossier.

SVP krijgt een nieuw kindje erbij, waar weinig gegevens van bekend zijn. VP zegt: 'Anders moet je de AA nog even aanspreken'. SVP: 'Nee, komt wel bij de overdracht'.

Collega's maken grapjes op de gang.

**17.30 Spoelkeuken** De SVP gaat kijken of een kweek weg is gebracht, die weggebracht had moeten worden. De kweek blijkt echter nog gewoon in de koelkast te liggen. De SVP baalt hiervan en zegt: 'Dit is dus een vorm van slechte communicatie'. De dagdienst had de kweek op moeten sturen, want dit kan maar van 8.00-17.00, en dit is niet gebeurd, terwijl het wel in het dossier van de patiënt stond. De SVP zegt al vaak bij de RVP's te hebben aangegeven dat zij 's ochtends even in de koelkast kijken, dit is immers



---

een kleine moeite en zo is er minder risico dat kweken blijven liggen, dit is namelijk zonde. De RVP's hebben deze opmerking echter niet als tip in gebruik genomen.

Een VP zoekt de SVP voor assistentie omdat haar patiënt bloed spuugt. SVP zegt nadat ze de patiënt hebben geholpen: 'Geef jij even door dat de arts er naar kijkt?'

De interactie tijdens deze actie verliep heel rustig, er was geen paniek, ook niet op de afdeling bijvoorbeeld veroorzaakt door onrustige VP's, want zij bleven namelijk heel rustig. De SVP geeft dit als een voorbeeld waarbij de communicatie heel goed verliep.

De SVP belt na deze actie met de AA om door te geven dat de arts naar de patiënt moet kijken.

Pauze. De SVP draagt over aan een collega.

De SVP geeft aan de observeerder aan dat er een 'mooi' moment in de communicatie is: er zou een patiënt komen, maar niemand weet hoe of wat of wanneer. Het kind is ook niet op de poli geweest en niemand weet er wat van, alleen dat er iemand zou moeten komen.

Drie VP's hebben overleg over de patiënt die bloed spuugde; wat zou dit kunnen zijn?

---

## **Uitwerking observaties donderdag 24 mei 2007 Janneke**

**Dagdienst 07.30-16.00**

**Object van observatie: de SVP**

**07.30-08.00 Overdracht** Locatie: de overdrachtkamer [opname gemaakt]. VP's lezen dossiers door. Er wordt overgedragen door de collega's die hun dienst er op hebben zitten. De tempelijsten worden gebracht door een collega. 'Er stond niks op de groene lijst, dat is misschien ook een beetje slordig'. Stagiaire: 'Wat betekenen die kruizen in het dossier?' De VP aan wie ze dit vraagt weet het ook niet.

Nadat de piepers verdeeld zijn, werken de VP's het bord achter de receptie bij. Hierop staat (voor iedereen zichtbaar, dus ook voor bezoekers) welke patiënt op welke kamer ligt, door wie hij/zij verzorgd wordt en welk piepernummer daarbij hoort. Ook staan de dienstdoende zaalarts en co's plus piepernummer genoteerd op het bord.

De SVP gaat naar een patiëntje, zingt voor het kind en houdt ondertussen de monitor van een andere patiënt in de gaten. De ouders hebben een vraag over de operatie die het kind moet ondergaan. SVP geeft antwoord maar benadrukt ook dat het daarmee waarschijnlijk niet in een keer genezen zal zijn: 'Zoveel moet u er ook niet van verwachten'.

Twee VP's hebben overleg over een monitor waar ouders bij zijn. Later piept de monitor, de ouder zet hem uit. De SVP zegt: 'Als ie dat nou heel vaak doet moet je wel even aan de bel trekken. Officieel mogen jullie namelijk niet aan de monitor zitten'. Zegt dit echter niet recht in het gezicht van de ouders, maar terloops. Het is maar de vraag of het is doorgedrongen tot de ouder.

**08.26 Medicijnkamer** SVP maakt medicijnen klaar in de medicijnkamer, waar ook twee andere VP's aanwezig zijn. Ze kletsen wat met elkaar.

**09.00-10.00 Visite (cardio)** Locatie: de koffiekamer [opname gemaakt]. Aanwezig: een AA die in principe het woord doet, een kinderarts cardiologie die de supervisie heeft, een Co die alleen luistert en een VP die verslag doet van de patiënt en vragen stelt. Voorbeeld: AA: 'Patiënt X. Hoe gaat het met dr?' De VP vertelt hoe het gaat en of er bijzonderheden zijn.

De arts geeft aan de visite vaak onnodig lang te vinden duren. Dit ligt ook aan de organisatie zegt de arts: 'Soms is er een regie die de boel strak organiseert, maar soms ook niet, zoals vandaag nu er maar één regie is, dan moeten de artsen de visite zelf structureren'. Ook geeft de arts aan dat de artsen zelf niet te veel in discussie moeten gaan tijdens de visite.

De volgende VP komt op de visite. De AA pakt het medisch dossier uit de kar van de patiënten die door de betreffende VP verzorgd worden.

**10.02 Behandelkamer** De SVP legt medicatie klaar voor de LP van een patiënt. Maakt de benodigde spullen gereed. Collega VP komt binnen: 'Heb jij ook een LP?'

SVP: 'Ja, jij ook? Hoe laat?'

VP: 'Om half 11'

SVP: 'Oh, dan ben ik nu aan het klaarleggen voor iemand anders'

**10.14 Medicijnkamer** SVP haalt kuren op voor de patiënt die straks de LP moet ondergaan. Zoekt daarna een collega op die de kuren kan controleren, dit is verplicht.

**10.20** Praatje met een ouder. De ouder zou de patiënt uitkleden en wegen.

**10.21** Telefoon over een patiënt.

---

**10.23 Artsenkamer** Overleg met AA over de echo die twee patiënten krijgen. De ene patiënt staat ingeroosterd voor vandaag, de ander voor morgen. De ouders willen echter graag ruilen. De SVP pleegt daarom overleg met de AA. Die zal erachteraan gaan en het de SVP laten weten.

Tien minuten later in de medicijnkamer komt een collega VP de SVP vertellen dat het ruilen inderdaad gelukt is. De SVP gaat dit aan de ouders vertellen en zegt tegen de collega dat de ouders inmiddels op de hoogte zijn van de ruil. De VP: 'Oh mooi, dat had ik nog niet gedaan'.

**10.34** SVP hangt een kuur op bij een patiënt. Het infuus gaat piepen. De SVP: 'Dat is altijd even zo hè, in het begin, dat hij piept'. De patiënt glimlacht.

De SVP zegt 'Nou, om elf uur staat de punctie gepland dus dat is mooi'.

Patiënt: 'Hm-m'. 'Wie doet die punctie dan?'

SVP: 'Ik denk arts A of arts B. Ik heb het ze niet horen zeggen. Gaat altijd wel goed hè bij jou?' 'Kan ik verder nog wat voor je doen?' 'Ik maak straks je bed wel op' 'Is wel lekker hè, het raam even open, lekker fris'.

Patiënt: 'Ja'.

**10.40** Bij een andere patiënt. Ouder zegt over kind: 'Ze is wel afgefallen'. De SVP stelt gerust: 'Ze was X kilo toen ze hier kwam, dus ze zit daar nog net onder'.

Over het heen en weer reizen van en naar het ziekenhuis zegt de ouder: 'Het breekt op den duur wel op'.

De SVP: 'Ja hè? Ja het vraagt ook veel'. De SVP toont empathie.

**11.15** De SVP haalt de patiënt op voor de LP. Vraagt: 'Van wat voor muziek hou je?'

**11.20** De patiënt ligt op de behandeltafel. De SVP vraagt: 'Heb je het koud? Zal ik even een deken voor je halen?'

SVP tegen de AA: 'Wil jij een makkelijke kruk? Is wel fijn hè?' De SVP denkt mee over wat handig is voor de AA.

Na de LP wil een VP de patiënt op zijn eigen bed leggen vanaf de behandeltafel, maar de SVP zegt 'Wacht nog maar even, hij is nu nog zo slaperig. Hij is nu zo'n gewicht'. De collega's die het bed de behandelkamer in hadden gereden, rijden deze nu weer naar buiten en één zegt: 'Dan wacht ik op een teken ok?'

**12.25** Het eerste deel van het personeel gaat pauzeren, daarom dragen de maatjes aan elkaar over.

**12.40** Op een patiëntenkamer waar vier patiënten liggen. De SVP is er voor patiënt A, en bij het verlaten van de kamer zegt de ouder van patiënt B tegen de SVP: 'Ze is wakker hoor, zullen we zo gaan vernevelen?'

SVP: 'Ja, dat is goed'.

Ouder: 'Had je ook al gebeld voor die afspraak? Met de secretaresse?'

SVP: 'Oh nee, het is goed dat je het zegt, ik zal het gelijk even doen'.

SVP loopt naar de secretaresse, deze is echter niet aanwezig.

**12.46** SVP helpt bij het vernevelen van de patiënt. De monitor van een andere patiënt op de kamer piept, maar de SVP is bezig met vernevelen van de eerste patiënt en laat de monitor daarom een tijdje piepen.

**12.47** Bij de satellietapotheek. De SVP wil de medicatielijst van een patiënt, maar volgens de apotheker staat de bewuste patiënt niet in het systeem. De SVP zegt even wat te gaan regelen. Loopt naar de RVP, die gaat erachteraan om te kijken hoe het kan dat de patiënt niet in het systeem staat.

**12.48** Medicijnkamer. De SVP gaat navraag doen bij de AA over de medicatie van een patiënt. Vraagt aan de AA: 'Zou je dat opnieuw willen doorgeven? Want het staat niet in het systeem'.

Zegt tegen de RVP: 'Het schijnt allemaal automatisch gestopt te zijn, maar das een beetje gek. Maar de AA zoekt het nu uit'.

SVP gaat navragen bij een collega of de patiënt de overige medicatie dan wel gehad heeft. Dit is wel het geval.

**12.58** SVP loopt naar de satellietapotheek om te kijken of het goed is gekomen met de medicatie van de patiënt. De RVP maakt de nieuwe medicatie gereed. De SVP controleert.

**13.05** Een patiënt ligt aan de monitor, de ouder vraagt waarom dat is. De SVP zegt dat het is vanwege de dubbele dosis dormicum die de patiënt gehad heeft.

---

**13.07** SVP draagt over aan collega VP i.v.m. de lunch. De overnemende VP noteert.

**13.13** De SVP gaat naar een nieuwe patiënt. Stelt zich voor aan de ouder en het kind. Maakt een praatje. Vraagt aan de patiënt of ze zenuwachtig is voor de operatie. Legt kort uit wat er ongeveer gaat gebeuren. Laat de kamer van de patiënt zien aan de ouder en het kind.

**13.20-14.00** Pauze

**14.00** Noteert gegevens van patiënten in de controlelijsten.

**14.04** De RVP vraagt de SVP of die nog iets voor het rondje heeft. Dit is niet het geval.

**14.10** Bijwerken van dossiers in de verpleegpost.

**14.12** De SVP gaat iets vragen aan de RVP over een protocol. De RVP is in gesprek in de artsenkamer en zegt zo bij de SVP te zullen komen. Daarop gaat de SVP terug naar de verpleegpost om daar de dossiers verder uit te werken. Aldaar zijn drie VP's aanwezig, werken hun rapportage uit. Twee VP's overleggen het dieet van een patiënt. Een VP zegt: 'Zal ik het in de dieetlijst noteren?' De andere VP zegt: 'Ja doe maar'.

**14.25** De SVP schrijft een overdrachtsrapport voor een patiënt die overgeplaatst gaat worden.

**14.42** SVP maakt grapjes met de ouder van een patiënt.

**14.53** SVP checkt bij de AA welke ingreep de ingelaste patiënt krijgt.

**14.55** Kijkt in behandelkamer d.m.v. een folder na wat de behandeling van de ingelaste patiënt precies inhoudt.

**15.12** De SVP gaat een anamnesegebesprek doen met de ouder van het kind dat vandaag is opgenomen. Stelt volgens een formulier een aantal vragen aan de ouder over de gezinssamenstelling, huidige klachten van de patiënt, karakter van de patiënt, wat de patiënt wel en niet lust, hoe de patiënt reageert bij pijn, afwijkingen of ziektes in de familie, etc.

Opstelling tijdens gesprek: beiden zittend op een stoel, tegenover elkaar. De SVP heeft een rustige ruimte opgezocht en praat op vriendelijke toon met de ouder. De SVP legt ook het beleid van de afdeling uit. Vraagt dan ook er nog vragen zijn: 'Zijn er wat u betreft nog vragen?'. Na de SPV komt de chirurg een praatje maken. Hij noemt zich tegenover de patiënt de 'operatiedokter'. Hij vraagt aan de patiënt: 'Waarom ben je hier? Kom je hier logeren? Wat gezellig!'. Vervolgens: 'Gaan we alleen leuke dingen doen of ook een beetje nare?' 'Morgen gaan we de beetje nare dingen doen'. 'Waar krijg je een pleister?' [patiënt geeft geen antwoord, stelt de vraag dan anders] 'Krijg je een grote of kleine pleister?' Het kind wil nu weg, dus de chirurg praat verder met de ouder alleen. Legt uit aan de ouder wat er gaat gebeuren.

---

**Uitwerking observaties vrijdag 25 mei 2007 Janneke**  
**Dagdienst 07.30-16.00**  
**Object van observatie: de RVP**

**07.30 Overdracht** In de overdrachtkamer worden de dossiers ingelezen. De RVP verdeelt de maatjes. Het maatjessysteem houdt in dat twee VP's aan elkaar gekoppeld zijn om elkaar te kunnen assisteren. Ook nemen zij elkaars piepers en daarmee patiënten over in de pauzes. Maatjes gaan dus nooit tegelijk met pauze, maar nemen elkaars patiënten waar tijdens de pauze van de ander.

VP 1: 'Had je mijn briefje gezien?'

VP 2: 'Ja'

VP 1: 'Oh, ik denk je komt wel even langs'

VP 2: 'Nee'

VP 1: 'Oh'

Een VP uit de nachtdienst geeft aan dat hij niet snapt waarom de saturatie bij kleine cardiokinderen niet op het oor gemeten wordt, omdat op de teen vaak vertekende en piepende monitoren oplevert. De RVP zegt: 'Ik ga het even voor je uitzoeken. Goed dat je het zegt'.

Op de gang komt De RVP een VP tegen die veel patiënten tegelijk verpleegt. Vraagt aan de VP: 'Lukt het allemaal?'. De VP geeft aan het wel druk te hebben maar even aan te kijken hoe het gaat. Zegt wel even met X te gaan zitten (X is een collega VP die normaal gesproken ook de regie doet). RVP zegt: 'Dat was ook mijn idee. Helemaal goed'.

**8.05** De RVP en de afdelingsassistent bespreken de kamerindeling van de afdeling.

**8.06** Een VP komt naar de RVP toe met de vraag of ze iets met de RVP mag overleggen. De RVP loopt mee naar de overdrachtkamer en samen bespreken ze de kwestie.

**8.07** De voedingsassistente komt de overdrachtkamer binnen. De RVP ziet dit en zegt: 'Oh, mag ik jou dan ook gelijk even wat dingen vertellen?'. De voedingsassistente: 'Ja natuurlijk!'.

**8.15** Overleg met de onderwijzer en de PM'er. Patiënten worden doorgesproken. Wanneer de PM'er en de onderwijzer bemoeienissen hebben met patiënten, wordt besproken wat het plan is.

Over patiënt X vraagt de PM'er: 'Is X naar huis?'. De RVP antwoordt: 'Ja, gelukkig wel, dat gun ik hem meer dan dat'.

Over een andere patiënt geeft de RVP aan dat deze niet overvraagd moet worden, omdat de patiënt heel stoer en hard voor zichzelf is.

Ze bespreken met elkaar of ze vinden dat jonge patiënten stressreductie nodig hebben. De PM'er zegt dat dat soms ook voor de ouders nodig is, en niet eens zozeer voor de kinderen.

**8.35** De RVP puzzelt met de kamerindeling. In verband met nieuwe opnamen, verschillende leeftijden en weinig plek op de afdeling is het lastig om te bedenken welke patiënt waar moet liggen. Wanneer de RVP een indeling heeft gemaakt, geeft ze door aan de secretaresse welke patiënt waar komt te liggen. RVP heeft een dilemma met betrekking tot een jong patiëntje, weet niet waar deze neer te leggen. Bespreekt dit met de secretaresse.

**8.41** RVP komt een VP tegen op de gang die eerder die week druk is geweest met een patiënt die voor spoed-ok moest. Deze patiënt komt vandaag terug op de afdeling en de RVP wil dit laten weten aan de VP: 'X, Y komt terug vandaag. Dacht dat jij dat ook wel prettig vond om te horen'.

Tegen een andere VP die het druk heeft: 'Lukt het, Z?'

**8.49** Er komt een patiënt terug op de afdeling. De zorg voor deze patiënt is nog niet verdeeld. De RVP benadert een VP hiervoor. De VP aarzelt, geeft aan het druk te hebben en wil daarom liever niet een extra

---

overname erbij. Het probleem wordt opgelost doordat een andere VP aanbiedt om de zorg over te nemen. De RVP zegt tegen de beoogde VP: 'Goed hoor, A, dat je dat aangeeft'.

**8.51** RVP zoekt een afdelingsassistente op om nieuwe veranderingen met betrekking tot het kamerooster door te geven.

De RVP stelt alle disciplines zoveel mogelijk op de hoogte van de stand van zaken op de afdeling. Geeft zelf ook aan dit belangrijk te vinden.

**8.55** De RVP geeft aan dat door onderbezetting van het personeel er vaak maar met één regieverpleegkundige gewerkt kan worden, omdat de RVP wegens gebrek aan personeel vaak ingezet moet worden in de zorg. Zegt dat dit jammer is, want het gaat ten koste van de informatie, omdat de RVP die alleen is gewoon te veel te doen heeft om overal alles vanaf te weten.

De RVP geeft ook aan dat er altijd strijd is tussen de oncologiearts en de cardiologiearts, omdat ze hun eigen patiënten belangrijker vinden. De RVP zegt echter ook dat het op M2 nog best goed gaat qua communicatie tussen de artsen en de verpleegkundigen, dat het veel erger kan (weet dit uit ervaring).

**In de visite:** De AA bespreekt een patiënt met een VP. Ze spreken af dat de VP de fysiotherapeut belt en een aantal recepten zal checken. De VP schrijft dit op de lanlel.

Dokter X zou bij een patiënt komen, maar is nog niet geweest. 'Oh, ik word hier zo moe van', zegt de AA. 'Ik bel m zelf wel even'.

Van een patiënt wordt een verandering in de sondevoeding besproken. De RVP zegt tegen de VP: 'Schrijf jij dat even duidelijk op?'.

De AA wil graag bepaalde bijzonderheden over de ontlasting van een patiënt weten. Noteert dit voor de duidelijkheid zelf (normaal doet de VP dit) in de groene lijst in het dossier van de patiënt. De VP schrijft het op de lanlel.

**10.25 Einde visite** De RVP stelt voor om nog even te evalueren [opname gemaakt]. Bij de evaluatie zijn twee AA's aanwezig, de supervisor, een co-assistent en de RVP zelf. Deze groep mensen evalueert normaal gesproken altijd aan het eind van de week. De RVP gaat iedereen bij langs: 'Hoe was jouw week?' 'Hoe was de samenwerking?'. Vraagt aan de twee AA's, de supervisor en de co hoe hun week was, en vertelt vervolgens hoe de eigen week was. Complimenteert de groep met de prettige samenwerking, ook toen eerder die week een patiënt acuut geopereerd moest worden. Ook toen heeft de RVP een goede samenwerking in het team geconstateerd. Tijdens de evaluatie checkt de RVP ook nog even het geval van het meten van de saturatie aan het oor, waar een VP tijdens de overdracht die ochtend mee kwam.

### **11.00**

De RVP gaat naar M1 voor de planning. Hier wordt met de planster de indeling van de bedden besproken. Later weer terug op de afdeling belt de RVP nogmaals met de planning om twee kamers in het Ronald McDonaldhuis te reserveren. Zoekt daarna een VP op om dit aan te vertellen, zodat deze het weer aan de ouders kan vertellen. De RVP wordt later gebeld door het Ronald McDonaldhuis om het werkelijk om een eenpersoonskamer gaat. De RVP checkt dit nog even bij de VP, het blijkt inderdaad te kloppen. De RVP zegt: 'Ik wist het ook al wel een beetje omdat jij het zei'. De RVP geeft hiermee blijk van vertrouwen in de VP.

**11.25** In de regiekamer. De overdracht voor het weekend is door de RVP al tijdens de visite geschreven. Deze overdracht is een lijst met alle patiënten die in het weekend op de afdeling aanwezig zijn, inclusief bijzonderheden. De RVP gaat nu bezig met de planning voor tijdens de avonddienst. Dit houdt in dat de patiënten verdeeld worden over de VP's.

---

**11.40** RVP bestelt materiaal bij via internet. Een VP kwam namelijk vertellen dat van het bewuste materiaal nog maar één exemplaar over is. Het bestellen vordert nog niet erg, want de liaisonverpleegkundige komt binnen.

**11.44** Afspraak met de liaisonverpleegkundige. Patiënten die naar huis gaan worden besproken, ook de benodigheden die de patiënten hiervoor moeten hebben worden besproken.

**11.55** Stuurt via de buizenpost bij de balie een aantal medicijnen op naar een andere afdeling. Dit naar aanleiding van een telefoontje van de andere afdeling.

**11.58** Twee mensen komen bij de balie in verband met een onderzoek naar voedingsproblematiek van kinderen boven de acht jaar. De RVP bekijkt het rooster om te kijken welke kinderen hiervoor in aanmerking komen. Dan blijkt dat het vooral gaat om kinderen die thuis problemen met eten hebben. De RVP zegt niet zulke patiënten op de afdeling te hebben. De twee mensen druipten af. De RVP uit daarna ongenoegen over de houding van de twee mensen: stelden zich nauwelijks voor, waren niet heel beleefd, het was onduidelijk wat ze precies wilden. De RVP zegt dit vervelend te vinden en dit te zullen terugkoppelen aan degene van wie het onderzoek uit gaat.

**12.06** In de satellietapotheek. De RVP geeft aan de apothekers door welke patiënten er vandaag komen en gaan.

**12.07** Gaat terug naar de regiekamer om op de computer verder te gaan met de bestelling van het artikel. De computer werkt echter niet mee. Omdat de RVP het artikelnummer van te bestellen materiaal niet weet, wordt voor hulp gebeld naar de inkoopdienst. Checkt bij de inkoopdienst hoe deze het artikel wél zo snel kon vinden (reden: inkoopdienst heeft een ander programma waarin dit soort dingen makkelijk op te zoeken is). Wanneer het artikel besteld is, gaat de RVP naar de medicijnkast in de behandelkamer en legt het artikel met een briefje erbij terug in de kast. Op het briefje staat dat dit het laatste exemplaar is, maar dat nieuwe reeds besteld zijn. Dit om te voorkomen dat andere RVP's hetzelfde gaan doen en de bestelkosten de pan uit rijzen.

**14.25** De RVP bekijkt het dienstrooster: 'Heeft ze het toch weer voor elkaar hè?'. De RVP zou met een collega eerlijk de regie verdelen over een aantal dagen, zodat ze allebei een dag vrij waren: de één een dag voor het Pinksterweekend en de ander een dag erna. De RVP constateert nu dat deze toch beide dagen moet werken, terwijl de bewuste collega de beide dagen vrij is. De RVP: 'Dan denk ik van ...'. Is hier duidelijk niet blij mee.

**14.45** De RVP komt aangelopen: 'Ik heb een grote communicatiefout gemaakt! Martijn Krabbé zou vandaag op de afdeling komen en ik ben helemaal vergeten het te zeggen en nu is iedereen onvoorbereid!'.

**15.07** De RVP is op de kamer van een patiënt die net terug is van de Kipi. Deze patiënt moest eerder die week acuut geopereerd worden. De RVP vraagt aan de patiënt: 'Ben je ook benauwd?' 'Voel je je al wat beter? Nee? Er is ook zo veel gebeurd'. Vraagt daarna nog een keer of de patiënt benauwd is. Doet een aantal metingen bij de patiënt en kondigt deze vooraf aan. Zorgt dat de bel onder handbereik is van de patiënt. Later op de gang zegt de RVP dat sommige collega's wel eens vergeten die bel in de buurt te leggen, maar dat zulke zieke kinderen dan geen kant op kunnen als er wat gebeurt. Dan liggen ze daar maar.

Komt op de gang de VP tegen die de patiënt verzorgt. Zegt tegen deze VP de patiënt nog wel wat benauwd te vinden, ook zegt deze zelf van niet. Werpt later nog een blik op de patiënt. Deze wordt dus goed in de gaten gehouden.

**15.16** Checkt of iedereen klaar is om over te dragen voor de avonddienst. Checkt bij collega: 'Kom jij er een beetje door?'.

---

Controleert of alle dossiermappen in de overdrachtskamer zijn. Zegt dit te doen omdat het een hoop tijd scheelt bij het overdragen wanneer alle dossiers al aanwezig zijn in de overdrachtskamer.

**15.26** De schoonmaker komt vragen of hij nog iets moet schoonmaken.

**15.43** Kort overleg met de liaisonverpleegkundige op de gang. Wisselen formulieren uit.

**15.50** Controleert de medicatie bij een collega.

**16.05** Overdracht: vult de verpleegmap in.

*Wanneer de VP's even niks te doen hebben, gaan ze naar hun collega's om te vragen of ze iets voor hun kunnen doen.*

*In de medicijnkamer ligt standaard een schrift van de apotheek waarin de apothekers en de VP's opmerking en vragen met betrekking tot de medicatie van de patiënten op kunnen schrijven.*

*Naarmate de observaties vorderden en wij langer op de afdeling rondliepen, werd het personeel steeds toegankelijker voor ons. In het begin was er bij sommige medewerkers nog wel eens wat argwaan te bespeuren, maar naarmate de tijd vorderde, raakten ze aan ons gewend en leken de meeste vooroordelen te zijn weggenomen. De medewerkers werden heel vriendelijk en geïnteresseerd (voor het geval ze dat niet al waren).*



---

**Uitwerking observaties zondag 3 juni 2007 Janneke**  
**Dagdienst 07.30-16.00**  
**Object van observatie: de SVP**

*Aan de muren op de afdeling hangen kleurige schilderijen. Op de deuren van de kamers zijn ook schilderijen afgebeeld van onder andere grappige schapen, beren en vissen. Deze schilderijen zijn gemaakt door studenten van de kunstacademie.*

*Er is kinder-tv op woensdag en op maandag, woensdag en vrijdag komt de videokar langs.*

**07.30** Overdracht. Locatie: koffiekamer. VP komt patiënt overdragen: 'Geen bijzonderheden. Ohja, wél!'.

Er is een probleem met betrekking tot de hoeveelheid morfine die een patiënt krijgt toegediend. Er stond niks over in de groene lijst, dus de dienstdoende nachtverpleegster heeft morfine aangehangen, maar volgens de SVP heeft de patiënt al gekregen: 'Dat heb ik mondeling aan X overgedragen!' (*X is de collega uit de avonddienst van de dag ervoor. X fungeert normaal gesproken ook als regieverpleegkundige*). VP: 'Oh dat heeft X dan niet aan mij overgedragen, en ik heb dat ook niet gelezen, dus dan is daar een kink in de kabel gekomen'. *Conclusie: de patiënt krijgt de verkeerde dosis morfine (te veel), omdat X dit nergens heeft opgeschreven en ook niet mondeling heeft overgedragen, waardoor de nachtdienst van niks wist.*

Over een andere patiënt vraagt de SVP: 'Die kweek, moet die nog wel?'

VP: 'Dat is nog van voor de OK dus je moet maar even vragen'. 'En patiënt X staat hier [*hier= op de lanlel*] op bed 5.4, maar daar ligt X. Dat je niet denkt van 'hè?'.

*Een VP zegt tegen ons dat wij meer interdisciplinair moeten kijken, want tussen hun [*hun= de verpleegsters*] loopt het allemaal wel. Een andere VP zegt echter dat we nu wel goed kunnen zien waar het misgaat: in de communicatie met de andere disciplines. De eerste VP beaamt dit.*

**8.20** Nog steeds in de koffiekamer, de VP's van de dagdienst voeren een geamuseerd gesprek over de afkomst van de VP's en de oorsprong van hun namen.

**8.31** SVP belt met de anesthesist want een patiënt heeft pijn (is net één dag terug van OK). Er wordt echter niet opgenomen, dus belt de SVP met een algemeen nummer om te informeren of het acute pijnteam er is. Een verpleegkundige van het pijnteam kan een half uur later komen. De SVP gaat dit meedelen aan de patiënt en diens ouder.

**8.35** Gaat naar de kamer waar twee patiënten liggen, om hun wakker te maken. Ze slapen echter nog diep, en de SVP besluit om ze nog even te laten liggen; het is tenslotte zondag. De SVP gaat wel de medicijnen in orde maken, want het kan zijn dat de artsen zo komen voor de visite. Geeft aan dat dit in het weekend nooit op vaste tijden gebeurt zoals door de weeks. Dit is lastig voor de VP's, ook i.v.m. pauzes en het wegen en meten van de patiënten.

*Een goede bejegening en beantwoording van vragen hangt veelal en vooral samen met de persoonlijkheid van de VP.*

De SVP is een beetje ontevreden, want de VP van de nachtdienst (overigens dezelfde als die de morfinedosering niet heeft genoteerd/overgedragen) heeft bloedspiegels van twee patiënten neergezet, maar heeft er geen namen of andere etiketten bijgezet. De SVP zegt hierover in de medicijnkamer tegen een andere VP: 'Das dus weer handig [*cynisch*], dat heeft X zo neergezet'. De VP: 'Oh zonder namen?'. De VP beaamt dat dit inderdaad niet handig is.

De SVP gaat naar de balie om daar de formulieren in te vullen waarmee de bloedspiegels naar de apotheek moeten. Is ontevreden over de manier waarop X dit heeft neergezet, zo zonder namen erbij. Dit is a) niet handig, omdat nu onduidelijk kan zijn bij wie de bloedspiegels horen en b) niet handig omdat de SVP nu zelf de etiketten nog moet schrijven, terwijl dit eigenlijk een taak voor de vorige VP was.

---

**8.55** De kno-arts komt bij de SVP om naar een patiënt te kijken. De SVP vertelt wat er met de patiënt is.

De SVP moet bij het schrijven van de bloedspiegels de gewichten van de bijbehorende patiënten noteren, en realiseert zich dat ze de gewichten van de beide patiënten door elkaar haalt. Gaat dit daarom checken in de dossiers van de patiënten, anders zouden ze namelijk te weinig of juist te veel medicatie krijgen.

**9.05** De SVP is met de kno-arts op de kamer van de patiënt. De SVP vertrekt daarna uit de kamer om met de eigen werkzaamheden verder te gaan en laat de kno-arts alleen met de patiënt. Wanneer deze klaar is, komt die de SVP nog even opzoeken om te berichten over de patiënt. Zegt: 'Nou, ik hoop dat ze zich snel wat beter voelt, wat een ellendig hoopje mens'. De SVP zegt: 'Dat hoop ik ook, 't is heel zielig'.

Op de gang geeft een ouder tegen een VP aan 'er niets meer van te snappen' met betrekking tot de slangetjes in en om haar kind. De VP probeert de ouder gerust te stellen, maar de ouder houdt vol dat de één het één zegt, en de ander het ander en dat ze het daarom niet meer snapt. De VP beëindigt de conversatie door glimlachend te zeggen: 'Komt goed'.

De SVP heeft het druk en vraagt daarom hulp aan een collega: 'Wil jij de controles van X doen? Want ik ben er nog niet aan toegekomen want ik moet die bellen en dan komt die weer langs'. De collega vindt het geen probleem om even te helpen.

Een andere VP zegt tegen de ouder van een patiënt: 'En dan zullen we hem zo even wegen'.

Ouder: 'Ja want dat was gister niet gebeurd'.

VP: 'Nee, maar dat komt omdat het gister bij de burens een beetje druk was'.

Ouder: 'Ohja maar dat geeft niks hoor'.

VP: 'Nee, maar dan zullen we dat zo even doen!'.

**9.35** De pijnverpleegkundige komt. De SVP geeft aan dat er een misverstand was met betrekking tot de medicatie. Legt uit wat de situatie is: 'Ik krijg dat ook niet meer voor elkaar met die pomp dus ik ben blij dat je komt'.

*Ondertussen komt een jongen met een kar met voedsel de afdeling op gelopen. Groet, maar wordt niet teruggegroet door een passerende VP.*

De pijn VP gaat even overleggen per telefoon en komt dan terug om te zeggen dat hij een nieuwe pomp op gaat halen.

In de medicijnkamer. De SVP geeft aan, net als de collega VP die ochtend, dat het onderling met de VP's vaak wel loopt, maar dat de communicatie met andere disciplines vaak lastig is, zoals gister toen er ineens niemand in de keuken was, terwijl het hartstikke druk was: 'Er was gister niemand in de keuken. Punt'.

De SVP heeft het druk. De pieper voor een andere patiënt gaat, maar een collega heeft deze al overgenomen.

**9.50** Overleg tussen de SVP, de pijn VP en de apotheker. De pijn VP zegt over de morfine: 'Weet je wat, ik sluit die 30 cc gewoon aan, dan hebben die ouders tenminste ook het idee dat het goed gaat'. De SVP is het hier mee eens en wil een morfinespuit gaan halen, maar komt tot de ontdekking dat die op zijn: 'Dan denk ik, dat had je gister toch ook kunnen zien toen je dat ampulletje pakte, dat er nog maar één was'.

**10.10 Verpleegpost** De SVP geeft bij de collega's aan een drukke ochtend te hebben: 'Ik loop alleen maar heen en weer'. 'Jij zit ook wel veel in overleg', zegt een collega later.

Een collega VP komt langs rennen: 'Kun jij ook zo mobiliseren voor de visite want de artsen hebben haast'. De SVP pakt snel de dossiers bij elkaar. Dan komt er even wat anders tussendoor, daarna komt een VP naar de SVP toe en zegt dat de SVP als laatste is voor de visite. De SVP vindt dit een beetje raar: 'Dat moet

---

ik haasten, dan weer niet en nu ben ik ineens de laatste'. Zegt dit ook op de kamer van twee patiënten. De ouders en een voedingsassistente zijn hier bij. Dan komt de cardioloog op hoge poten om de SVP op te halen. De SVP zegt: 'Ja ik weet het ook niet, dan moet ik snel en dan weer niet'. De arts zegt: 'Ja, maar we moeten ook weer door naar de poli dus snel'. SVP: 'Maar het ligt niet aan mij hoor'.

Arts: 'En de volgende mag ook alvast mobiliseren'.

Deze coördinatie rondom de visite verloopt niet optimaal. De volgorde is voor iedereen onduidelijk. De SVP geeft zelf ook aan dat er veel verschillende contacten zijn met allerlei afdelingen/disciplines, dat gaat soms lastig.

Er is een patiënt overgebracht van neonatologie, met erbij een formulier over medicatie en dergelijke. Op het formulier ontbreken echter allerlei gegevens met betrekking tot voeding en medicatie. De VP kan hier dus niet zo veel mee op deze manier.

De SVP belt achter de pijn VP aan, omdat hij de precieze medicatie van de patiënt met de morfine op zou schrijven, maar dit niet heeft gedaan. De VP belooft later terug te komen op de afdeling om dit alsnog goed in het dossier te schrijven, zodat dit niet nog een keer mis kan gaan.

Op de gang zegt een VP tegen de SVP: 'Wil het, X?'

SVP: 'Ja hoor, het wil. Het is alleen heel druk en dan moet je weer op visite en dan weer niet'.

**11.50** Satellietapotheek. De SVP geeft een update aan de apothekers over de patiënten en gaat nieuwe medicijnen aanvragen. Het apparaat dat normaliter de etiketten drukt, is stuk, dus de apotheker vraagt: 'Alleen we hebben geen etiketten, hoe doen we dat?'. De SVP: 'Kun je schrijven? Dat doen wij ook wel eens'.

De voedingsassistente vraagt aan de SVP: 'Als een sondevoedingspomp op 30 staat, is dat dan 30 milliliter per uur?'. De SVP antwoordt: 'Ja'.

Bij een patiënt lekt de hechting van de VAP, dus de SVP belt met een arts om te vragen of deze hiernaar kan komen kijken.

Een VP (die normaal ook de regie heeft) zegt op de gang tegen de SVP: 'Wat heb jij ook een gekke dag nu'.

SVP: 'Gister ook al, maar vandaag weer'.

De SVP loopt met een VP mee naar de voorraadkamer, waar de VP de SVP iets zal wijzen. De SVP zegt: 'Men, wat een drukke dag!'. De VP reageert niet.

De lunchpauze nadert, dat betekent dat de VP's aan elkaar overdragen. De VP die normaal de regie heeft, zegt tegen een collega VP: 'Ik denk dat we X [*X is de SVP*] even moeten ontlasten'. VP: 'Ja dat denk ik ook'.

De SVP werkt dossiers bij in de verpleegpost. Heeft het druk gehad met één bepaalde patiënt en is daardoor weinig aan de andere twee patiënten toegekomen. Een collega VP heeft dit zonder morren opgepakt.

Op de kamer van een patiënt. De SVP maakt grapjes met de patiënten en ouders. Een ouder heeft een vraag over de trombo's die zijn kind krijgt: 'Ja maar hoe doe je dat dan?'. De SVP legt kort uit. 'Ahaa', zegt de ouder, 'weer een antwoord klaar'. De SVP controleert echter niet of de ouder alles begrepen heeft een vraag ook niet door. Heeft een vrij kort antwoord gegeven. Dit komt waarschijnlijk door de drukte.

Voor de lunch van de SVP zegt deze tegen een VP: 'Mag ik aan jou overdragen?'. 'Oh ik heb ook al die van X'. SVP: 'Oh dat zou Y al doen'. VP: 'Oh daar weet ik niks van'.

De SVP belt terug naar de arts om nog een keer te overleggen over de lek bij de VAP, het pijn bij het zuchten en de positieve vochtbalans. De arts die komt zegt: 'Met de planning is in het weekend natuurlijk altijd eh...' Geeft aan dat de organisatie en communicatie in het weekend vaak wat rommeliger verlopen.

De SVP heeft het heel druk en moet daarom een klusje overdragen aan een collega. Zegt tegen de collega: 'Ja het spijt me'. De collega antwoordt: 'Oh nee joh, geeft niet'.

*Op een gegeven moment word je een beetje onderdeel van de subcultuur en ga je begrippen, manieren, gewoontes herkennen.*

<i>Setting:</i>	<i>Waar vindt de communicatie plaats? (locatie) Hoe is de opstelling tijdens het gesprek? Hoe is de fysieke positionering van de gespreksdeelnemers, ook ten opzichte van elkaar?</i>
<i>Scene:</i>	<i>Wie structureert het gesprek/ schriftelijke document? Op welk tijdstip vindt het gesprek plaats? Wanneer wordt het schriftelijke document opgemaakt en gebruikt?</i>
<i>Participants:</i>	<i>Wie neemt deel aan de communicatieve situatie? Wie spreekt tegen wie? Wanneer? Waarover? Hoe? (In welke stijl?) Wat zijn de rollen van de deelnemers?</i>
<i>Ends:</i>	<i>Wat is het doel van de communicatieve situatie? Waar zijn de resultaten voor bedoeld?</i>
<i>Act sequence:</i>	<i>Wat zijn de opeenvolgende communicatieve handelingen? Wie initieert binnen het gesprek? Wie verricht welke handeling(en)? Als er sprake is van begeleidende fysieke handelingen, wat zijn dan de opeenvolgende fases van die communicatieve handelingen?</i>
<i>Key:</i>	<i>Wat is de toon van de communicatie? (serius, grappig, ironisch) (is daarbij sprake van een onderscheid per deelnemer?)</i>  Toon is over het algemeen serieus. Soms worden grapjes gemaakt.
<i>Instrumentalities:</i>	<i>Welk communicatiekanaal wordt gebruikt? (mondeling (face-to-face of per telefoon), schriftelijk, digitale media, visuele media, of een combinatie)</i>  Communicatiekanalen zijn mondeling (face-to-face) en schriftelijk door middel van het bijwerken van dossiers en controlelijsten. Ook de computer wordt gebruikt door de arts-assistent om de medicatie mee aan te passen.
<i>Normen:</i>	<i>Op welke (ongeschreven) regels lijken (bepaalde) deelnemers zich te oriënteren in hun communicatieve gedrag?</i>
<i>Genre:</i>	<i>Op welke genres van mondelinge of schriftelijke communicatie oriënteren de deelnemers zich op een bepaald moment? (anamnesegesprek, slecht-nieuwsgesprek, werkoverleg, agenda, notulen, dossiers etc.)</i>  Dossiers

## Bijlage V Observatienotities Rian

Aantekeningen observaties 7 mei 2007-05-08

### Ontvangst afdeling:

Regieverpleegkundigen en seniorverpleegkundigen waren goed op de hoogte van onze komst. Met hen afgesproken dat we zelf om tekst en uitleg vragen, daar waar wij bepaalde dingen niet begrijpen. Overige medewerkers niet allemaal op de hoogte van onze komst. Van hen kregen we gemengde reacties; de één was erg enthousiast over ons onderzoek en vroeg er geïnteresseerd naar, de ander viel stil en ontweek zelfs ons opnameapparaatje.

### OVERDRACHT

<p><i>Setting:</i></p>	<p>De communicatie vindt plaats in de overdrachtskamer. De deelnemers zitten aan een langwerpige tafel. De opstelling is als volgt:</p> <div data-bbox="464 761 1417 1164" style="text-align: center;"><p>VP1</p><p>Observeerder 1</p><p>Seniorverpleegkundige</p><p>VP2</p><p>VP3</p><p>Obs 2</p><p>RVP</p></div>
<p><i>Scene:</i></p>	<p>Het gesprek vindt plaats om 07.30 uur.</p> <p><i>Aanwezige schriftelijke documenten:</i></p> <p>Tijdens de overdracht wordt de <b>Lanlel</b> opgemaakt. Dit is een lijst waar alle patiënten op staan die op dat moment op de afdeling liggen. Achter elke naam worden eventuele bijzonderheden genoteerd.</p> <p><b>Dossiers:</b> deze zijn ook ter inzage voor de ouders. (rvp vraagt zich later af of haar woordkeuze wel goed is, of dit niet botst bij ouders → verslaglegging dus belangrijk!!!).</p> <p><b>Rode mappen:</b> deze gaan mee naar de visites bij de kinderen, gegevens als temperatuur, poepen, plassen, overgeven en dergelijke worden hierop ingevuld.</p> <p><b>Rondje:</b> eventuele bijzonderheden per patiënt worden hierop genoteerd. Verpleegkundigen die vragen hebben kunnen ze hierop noteren. Alle vragen worden hiermee verzameld en tijdens visite voorgelegd aan arts. Op deze manier wordt hij niet de hele dag met vragen bestookt. Antwoorden op de vragen worden hier ook op genoteerd, zodat een ieder dit later weer in kan kijken en antwoord heeft op zijn/ haar vraag.</p> <p><b>Consultaanvraag pedagogisch medewerker:</b> wanneer er geplande opnames zijn, wordt dit formulier standaard ingevuld, zodat het kind in ieder geval een keer gezien is en daarmee bekend is op de afdeling.</p>

<i>Participants:</i>	De deelnemers aan deze communicatieve situatie zijn: de RVP, de SVP en verschillende VP's, die in en uit lopen. Deelnemende hoorders zijn degenen die informatie uitwisselen over de verlopen dienst. De geratificeerde af luisteraars zijn de VP's die wel aanwezig zijn maar niet deelnemen aan het gesprek.
<i>Ends:</i>	Het doel van de communicatieve situatie is de dienstdoende VP's op de hoogte brengen van het verloop van de nachtdienst en de toestanden van de kinderen. Met de resultaten kunnen de VP's die de dienst ingaan inspelen op wat zij voor hun kind moeten doen.
<i>Act sequence:</i>	<p>De communicatieve handelingen vanuit het oogpunt van de SVP zijn opeenvolgend: plaatsnemen aan tafel, noteren welke patiënten hij toegewezen krijgt, bijzonderheden noteren in de lanlel, vertrekken. De initiator binnen het gesprek is de VP die verslag doet. Hij draagt daarmee het kind als het ware over aan de nieuwe dienstdoende VP.</p> <p>Verpleegkundige 1 initieert in eerste in het gesprek. Zij begint de bespreking met te vertellen hoe de nacht is verlopen en welke bijzonderheden er eventueel waren bij patiënten. Nadat zij dit heeft verteld verlaat ze de kamer en neemt verpleegkundige 2 het van haar over.</p> <p>Er wordt rustig gepraat (een aantal personen zijn moe na de nachtdienst) en iedereen laat elkaar uitpraten. Zowel Regie- als seniorverpleegkundige stellen aanvullende vragen. Ook piepernummers worden aan iedereen doorgegeven, zodat iedereen weet welk nummer hij moet hebben bij een bepaalde collega.</p>
<i>Key:</i>	De toon van de communicatie is in principe serieus, wanneer het over de patiënten gaat. De overdracht bleek echter ook een moment van sociale praatjes, en in dat geval was de toon vaak grappig/ontspannen. De deelnemers stemden dit over het algemeen op elkaar af.
<i>Instrumentalities:</i>	Het communicatiekanaal dat bij de overdracht werd gebruikt, was mondeling (face-to-face) en schriftelijk.
<i>Normen:</i>	De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over een patiënt gaat, en speels wanneer het gesprek niet-werk gerelateerd was.
<i>Genre:</i>	De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie en informatie uit de dossiers.

### Bespreking met pedagogisch medewerker en onderwijzer (opname 1)

<i>Setting:</i>	<p>De communicatie vindt plaats in de overdrachtskamer. De deelnemers zitten aan een langwerpige tafel. De opstelling is als volgt:</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD     Obs[Obs] --- Table[ ]     RVP[RVP] --- Table     PMer[PM'er] --- Table     Onderwijzer[Onderwijzer] --- Table     style Table fill:none,stroke:none           </pre> </div>
-----------------	--

<i>Scene:</i>	Het gesprek vindt plaats om 08.10 to 08.30 uur. Tijdens deze bespreking komt elke patiënt aan bod. RVP leidt het gesprek, overigen stellen aanvullende vragen of geven toevoegingen op dat wat gezegd is. Zowel PM'er als onderwijzer maken aantekeningen op hun lancel.
<i>Participants:</i>	De deelnemers aan deze communicatieve situatie zijn: de PM'er, de onderwijzer en de regieverpleegkundige. Allemaal deelnemende hoorders. RVP gedeeltelijk ook author? Geeft namelijk de visies over patiënten weer zoals collega's die geformuleerd hebben.
<i>Ends:</i>	Het doel van deze situatie is om iedereen op de hoogte stellen van patiëntgegevens. Resultaten hiervan worden door PM'er en onderwijzer meegenomen in hun behandeling.
<i>Act sequence:</i>	Per patiënt wordt aangegeven om wie het gaat, naam, leeftijd, aandoeningen, en of deelnemers al eerder met patiënt te maken hebben gehad.
<i>Key:</i>	De toon van de communicatie is serieus, maar tussendoor ook grappig.
<i>Instrumentalities:</i>	Het communicatiekanaal dat bij de bespreking werd gebruikt, was mondeling (face-to-face) en schriftelijk (de aantekeningen die de deelnemers maakten).
<i>Normen:</i>	De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over een patiënt gaat, en speels wanneer het gesprek niet-werk gerelateerd was.
<i>Genre:</i>	De gesprekken zijn georiënteerd op mondelinge informatie.

**9.00 uur**

**Visite**

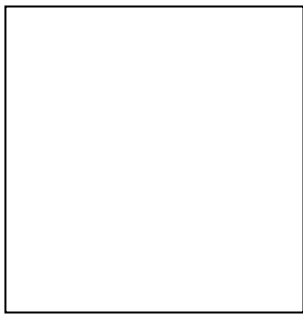
- ➔ 35 min: interessant vanwege rapportage
- ➔ Begin: interessant vanwege onderlinge comm.
- ➔ 1 uur 15: interessant vanwege oudergesprek

*Algemeen:* afdeling waar wij meelopen betreft specialismen Oncologie en Cardiologie. In totaal is er plek voor 24 kinderen. Op dit moment zijn er voornamelijk onco-kinderen. Visites vinden op twee plekken plaats, verdeeld per specialisme.

**Structuur zoals vastgelegd voor visite:**

- Introductie door verpleging
  - Naam patiënt
  - Leeftijd
  - Opname indicatie
  - Diagnose/ nevendiagnose
- Hoe gaat het met patiënt?
- Actuele problemen
- Temp.lijst aan arts
- Arts neemt over en gaat volgende punten langs:

- Observatie parameters (HA/ AA/ RR/ O2/ gewicht)
- Inname patroon (vocht/ infuus/ medicatie)
- Uitscheidingspatroon (diurise/ def./ braken/ wanrprod./ VB)
- Ontwikkelingspatroon (slaap/ gedrag/ pijn / angst)
- Sociaal (ouders/ gesprekken/ verwachtingen)
- Beleid (medicatie/ onderzoeken/ voorbereiding ontslag)

<p><i>Setting:</i></p>	<p>De communicatie vindt plaats in de overdrachtskamer. De deelnemers zitten aan een langwerpige tafel. De opstelling is als volgt:</p> <div style="text-align: center; margin: 20px 0;"> <p>Arts                      kindercardioloog/ vp2</p>  </div>
<p><i>Scene:</i></p>	<p>Het gesprek vindt plaats om 09.00 uur. Tijdens deze bespreking komt elke patiënt aan bod.</p>
<p><i>Participants:</i></p>	<p>De deelnemers aan deze communicatieve situatie zijn:</p> <p>Vp2 initieert wanneer zij vragen of onduidelijkheden heeft. Beide co's mengen zich niet in het gesprek, luisteren alleen, en zijn daarmee niet deelnemende hoorders.</p>
<p><i>Ends:</i></p>	<p>Het doel van deze situatie is om een eenduidig beleid te krijgen in behandeling van de kinderen. Daarnaast kunnen vp's met hun vragen terecht bij de artsen en kunnen zij op dit moment ook vragen van de ouders doorspelen aan de artsen.</p>
<p><i>Act sequence:</i></p>	<p>De arts-assistent start het gesprek en stelt open vragen. Vragen zijn gesloten op moment dat er bepaalde zaken afgebakend moeten worden. AA laat temp-lijst ook zien aan co. Vervolgens neemt vp1 het woord over. Haar positie wordt elke keer overgenomen door een andere verpleegkundige. Om de beurt worden ze opgeroepen voor de visite.</p>
<p><i>Key:</i></p>	<p>De toon van de communicatie is over het algemeen serieus.</p>
<p><i>Instrumentalities:</i></p>	<p>Het communicatiekanaal dat bij de bespreking werd gebruikt, was mondeling (face-to-face) en schriftelijk (de aantekeningen die de deelnemers maakten).</p>
<p><i>Normen:</i></p>	<p>De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over een patiënt gaat, en speelt wanneer het gesprek niet-werk gerelateerd was.</p>



<i>Genre:</i>	De gesprekken zijn georiënteerd op zowel mondelinge als schriftelijke informatie.
---------------	---

AL = acute lymfklier leukemie

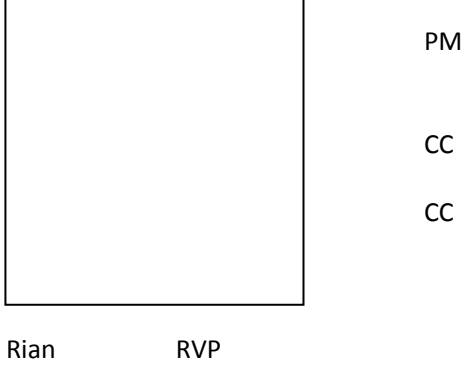
VAP = onderhuidse aanleg van een infuus. Zo is er altijd een plek waar direct 'raak' geprikt kan worden (vgl kinderen met slechte vaten), dit wordt standaard bij alle kinderen aangebracht.

KIPI = afdeling Kinder Intensive Care

### Gesprek planning

<i>Setting:</i>	De communicatie vindt plaats in de kamer van de planning op de eerste verdieping. De deelnemers zitten tegenover elkaar aan een tafel. De opstelling is als volgt:  <div style="text-align: center;"> <p>planner</p>  <p>RVP</p> </div>
<i>Scene:</i>	Het gesprek vindt plaats om 11.30 uur. De RVP structureert het gesprek.
<i>Participants:</i>	De deelnemers aan deze communicatieve situatie zijn: de planner en de RVP. De RVP spreekt tegen de planner. Ze geeft aan haar door welke patiënten die dag naar huis mogen. Samen wordt er gekeken welke bedden er vrij zijn. Bedden worden ingedeeld (eventueel wordt indeling aangepast)
<i>Ends:</i>	Het doel van deze situatie is om vast te stellen welke bedden er vrij zijn, zodat duidelijk is wie waar kan liggen bij een eventuele op- of overname. De verdeling wordt later ook doorgegeven aan artsen i.v.m. spoedopnames.
<i>Act sequence:</i>	RVP initieert
<i>Key:</i>	De toon van de communicatie is serieus.
<i>Instrumentalities:</i>	Het communicatiekanaal dat bij de bespreking werd gebruikt, was mondeling (face-to-face) en schriftelijk (de planning wordt bijgehouden in een agenda).
<i>Normen:</i>	-
<i>Genre:</i>	De gesprekken zijn voornamelijk georiënteerd op mondelinge informatie.

## Bespreking Cliniclowns

<i>Setting:</i>	<p>De communicatie vindt plaats in de overdrachtskamer. De deelnemers zitten aan een langwerpige tafel. De opstelling is als volgt:</p> <div style="text-align: center;">  </div>
<i>Scene:</i>	Het gesprek vindt plaats om 13.50 uur. de rvp structureert het gesprek. CC maken op hun lanlel aantekeningen.
<i>Participants:</i>	De deelnemers aan deze communicatieve situatie zijn: een PM' er, twee cliniclowns en de rvp. Alle deelnemers zijn deelnemende hoorders.
<i>Ends:</i>	Het doel van deze situatie is om voor de cliniclowns duidelijk te hebben met welke kinderen ze te maken hebben, wat ze eventueel wel of niet bij hen kunnen doen en vaststellen of er ook nieuwe kinderen zijn.
<i>Act sequence:</i>	Info per patiënt, wat is ziekte, naam patiënt, leeftijd, welke patiënten zijn al bekend? CC stellen vragen ter verduidelijking; wat ze beter wel of niet kunnen doen.
<i>Key:</i>	De toon van de communicatie is over het algemeen serieus.
<i>Instrumentalities:</i>	Het communicatiekanaal dat bij de bespreking werd gebruikt, was mondeling (face-to-face) en schriftelijk (de aantekeningen die de deelnemers maakten).
<i>Normen:</i>	De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over een patiënt gaat, en speelt wanneer het gesprek niet-werk gerelateerd was.
<i>Genre:</i>	De gesprekken zijn georiënteerd op zowel mondelinge als schriftelijke informatie.

15.00 – 16.00

Overdracht naar avonddienst

**Uitwerking observaties woensdag 9 mei 2007 Rian**  
**Geobserveerde dienst: dagdienst Kinderoncologie/-cardiologie, 07.30-16.00**  
**Object van observatie: de seniorverpleegkundige (RVP)**

**Citaten:**

*“Heb maar een groot kruis bij 18.00 uur gezet, want er moesten nog heel veel urine-uitslagen ingevuld worden.”*

*“Er was niks overgedragen, zowel mondeling als schriftelijk. Toen kwam moeder zich er om 1 uur mee bemoeien. Het zou met de arts overlegd worden, maar ja, ik wist van niks.”*

*“Communicatie kan altijd beter. We hebben te maken met twee partijen, de ouders en het kind, en de rol van de ouders kan je niet uitsluiten. Je moet op twee niveaus tegelijk communiceren, en dat gebeurt vaak intuïtief, waardoor er ook veel mis gaat.”*

**7.30 uur Overdracht**

<p><i>Setting:</i></p>	<p>De communicatie vindt plaats in de overdrachtskamer, opstelling is als volgt.</p> <div style="text-align: center;"> <pre> graph TD     VP1[VP1]     Obs[Obs]     RVP[RVP]     SVP[SVP]     VP2[VP2]     VP1 --- Obs     VP1 --- RVP     Obs --- SVP     RVP --- VP2     </pre> </div> <p>Gesprekspartners zitten dus tegenover elkaar of haaks op elkaar/naast elkaar.</p>
<p><i>Scene:</i></p>	<p>Het gesprek wordt gestructureerd door zowel de RVP als dienstdoende VP's. VP's geven op hun beurt door welke patiënten zijn hadden, en welke eventuele bijzonderheden er zijn. Iedereen heeft een lanlel voor zich liggen en vult dit waar nodig aan met bijzonderheden over de patiënten. De overdracht vindt plaats van 07.30-08.15.</p>
<p><i>Participants:</i></p>	<p>Deelnemers zijn RVP, dienstdoende VP, SVP. Deelnemers hebben alleen hun eigen rol, van spreker tot hoorder in wisselende samenstellingen.</p>
<p><i>Ends:</i></p>	<p>Het doel van de communicatieve situatie is het overdragen van de patiënten op collegae. De resultaten zijn bedoeld om de opvolgers op de hoogte te stellen van eventuele bijzonderheden, die vervolgens in de dienst meegenomen moeten worden in de behandeling.</p>
<p><i>Act sequence:</i></p>	<p>Handelingen zijn introductie van de patiënt door de VP, eventuele problemen bespreken, degene die de dienst overneemt stelt eventueel aanvullende vragen.</p>
<p><i>Key:</i></p>	<p>Toon is over het algemeen serieus. Soms worden grapjes gemaakt.</p>

<i>Instrumentalities:</i>	Communicatiekanalen zijn mondeling (face-to-face) en schriftelijk door middel van het inlezen van dossiers en controlelijsten.
<i>Normen:</i>	-
<i>Genre:</i>	Dossiers / rode mapjes

## 08.00 uur Patiëntenzorg

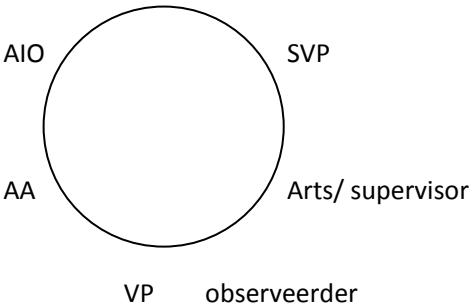
SVP gaat bij patiënten langs waar zij verantwoordelijk voor is. Patiënten worden standaard gecontroleerd op onder andere temperatuur, bloeddruk en gewicht. SVP geeft ouders aan dat wanneer zij ergens hulp bij nodig hebben ze haar altijd aan kunnen schieten en anders één van haar collegae.

Wanneer SVP binnenkomt in de zaal waar de kinderen liggen begroet zij hen. Ze loopt vervolgens naar de eerste patiënt, begroet haar en haar vader. De handelingen die vervolgens verricht worden, worden op een kindvriendelijke manier geïntroduceerd. Allereerst worden er via een sonde een aantal medicijnen toegediend: "gaan we weer kleurtjes toevoegen". Tijdens de handelingen wordt het kind steeds aangesproken, vaak worden hier de omringende knuffels bij betrokken. Een volgende handeling betreft het opnemen van de temperatuur: "dan houdt de beer in de gaten of ie goed blijft zitten". Bij alle patiënten wordt ook de bloeddruk gemeten: "zal ik jouw spierballen ook nog even meten? Ik zie hier een hele dikke zitten.". De SVP geeft instructies en legt uit wat er gebeurt tijdens de handeling: "Mag je héél stil blijven liggen, dan gaat ie nu opblazen". Ook worden de kinderen bemoedigend toegesproken: "Hij is al klaar, hartstikke goed gedaan!". Wanneer bij de laatste patiënt handschoenen aangetrokken worden, wordt dit aangegeven met de woorden: "even blauwe handen maken...".

Wanneer alle metingen zijn gedaan wordt aan alle ouders gevraagd (worden tegelijk aangesproken) of nog vragen hebben voor de arts, zodat deze meegenomen kunnen worden tijdens de visite.

Piepers worden her en der overgedragen. Wanneer vp's op visite moeten, neemt een 'maatje' of andere collega de pieper over. Snel worden enkele bijzonderheden doorgegeven, aangezien collega op dat moment verantwoordelijkheid voor de patiënt krijgt.

## 09.10 Visite cardiologie

<i>Setting:</i>	<p>De communicatie vindt plaats in de koffiekamer, opstelling is als volgt.</p>  <p>Gesprekspartners zitten dus tegenover elkaar of haaks op elkaar/naast elkaar.</p>
<i>Scene:</i>	Het gesprek wordt gestructureerd door zowel de VP als de arts. Eerst doet de VP verslag van de patiënt en stelt de arts-assistent vragen. AA vult dossier aan. Vervolgens beslist de arts-assistent in samenwerking met de supervisor over o.a. de medicatie van de patiënt.

	De visite vindt plaats om 09.10
<i>Participants:</i>	Deelnemers zijn SVP, dienstdoende VP, arts-assistent, supervisor, arts in opleiding.  VP, SVP, arts-assistent en supervisor spreken tegen elkaar over de betreffende patiënten, toon is serieus. Deelnemers hebben alleen hun eigen rol, van spreker tot hoorder in wisselende samenstellingen.  Arts geeft tijdens visite aan dat veel vragen niet gesteld hoeven te worden, aangezien veel antwoorden gewoon zijn opgenomen in het protocol.
<i>Ends:</i>	Het doel van de communicatieve situatie is het bespreken van de patiënten met de supervisor en arts-assistent. De resultaten zijn bedoeld om de medicatie en verdere zorg voor de patiënt op af te stemmen.
<i>Act sequence:</i>	Handelingen zijn introductie van de patiënt door de VP, eventuele problemen bespreken, artsen bespreken medicatie en dergelijke.
<i>Key:</i>	Toon is over het algemeen serieus.
<i>Instrumentalities:</i>	Communicatiekanalen zijn mondeling (face-to-face) en schriftelijk door middel van het bijwerken van dossiers en controlelijsten.
<i>Normen:</i>	<i>Op welke (ongeschreven) regels lijken (bepaalde) deelnemers zich te oriënteren in hun communicatieve gedrag?</i>  -
<i>Genre:</i>	Dossiers

#### 10.45 Visite oncologie

Op moment dat SVP binnenkomt is zijn aan het woord. Geeft bijzonderheden door van haar patiënten. Arts stelt nog enkele aanvullende vragen.

Tijdens deze visite wordt aangegeven dat een dermatoloog is langs geweest bij een patiënt. Een VP geeft aan dat het wel gewenst is wanneer zijn bevindingen teruggekoppeld zouden worden aan de vp's.

#### 11.30 Behandeling

Een patiënt krijgt nieuwe zakjes toegediend die zojuist zijn voorbereid en klaargelegd. Een uur voordat de chemokuur begint, moet haar lichaam namelijk doorgespoeld worden met een zoutoplossing. Tijdens het aansluiten raakt het patientje in paniek. Zowel SVP als vader helpen om haar gerust te stellen. Vader houdt een spiegel omhoog zodat zijn dochtertje kan zien wat de SVP aan het doen is. SVP geeft aan dat zij alleen maar het dopje van het slangetje af hoeft te draaien en haar zeker geen pijn zal doen, dat belooft ze.

#### 12.00 Voorbereiding chemo

SVP bereidt chemokuur voor. De benodigheden worden door een collega gecontroleerd.

---

### **12.15 Behandeling**

De neuspleister van een patiënt is losgeraakt en moet vervangen worden. Zodra de schaar, die vader vasthoudt, in zicht komt raakt het kindje in paniek. Ze moet echter wel stil liggen om geen schade te berokkenen. Vader probeert dochter gerust te stellen en rustig te krijgen, geeft aan dochter aan dat SVP het wel zal doen. Er wordt voorgesteld om de hulp van een andere collega in te zetten. Blijkt uiteindelijk niet nodig te zijn, kindje wordt rustig en pleister kan vervangen worden.

### **15.00 Overdracht naar avonddienst**

Dossiers worden ingelezen door VP's die de dagdienst overnemen. Patiënten worden onderling verdeeld. Getracht wordt zoveel mogelijk dezelfde patiënt bij dezelfde VP in te delen. Ook worden de piepernummers weer verdeeld.

Één van de VPs geeft aan dat de rapportage in het dossier chaotisch is.

Tijdens de overdracht ontdekt een VP een foutje. De samenstelling van een infuus was niet goed. Waarschijnlijk had betreffende VP het formulier niet goed gezien, en het kleine verschil met een ander infuus over het hoofd gezien. Beide personen geven aan dat dit ook duidelijker op het formulier gemeld had kunnen worden.

### **Algemene indrukken:**

Ontvangst afdeling: zowel regie- als seniorverpleegkundigen goed op de hoogte van onze komst. Wij hebben met hen afgesproken dat wij zelf om uitleg vragen daar waar wij onduidelijkheden tegen komen. De reacties op onze komst zijn gemengd. De meeste medewerkers zijn enthousiast en geïnteresseerd in het onderzoek dat we uitvoeren. Enkelen geven weerstand, in een enkel geval zelfs op de opnames.

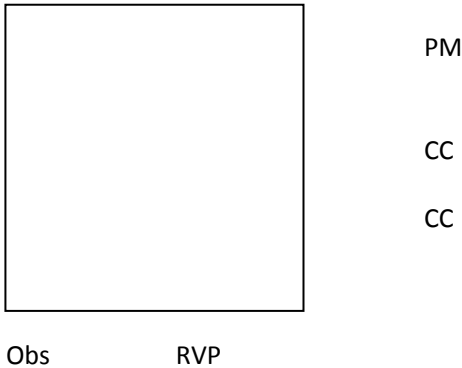
Het dragen van een witte jas geeft ons als onderzoeker een bepaalde status mee. Vergelijk bijvoorbeeld de eerste dag die wij meeliepen ter oriëntatie op de afdeling met de eerste observatiedag. Tijdens de oriëntatie had de arts geen boodschap aan onze aanwezigheid tijdens de visite. Echter, tijdens de visite in de observatieperiode ga hij ons direct een hand om zich voor te stellen. Daarnaast wekken wij voor enkelen de schijn dat wij arts zijn, of in ieder geval een medische achtergrond hebben. Zo spreken ouders, of collegae van andere afdelingen ons ook aan met de verwachting dat wij ze verder kunnen helpen.

## Aantekeningen observaties 10 mei

### Overdracht

<i>Setting:</i>	De communicatie vindt plaats in de koffiekamer.
<i>Scene:</i>	Het gesprek vindt plaats om 07.30 uur. lanlel wordt opgemaakt en tijdens dagdienst gebruikt.
<i>Participants:</i>	De deelnemers aan deze communicatieve situatie zijn: Regieverpleegkundige, daarnaast verpleegkundigen uit nacht- en dagdienst.
<i>Ends:</i>	Het doel van deze situatie is om de dagdienst op de hoogte te brengen van eventuele bijzonderheden die zich hebben voorgedaan bij de patiënten in de nacht. De resultaten worden meegenomen in de behandeling van vp's naar patiënt.
<i>Act sequence:</i>	Patiëntinformatie wordt overgedragen. Piepernummers en 'maatjes' worden doorgegeven. Degenen die de dienst van de nachtploeg overnemen nemen de patiëntgegevens in de dossiers door. Eventuele bijzonderheden worden door de vp's doorgegeven en genoteerd op de lanlel. RVP geeft aan wie wanneer op visite moet komen → aan de eerste drie, de anderen worden hierover gebeld.  Degene die overdraagt initieert.
<i>Key:</i>	De toon van de communicatie is serieus. Ook is de toon medelevend van aard wanneer vp's zien dat er twee overlijdenskaartjes van patiënten liggen.
<i>Instrumentalities:</i>	Het communicatiekanaal dat bij de bespreking werd gebruikt, was mondeling (face-to-face) en schriftelijk (bijzonderheden worden genoteerd op lanlel).
<i>Normen:</i>	-
<i>Genre:</i>	De gesprekken zijn voornamelijk georiënteerd op mondelinge informatie van degene die overdraagt en schriftelijke informatie uit de dossiers.

### Bespreking Cliniclowns

<i>Setting:</i>	De communicatie vindt plaats in de overdrachtskamer. De deelnemers zitten aan een langwerpige tafel. De opstelling is als volgt:   <p style="text-align: center;">Obs                  RVP</p>
<i>Scene:</i>	Het gesprek vindt plaats om 13.50 uur. de rvp structureert het gesprek. CC

	maken op hun lanlel aantekeningen.
<i>Participants:</i>	De deelnemers aan deze communicatieve situatie zijn: een PM' er, twee cliniclowns en de rvp. Alle deelnemers zijn deelnemende hoorders.
<i>Ends:</i>	Het doel van deze situatie is om voor de cliniclowns duidelijk te hebben met welke kinderen ze te maken hebben, wat ze eventueel wel of niet bij hen kunnen doen en vaststellen of er ook nieuwe kinderen zijn.
<i>Act sequence:</i>	Info per patiënt, wat is ziekte, naam patiënt, leeftijd, welke patiënten zijn al bekend? CC stellen vragen ter verduidelijking; wat ze beter wel of niet kunnen doen.
<i>Key:</i>	De toon van de communicatie is over het algemeen serieus.
<i>Instrumentalities:</i>	Het communicatiekanaal dat bij de bespreking werd gebruikt, was mondeling (face-to-face) en schriftelijk (de aantekeningen die de deelnemers maakten).
<i>Normen:</i>	De ongeschreven regels die onderscheiden kunnen worden, zijn dat men over het algemeen serieus is wanneer het gesprek over een patiënt gaat, en speelt wanneer het gesprek niet-werk gerelateerd was.
<i>Genre:</i>	De gesprekken zijn georiënteerd op zowel mondelinge als schriftelijke informatie.

#### 7.50 RVP checkt mail

#### 8.00 RVP werkt administratie bij

#### Overleg met PM'er en onderwijzer

<i>Setting:</i>	De communicatie vindt plaats in de overdrachtskamer. De deelnemers zitten aan een langwerpige tafel. De opstelling is als volgt: <div style="text-align: center; margin: 20px 0;"> <pre> graph TD     PM1[PM] --- Table[ ]     RVP[RVP] --- Table     Obs[Obs] --- Table     Onderwijzer[Onderwijzer] --- Table     PM2[PM] --- Table     style Table fill:none,stroke:none </pre> </div>
<i>Scene:</i>	Het gesprek vindt plaats om 08.15 uur. De rvp structureert het gesprek. PM'ers en onderwijzer maken aantekeningen op hun lanlel.
<i>Participants:</i>	De deelnemers aan deze communicatieve situatie zijn: twee PM' ers, de onderwijzer en de rvp. Alle deelnemers zijn deelnemende hoorders.



<i>Ends:</i>	Tijdens het gesprek is het voor PM'ers van belang wie al wel en niet op de foto zijn geweest, dit ivm Moederdag kado.
<i>Act sequence:</i>	Info per patiënt, wat is ziekte, naam patiënt, leeftijd, wie er wel/ niet op de foto geweest.
<i>Key:</i>	De toon van de communicatie is over het algemeen serieus.
<i>Instrumentalities:</i>	Het communicatiekanaal dat bij de bespreking werd gebruikt, was mondeling (face-to-face) en schriftelijk (de aantekeningen die de deelnemers maakten).
<i>Normen:</i>	-
<i>Genre:</i>	De gesprekken zijn georiënteerd voornamelijk op mondelinge informatie georiënteerd.

### 09.10 Visite cardiologie (opname 3)

Aanwezigen gevraagd op er bezwaar is tegen het opnemen van dit gesprek, zijn er niet. Arts geeft aan dat er om 11 uur nog een overleg is, waarin uitgebreider op een aantal patiënten wordt ingegaan. Nu moet het kort en bondig. Arts is wat gehaast, laat blijken dat communicatie hierdoor beïnvloed kan worden en ik daar ook op die manier eigenlijk rekening mee moet houden.

Tijdens de visite is het de arts die bepaalt of een patiënt al naar huis mag. Artsen zijn bevoegd de dossiers aan te vullen.

Comm.: AA begroet VP, "wie hebben we vandaag?" (patiënt), VP geeft informatie over betreffende patiënt. Vp overhandigt rode mapje aan AA.

### 9.45 RVP helpt bij wegen van een patiënt

RVP geeft aan dat patiënt zelf niet veel kracht kan zetten, moet daarom dus op weegstoel getild worden. Patiënt heeft vertrouwen in slecht een aantal personen, waaronder RVP en vader patiënt.

### 9.45 – middagpauze RVP springt in waar nodig

### 14.30 Psychosociaal overleg (opname 4)

Tijdens dit overleg worden patiënten besproken die psychosociale begeleiding nodig hebben, vandaag komt hier één patiënt voor in aanmerking.

<i>Setting:</i>	De communicatie vindt plaats in de artsenkamer.
<i>Scene:</i>	Het gesprek vindt plaats om 14.30 uur. De rvp structureert het gesprek.
<i>Participants:</i>	De deelnemers aan deze communicatieve situatie zijn: Aanwezig: AA, kinderpsycholoog, supervisor afdeling, RVP, kinderpsychiater, 2 co's op achtergrond.
<i>Ends:</i>	Het doel van deze situatie is om het behandelplan van betreffende patiënt te verbeteren, door hier een deskundige zijn blik op te laten werpen.
<i>Act sequence:</i>	Comm.: RVP legt probleem voor, PS geeft mogelijke oplossingen, RVP geeft aan wat ze nu al doen, PS bevestigt dat ze goed bezig zijn.

---

<i>Key:</i>	De toon van de communicatie is serieus.
<i>Instrumentalities:</i>	Het communicatiekanaal dat bij de bespreking werd gebruikt, was mondeling (face-to-face)
<i>Normen:</i>	-
<i>Genre:</i>	De gesprekken zijn georiënteerd voornamelijk op mondelinge informatie georiënteerd.

**Moment in de middag:**

Één van de patientjes kan aan het einde van de middag naar de OK. Een uur van te voren worden er bloedplaatjes aangehangen. Moeder van patientje komt met de vraag of er ook EMLA (laagje dat op de huid wordt aangebracht met een verdovende werking) moet worden aangeplakt. Rvp geeft aan dat hij dit zal informeren bij de verantwoordelijke vp. Rvp gaat naar haar toe, verantwoordelijke collega geeft aan zojuist haar dienst overgedragen te hebben. Zij weet ook niet of ze op OK via VAP of EMLA prikken. → onduidelijkheid!!!

RVP plakt neemt initiatief en plakt voor de zekerheid alsnog emla aan.

---

## Aantekeningen observaties maandag 14 mei

### 15.00 Overdracht naar avonddienst (opname 1 en 2)

Om beurten komen verpleegkundigen binnen om hun dienst over te dragen. De patiënten worden verdeeld, verpleegkundigen nemen de dossiers door en vullen hun lancel aan.

### 15.30 Informatiebrieven worden naar de ouders gebracht

(Alle ouders geven toestemming)

### 15.45 vp bereidt een kuur voor, hangt infuus vervolgens aan bij patientje

In de medicijnkamer komt een arts binnenlopen die nog een aantal dingen m.b.t. medicatie van een patiënt doorgeeft. Vp geeft aan dat de informatie niet haar patiënt betreft, maar dat ze ziet dat het duidelijk opgeschreven is, zodat haar collega's dit ook zullen begrijpen.

**16.30** VP is op zoek naar een arts, deze zitten echter in overleg. Het hangt een beetje van de arts af, maar vp's storen ze over het algemeen niet, tenzij het echt nodig is. Arts wordt gezocht, omdat zij de kuur moet aanleggen. Zogenaamde push-systemen (?) mogen alleen door de arts aangelegd worden. Het is wel van belang dat dit zo snel mogelijk gebeurt, anders loopt de kuur uit, wat tijdens de nacht niet prettig is voor de patiënt.

**16.45** VP is op zoek naar het zogenaamde rondje. Deze heeft geen vaste plek. (aan het einde van de dienst is deze echter nog steeds niet gevonden). Dit is het rondje die artsen tijdens de visite hebben ingevuld, en waar vp's antwoorden op hun vragen hopen te vinden. Diverse vp's willen dit nog graag inzien.

**17.00** Arts (samen met co) vergezeld vp naar 2 persoons patiëntenkamer om kuur te starten. Toon is serieus, maar er worden ook grapjes tussendoor gemaakt tussen arts en vp onderling. (grapje over het feit dat vp meer spuiten heeft die toegediend moeten worden dan de arts)

AA: zijn we er klaar voor? Nog even een laatste check..

Het is gewoon een beetje zout water.

Moeder hij heeft al een snoepje in zijn mond (patiënt proeft medicatie namelijk in mond)

AA en dit is voor de misselijkheid

Dat was ie alweer

Je doet het keurig (naam patiënt)

Dit is de laatste, dan zijn we klaar. Dit is weer een zoute.. even kauwen?

(laatste medicatie is toegediend)

Doe je best he?

Doeg!

**17.20** vp gaat naar volgende patiënt op eenpersoonskamer. Vp geeft aan wat ze komt doen, welke handelingen ze graag nog even uit wil voeren en toont begrip voor de situatie. Vp noteert in dossier dat vader de volgende dag aanwezig is. Arts kan dan bij hem langs gaan en met hem praten, zodat hij ook duidelijkheid heeft, wat wel volgens haar, wel zo prettig ook voor hem is. (bij een later bezoek die avond blijkt dat de arts al met zijn vrouw heeft gesproken, en is bovenstaande dus niet meer van toepassing)

**18.00** VP belt arts. Patiënt houdt medicatie niet binnen, moet continu overgeven. Vraag is of medicatie via infuus kan.

---

### **18.15 vp brengt sonde aan bij patiënt**

VP mag ik hem nog even aanmeten?

We proberen het 1 keer, als het dan niet lukt blijf ik niet doorgaan ok? (eerder op de dag is de handeling tot 3 keer mislukt, wat wellicht wat angstgevoelens bij de patiënt heeft veroorzaakt)

Vp en patiënt maken samen de afspraak dat wanneer het niet goed gaat, patiënt zijn hand opsteekt en vp stopt met het uitvoeren van de handeling. Op deze manier heeft de patiënt het gevoel dat hij ook controle op de situatie kan uitoefenen.

### **19.45 vp voert laatste controles uit voordat iedereen gaat slapen**

#### **20.00 Controle bij patiënt**

Hartslag en temperatuur van de patiënt worden opgemeten. Ademhaling van patiënt klinkt niet goed, erg onregelmatig. Ouders zijn erg ongerust. Vp geeft aan dat ze arts hierover zal bellen. ouders dringen er een beetje op aan dat ze dit wel meteen mag doen. Arts niet direct bereikbaar, neemt pas na 5 keer bellen op.

**20.15** Arts komt bij patiënt. Toont begrip aan ouders: "Ik zie dat u zich zorgen maakt, dat kan ik me ook heel goed voorstellen." We moeten alleen niet vergeten dat uw zoon erg ziek is" → onregelmatige ademhaling is waarschijnlijk een gevolg van het gebruik van een bepaald medicijn, arts maakt zich er nog niet zo'n zorgen over.

**21.15** ouders bellen naar afdeling i.v.m. hun zoon. Ze willen weten hoe het met hem gaat. Vp stelt ze gerust, legt uit hoe het met patiënt gaat. Zegt aan ouders dat ze altijd mogen bellen als ze ongerust zijn, ook 's nachts. Zij zullen ouders zelf ook bellen als er wat aan de hand is.

#### **23.15 Overdracht naar nachtdienst**

Dossiers worden doorgenomen in koffie-/ overdrachtskamer  
Eventuele bijzonderheden worden doorgegeven. Er wordt rustig gepraat.

Opcodes:

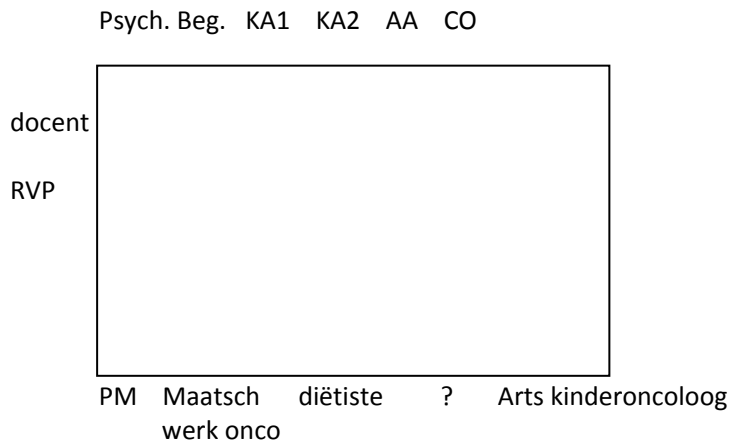
6:54 loopt VAP wel? Want dat begreep ik niet helemaal uit de rapportage

18:45 maar dat vind ik nergens in de map. Nee ik ook niet, alleen in de artsenstatus.

---

## Uitwerking observaties dinsdag 15 mei

MDO – Multi disciplinair overleg (met opname)



- KA2 begint gesprek  
KA1 brengt volgende patiënt naar voren  
MW onco geeft uitleg over patiënt, legt probleem/ moeilijkheden uit. Toon hierbij is een beetje verontrustend.  
AA geeft aan dat er structuur moet zijn  
KA2 stuurt gesprek op gegeven moment en draagt mogelijke oplossingen aan.  
KA2 wanneer eerste patiënt besproken is, wordt volgende geïntroduceerd.
- Culturele verschillen → met ouders wordt niet gesproken over kanker, maar over een tumor.
- K1 introduceert volgende patiënt  
Docent geeft uitleg en neemt vervolgens leiding in het gesprek. Toelichting op patiënt wordt gegeven. Docent geeft vervolgens advies aan RVP mbt de communicatie.  
RVP bespreekt laatste patiënt → ik denk dat **we** moeten kijken hoe **we** die aan gaan pakken.  
KA1 nou dan hadden we t he?

Iedereen staat op en bespreekt onderling nog een aantal zaken.

---

## Uitwerking observaties woensdag 23 mei

### Opname 2 en gedeeltelijk 1

- 1500- 1600 overdracht: dossiers doornemen en mondelinge toelichting op patiënten
- 1600 brieven aan ouders worden uitgedeeld
- 1620 nieuwe voeding samenstellen. Plaats: keuken, aanwezig: AA, SVP, VP  
AA: mag ik met jou afspraken maken? (AA geeft vervolgens advies over samenstelling)  
VP stelt vragen, is behulpzaam → formulier → zal ik die ook nog even halen?  
AA: jij checkt dat nog even? Dan draag ik dit zo over.
- 1645 patiëntje krijgt paracetamol toegediend. Wanneer svp kamer betreft ze P bij handelingen door haar aan te spreken op wat ze aan het doen is. (maakt op dat moment een hart voor Moederdag) Paracetamol wordt ingenomen met appelmoes.
- Svp: kijk hier heb ik een beetje appelmoes voor je en een beetje poeder tegen de pijn. Dan krijg je één lepen met poeder en één lepel zonder. Zo, is het er allemaal door? Ja? Doe je mond eens open? (op vriendelijke toon) Goed zo! Wat ben jij een kanjer zeg (patiëntje kijkt trots).
- 1650 svp bereidt infuus voor. Wanneer dit aangehangen wordt bij de patiënt geeft ze uitleg over de samenstelling. Ze hebben berekend dat ze 70 ml per uur moet krijgen, hier wordt verantwoording voor afgelegd aan moeder en patiënt
- Moeder: ik vind het allemaal best hoor  
P: wat doe jij nou?  
Svp: ik spuit m (het infuus) even door
- 1715 ouders van patiënt worden naar de kipi gebracht.  
Vp: de intensive care is en afdeling met veel slangetjes en dingen, schrik daar niet teveel van. P zal waarschijnlijk ook aan een aantal apparaten liggen, maar daar weet ik verder niks van. Ik zal zo nog even navragen met hoeveel personen jullie erbij mogen.
- Als vp ouders weer verlaat wenst ze hen allen veel sterkte toe.
- Vp: Mond (of neus) spray moet eigenlijk 3x per dag  
P: hoe laat moet dat?  
Vp: staat eigenlijk nergens op papier he? Ik zal er een lijstje van maken. 0800, 1400 en 2000 uur, vind je dat goed?  
Vp: mag ik je temperatuur ook nog even meten? Kan dat onder het spelletje (p speelt computerspel).
- Vp aan de tel: dat kan ik niet, maar ik kan u wel het nummer doorgeven.
- Patiënt hoest bloed op en belt, 2 vp's gaan naar p, geen paniek, blijven rustig en doen wat ze moeten doen :
- Vp: dan ruilen we even van bakje, dan hoeft je het ook niet allemaal te zien (= het bloed). Zal ik je mond even schoonmaken? (ondertussen belt collega met arts, om te vertellen wat er met p gebeurt)

---

Svp: de dokter gaat zo even naar je bloedplaatjes kijken. Weet je wel wat dat zijn? (p antwoord nee)  
Die zorgen voor een bloedstolling. Dus als je een wondje hebt, komt er een korstje op. Dan ga ik nu even bij andere kinderen kijken en dan kom ik zo bij je terug.

P: dan kom je wel direct?

Svp ja natuurlijk, en als er iets is, als je weer moet hoesten, dan bel je meteen he?

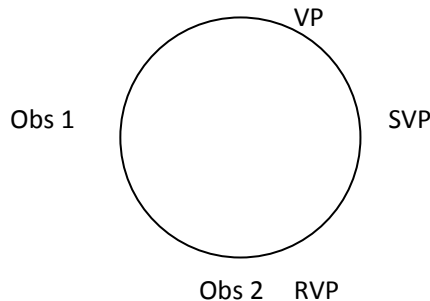
Vp komt bij patiënt en moeder geeft aan dat ze zojuist 100 ml Vitamel heeft gedronken. Blijkbaar heeft de diëtiste niet gecommuniceerd dat het patientje naast haar sondevoeding geen ander eten of drinken mag hebben. (terwijl ze hier eindelijk weer eens zin in had na lange tijd) wanneer ze namelijk wel extra eet of drinkt verhoogt haar bloedsuikerspiegel. Nu moeten ouder en patiënt min of meer teleurgesteld worden, omdat het patientje niks in had mogen nemen. Tenzij dit gemeld was, dan konden ze rekening houden met het toedienen van de hoeveelheid insuline.

---

## Uitwerking observaties donderdag 24 mei

### 7.30 overdracht

De communicatie vindt plaats in de koffiekamer, opstelling is als volgt.



Gesprekspartners zitten dus tegenover elkaar of haaks op elkaar/naast elkaar.

### 8.10 Medicijnen klaarmaken

8.20 svp dient P de medicijnen toe. Hierbij vertelt ze P wat ze gaat doen en houdt ze ook continu contact met P: “goed zo P, dan ga ik nu de bloeddruk meten”. Vervolgens wil ze ook nog de temperatuur meten. P zegt al “thermometer”, weet dus al wat er gaat gebeuren.

Moeder: hoe is het gegaan vannacht?  
SVP: volgens mij prima, ja, ze heeft niet gespuugd.  
SVP-P Bas zei dat alles goed gegaan was he vannacht?  
SVP dient medicijnen toe  
SVP-P nu een beetje water  
SVP-M 75 cc lukt redelijk he? Zonder te spugen. En u had de temperatuur al gedaan? Het is altijd een run op de weegschalen. Ik wil m nog wel even wegen, omdat ie met de kuur zit. Wat ik uit de kuur heb begrepen, is dat hij vanmiddag klaar is. Heeft u verder nog medicijnen nodig? Dan leg ik dat bij de arts neer, kan hij daar verder voor zorgen (M geeft een aantal dingen door)

M wordt zijn bloed ook nog weer gecontroleerd?  
SVP Nee, dat is nu niet meer van belang. Van te voren wel, want... , maar aan het einde van de rit niet.  
Heeft u ook alweer een nieuwe afspraak bij de Poli?

(moeder vraagt door, SVP geeft uitleg op alles)

SVP heeft u nog vragen voor de arts in de visite?  
M nee hoor, het is bekend allemaal, en anders trek ik wel aan de bel.  
En als je in de loop van de ochtend tijd hebt, wil je dan die pleister met mij even doen?  
SVP ja, natuurlijk

Opmerking van moeder nav onderzoek:

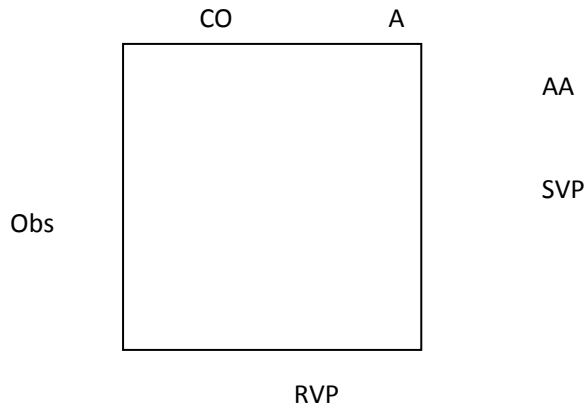


---

Hier (M2) gaat het vooral om informatie en voorzieningen, he, om medicijnen. En dat is heel anders dan op M4 waar het vooral om verpleging gaat. Hier is het toch kritieker.

0910 Visite

*Setting:*



SVP draagt patiënt voor, metingen worden besproken. Het sparen van de urine komt ter sprake.

AA: daar zouden we gister toch al mee starten?  
SVP oh, dat heb ik nergens staan  
AA ik heb dat gister aan een collega van je doorgegeven  
SVP dan moet dat dus met een katheter  
A oh, maar dan moet er dus ook geen bloed geprikt worden (rent vervolgens naar patiënt toe)  
Te laat, ze is al geprikt.

0945 Katheter wordt met behulp van collega ingebracht. Collega geeft aan wat ze gaat doen: "dan ga ik je even schoonmaken, dat is een beetje koud he". Het patientje moet vervolgens huilen en raakt geheel overstuurd. Vader probeert gerust te stellen.

SVP-VP zit ie goed?

SVP-P hij zit goed hoor lieverd. Dat heb je knap gedaan hoor, dat ging snel!

VAP-pleister moet ook verwisseld worden.

SVP-P nee, dat is ook niet leuk he? Schat, ik ga even onder je pleister kijken. Je bent een knappe meid hoor! Het is bijna klaar. Zo, pleister erop!

1115 overleg met vader over aanbreng sonde

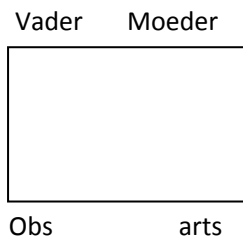
Vader heeft twijfels: "ja maar ja, ze is er bijna doorheen en dan denk ik, moet je haar dit nu nog allemaal aandoen? Uiteindelijk is het wel in haar belang natuurlijk, maar ja, ik heb wel sterk mn twijfels ja".

SVP weerlegt twijfels "als ze de volgende kuur ingaat, dan moet ze wel sterk zijn, en nu zit ze wel net op het randje". SVP geeft aan dat ze nog zal overleggen met de arts en diëtiste, deze zijn echter wel allebei van mening dat het patientje aan de sondevoeding moet. Dit maakt het verhaal van de SVP ook sterker. Arts gaat later op de dag nog naar vader toe om hier nog over te spreken.

---

Gesprek met ouders (O) en arts (A), ouders hebben namelijk nog een aantal vragen.

Setting:



- A de laatste kuur is bijna voorbij, hoe is dat nu? Went het?
- O spreken gevoelens hierover uit → “het wordt inmiddels wel geroutineerd”.
- A hebben jullie het gevoel dat hij er zelf tegenop ziet?
- O wij maken ons er waarschijnlijk meer druk om dan hij
- A en jullie hadden ook nog een aantal vragen?
- O ja, toch nog weer over de opbouw van de kuur
- A geeft uitleg hierover
- O stellen een vraag
- A dat was ook één van de dingen die ik wilde toelichten.
- O vragen zich af wat bepaalde kuur doet
- A legt eventuele bijwerkingen van de kuur uit
- O hoe ziet normaal gesproken het verloop van de kuur eruit? Heeft de laatste kuur ook de meeste impact?
- A er spelen een aantal dingen nu een rol. Het verloop van de kuur is niet geheel te voorspellen. Arts legt vervolgens mogelijke bijwerkingen uit.
- O worden de stamcellen na de kuur teruggeplaatst?
- A legt aan de hand van een uitgeprint schema uit hoe dit gaat. Arts legt mogelijke risico's uit (één daarvan is dat P mogelijk niet naar huis kan) geeft vervolgens ouders gelegenheid om hier op door te vragen.
- O en wat nu? Misschien is dat ook wel te vooruit kijken hoor, maar na 6 maand is hij klaar en wat zijn dan de controleprocedures?
- A dan kijken we opnieuw wat er op dat moment mogelijk is. Hij heeft dan de chemo gehad en dan zijn er geen standaard procedures voor handen.
- O Nou ja, misschien moeten we daar nu ook niet over praten
- A nu is alles gericht op genezing. Ik denk dat het een heel erg als, als, dan geredeneer wordt.
- O ja inderdaad, daar moeten we t nu niet over hebben.
- A de controles zijn eerst 1x per 3 maand, daarna 1x per jaar. Het doel van die controles is om te kijken of de tumor niet terug komt. Daarnaast kijken we ook hoe de ontwikkeling is van de patiënt.
- A geeft beeld hoe het leven eruit gaat zien voor ouders: “ je pakt alles weer op, alles gaat zijn gang weer en op het moment dat er weer een controle komt ben je weer onrustig. Jullie zijn bekend bij ons, dus je kan altijd bellen”.
- O is er iemand belast met de doorvoer van de kuur? Ik moest nu zelf na 14 dagen aangeven dat hij medicijn X moest hebben. Niemand had daar dus aan gedacht.
- A legt uit hoe dit mogelijk is. Als iemand namelijk tussendoor wordt opgenomen, dan kan het gebeuren dat u daar eerder aan denkt dan wij. → daarom is het belangrijk dat u dit schema ook heeft.
- O kan ik het behandelplan ook van uur tot uur krijgen?

- A dat is een schema wat de verpleegkundigen hebben. Een schema met daarop hun planning.
- O je bent toch een soort waakhond. Als hij kuurt moet je erbij zijn als ouder. Een tijdje terug zag ik ook dat er een verkeert infuus hing. Daarom is het belangrijk dat ik dat schema heb.
- A heeft u dat ook besproken met de verpleegkundigen?
- O ja, zij voelden zich heel vervelend.
- A geeft aan dat ze verpleegkundigen hier op aan kan spreken (“triggeren”) zo van, he wanneer is de volgende kuur?
- A ik vind wel dat ik dit (voordat ze dus dat schema krijgt) even moet bespreken met een regieverpleegkundige.
- O het is niet negatief bedoeld hoor. Het is ook voor onze eigen beeldvorming. Dat zou dan het enige tastbare zijn wat we hebben. Wij vinden het fijn om te weten wat er allemaal in gaat en waarom.
- A misschien kan er een oudervriendelijk werkplan gemaakt worden in plaats van het werkplan voor de verpleegkundigen.

(samenvattend) Dus u heeft behoefte aan informatie op papier. Daar gaat het om. De uitleg van een verpleegkundige, waar u aantekeningen van kan maken, is niet genoeg. U wilt echt gedetailleerde informatie hebben?

- O ouders bevestigen dit.
- A ja, dat is duidelijk
- O dan is het tastbaar en weten we hoe het eruit ziet.
- A wat we wel kunnen doen is bij deze medicijnen vast de dagboekbladen voegen.
- O ouders geven ook nog een compliment over de behandeling. Geven aan dat er heel snel allerlei mensen samen moesten komen, en dat dat heel goed ging. Het oogsten van stamcellen, alles ging ontspannen. Fijn dat hun zoon ook op een aparte kamer kon liggen.
- O er zijn 52 stamcellen afgenomen, maar er waren er 15 nodig. Wat gebeurt er met de overige?
- A geeft uitleg
- O wat ik ook nog wilde vragen, hoe zit het met de groeicurve?
- A ik verwacht dat dat heel erg meevalt, want... dus ik verwacht niet heel veel. Dan hebben we t natuurlijk wel over de lengte (niet gewicht)
- O ik heb geen vragen meer, jij? (= vader)
- A ik ga nog even achter de volgende dingen aan: dagboekbladen, gehooronderzoek, etc.
- O en de communicatie met u gaat via de poli?
- A streven is om dat op de poli te doen ja. We hebben dan regelmatig contact en dan kunnen we even bijpraten
- O we hebben uw telefoonnummer?
- A dat gaat via de secretaresse, en anders...  
Tijdens opnames kom ik in ieder geval even langs. Vragen kunt u ook altijd doorgeven aan de verpleegkundigen, zij bespreken dit in de visites. Mocht ik er niet zijn, en het kan niet wachten, dan kunt u ook altijd bij een collega terecht.

1500 VAP naald wordt bij patiënt verwijderd, aangezien hij vandaag naar huis mag:

- VP gaan we de pleister eraf halen
- M dat doet geen pijn hoor
- SVP goed zo, pleisters zijn ook niet leuk he.

En hoe heet die poes van jullie dan? Hoe ziet ie eruit? Heeft ie zwarte haartjes of witte? Dat gaat heel goed P. en wie is er nog meer thuis? Nog meer beestjes? Zullen we tellen als ik hem eruit haal? 1, 2, 3! En klaar!

---

1515 patiënt krijgt sonde

SVP legt aan vader uit wat ze gaan doen, waarom ze nu met zn tweeën zijn. Haar collega zal namelijk de voeding er doorheen laten gaan, zodat ze er langzaam aan kan wennen.

Weet je P, SVP gaat even kijken met dit slangetje. Ik doe nog niks hoor. Ik ga m eerst even afmeten, zo achter je oren langs naar je buik. SVP gaat nu het slangetje in je neus stoppen naar je maag.

---

## Uitwerking observaties vrijdag 25 mei

0730 overdracht

Vp die uit nachtdienst komt: perifeer meter verplaatsen naar oren → moet in overleg met rvp. Waarom is het beleid zo dat wij zo halsstarrig vasthouden aan die onderwaarde van 85? Alles krap vaststellen en daardoor continu piepende monitoren. Terwijl dit bij het oor allemaal niet nodig is. → rvp geeft aan dat ze dit zal uitzoeken en zal het nagaan bij kinderarts.

Rvp-vp red jij het ook? (naar stagiaire)

Vp ja, het is vrij druk allemaal, maar ik kijk even. Anders ga ik zo ook nog wel even met X aan zitten.

Rvp ja dat was ook mij voorstel. En anders kan je ook altijd bij mij terecht natuurlijk.

0800 eerste patiënt moet naar een andere afdeling gebracht worden, ivm bestraling. Svp geeft aan dat de sonde afkoppelt en dat een collega van haar met hem mee gaat. Vervolgens vraagt ze of hij zich nog even op wil frissen.

0815 svp voert controles uit bij volgende patiënt. Patientje mag zelf de temperatuur meten, met enige hulp bij de plaatsing van de meter.

Svp ik heb de bloeddrukmeter ook al klaar staan, dat kan jij ook zo goed he?

Mag jij de knop zo indrukken

P eerst de armband

Svp ja, ik pak even een andere

P waarom dan?

Svp omdat deze beter bij jouw spierballen past, en ik moet goed de spierballen meten.

P drukt knop in

Svp ja! Dank u!

P wil weten of chemo Kasper uit zijn lijf is en vraagt hoeveel er nu nog in zijn lichaam zitten

Svp gaat op bed zitten en vertelt dat ze dat ook niet precies kan zeggen, maar dat ze vanmiddag een prikje doen en dat ze dan kunnen zien of chemo Kasper weg is. " maar als je nu genoeg blijft drinken, dan plas je ze allemaal weer uit".

0950 visite onco

1015 visite cardio

11.00 Bloedprikken bij P

Svp legt uit wat ze gaat doen. Kijk ik heb een pleister meegenomen, vind je m mooi? (enige tegenspraak, P heeft er liever een draak op staan)

P vraagt waarom ze geen buisje gebruikt

Svp dat buisje en ik zijn geen vriendjes

P hoeveel Chemo Kaspertjes zitten er nog in dan?

Svp dat gaat de dokter met dit bloed bekijken

→ Kind weet precies wat er gaat gebeuren, geeft zelfs aan hoe de handelingen moeten. Is nieuwsgierig, vraagt waarom bepaalde dingen gebeuren. Er moet helaas toch nog 2x geprikt worden om voldoende bloed te tappen, beide middelvingers nu in de pleister → p: nu kan ik niet meer tekenen.

---

1400 hoi p! ik ga je infuus even vervangen. Zal ik ondertussen de thermometer even onder je arm stoppen? Dan haal ik deze even los. Zullen we je hand even poetsen aan de onderkant? Hij is een beetje vies denk ik. Zo dat is wel een beetje koud hoor (doekje met alcohol) Koud is t he? Mag je je arm even omdraaien, zo, heel goed. Dus jij hebt een mobiel? Ik vind het wel een hele mooie! Zo, dan zit ie weer goed, ga ik m alleen nog even doorspuiten.

In de gang:

A spreekt vp aan, is op zoek naar een rvp. Vp is echter ook bevoegd te horen wat hij te zeggen heeft. Hij zegt dat er donderdag een patiënt komt met ALL (recidief?) collega's bij zusterpost zijn verontwaardigd, dit hoort volgens hen namelijk niet zo in de gang besproken te worden.

1530 overdracht  
Vervolgens onderling overleg waar nog hulp nodig is.

---

## Aantekeningen observaties zondag 3 juni

### 7.30 overdracht

- vp1 instelling NPS team --> dus dan krijgt ze net te veel.  
vp2 maar ik had het wel goed mondeling overgedragen. en ze zei nog 'dan moet ik nog wel een spuit klaarmaken'.  
vp1 ja, en ik heb die spuit ook wel zien liggen. en ik weet niet beter dan dat er 33 ml in moet.  
vp2 ja dat is vervelend

### 0830 controleronde

1<sup>e</sup> patiënt (mag vandaag naar huis, en heeft hier blijkbaar ook nogal haast mee. Svp geeft later ook aan dat zij erop moet letten zich niet te laten dwingen door de P. als het aan P ligt worden controles niet meer uitgevoerd, is het allemaal wel goed zo. Svp wil P echter goed naar huis sturen.)

- P en als ik dan zo naar huis ga, dan gaat mn vap-naald eruit?  
Svp ja zeker, ik ga zo even hepadrine halen.

hepadrine = bloedverdunner, zodat VAP niet dicht slibt en ze hem de volgende keer zo weer kunnen gebruiken.

2<sup>e</sup> patiënt: (zelfde kamer, druk persoon die om veel aandacht vraagt)

- Svp ik wil even wat controles bij je doen, ga je even op bed liggen?  
p2 wat zijn controles dan?  
Svp temperatuur, bloeddruk, dat ga ik even meten  
p1 is ie kapot ofzo?  
Svp nee hoor, je moet alleen even geduld hebben  
Svp en, wat staat erop?  
p1 36.5  
svp helemaal goed

3<sup>e</sup> patiënt:

moeder tegen vp:

zodra ze met spuiten aankomen is t al mis. gister kwam er een vp en toen vroeg ie ook al 'wat zijn jullie aan het doen?' ze zeiden toen dat de draden nogal in de war zaten en dat ze die uit elkaar gingen halen. Ondertussen dienden ze ook de medicatie toe. Hij gaf geen kick, zo zie je maar dat het dus toch tussen de oren zit he?

### 0930 svp pleegt aantal telefoontjes

Belt allereerst met schoonmaakt, er is een glas kapot gevallen, hele vloer is pikkerig. Bel vervolgens terug naar andere afdeling die haar eerder hadden opgepiept. Het betreft een telefoontje over een overname, svp noteert gegevens op lanlel. Svp vraagt continu door aan de telefoon, blijkt ook nodig, anders had ze veel relevante informatie niet gehad.

### 0915 medicatie toedienen patiënt 2

- Svp ik ga je nog even de medicatie toedienen  
P dan ga ik een spelletje doen  
Kan je me niet een mes geven? Dat ding zit vast (spel)  
V nee, dat doe je niet met een mes  
Svp misschien kan je je vader even vragen of hij je kan helpen

---

0940 svp zoekt plekje voor overname

0955 svp spreekt diëtiste bij de balie. Ze geeft haar door dat er om 11 uur een overname komt, geeft daarbij de voeding van p aan diëtiste door.

**1000 gesprek in gang**

Svp hoe gaat t met jou?

Vp ja gaat goed, geeft vervolgens aan welke personen er allemaal al klaar zijn met hun eerste ronde.

Svp ik zal zo de gegevens van P1 verwerken, dan is dat ook maar weer gedaan

Vp heb je zijn gegevens ook al uit de computer gehaald?

Svp nee, dat nog niet

Vp ok, dan ga ik dat doen

1010 svp schrijft resume voor oncopolie (gebeurt standaard wanneer iemand weer naar huis gaat) svp geeft aan dat veel medewerkers vergeten hun naam bij hun stukje tekst te zetten. Zo kan je dus nooit terug zien wie wat over een P heeft geschreven.

1100 overname nieuwe patiënt

Plaats: kamer van P

Svp groet ouders en begeleidende vp

Svp heeft overleg met vp. Oa over de spuitpomp, er is er geen een meer op de afdeling, vraagt of ze deze nog even hier kunnen houden. Svp krijgt nodige papieren over P

Svp vertelt ouders nadat vp weer weg is dat zij zo naar de visite moet. Ze legt uit waar de pieper zit en hoe deze werkt. Mocht er wat zijn kunnen ze dus altijd bellen.

1130 svp bekijkt daglijst van P. deze blijkt onvolledig. Er staat dat het kindje 8x gevoed moet worden, het soort voeding ontbreekt alleen. Daarnaast wordt gemeld welke medicijnen ze krijgt. Ook dit is niet volledig, want de hoeveelheid ontbreekt.

**1150 visite**

Aanwezig: A, AA, svp

Plaats: artsenkamer

AA mengt zich verder niet in het gesprek

A begint gesprek± wie hebben we?

Svp draagt eerste patiënt aan, geeft aan dat er geen bijzonderheden zijn

A dan wil ik t hier ook bij laten, gezien de tijd

Svp en dan heb ik nog...

A dus zijn spiegel moet nog vanmiddag en dan mag ie naar huis?

Svp ja idd

A noteert gegevens

Svp en dan heb ik nog Patiënt x, geeft vervolgens patiëntgegevens

A wat krijgt hij verder voor medicatie?

Svp geeft info over medicatie

A geeft aan wat hier veranderd aan kan worden

A wat krijgt hij aan eterij?

Svp geeft dit door

A en hij spuugt niet?

Svp nee hij is net met een flesje begonnen en dat gaat goed



---

A        noteert beslissingen op groene lijst. Geeft daarbij ook aan dat ze eerst maar even moeten kijken hoe t zo gaat en dat ze niet teveel moeten veranderen natuurlijk. (P komt namelijk net van een andere afdeling af)

1205    svp is weer bij patiënt op de kamer

Svp     ik zal de monitor even instellen. De ondergrens staat nu op 80, daarom piept ie zo vaak. (stelt grens anders in...) zo, nou piept ie ook minder. Dat klinkt anders ook zo akelig he?

V        ja inderdaad.

P wordt gevoed:

Svp     even een beetje water erbij om te kijken of de sonde goed zit.

M        oh, doe je dat met water?

Svp gaat na of het voeden op de andere afdeling anders ging dan dat ze hier gewend zijn, omdat P nu ligt te kreunen en een beetje lijkt tegen te stribbelen.

Svp     ik weet niet hoe ze het op de neo geven. Gewoon de spuit erin of via de sonde?

M        geeft antwoord

Svp     oh nou, zo doen wij het hier ook.

Svp     jullie zijn hier ook op voorbereid? Hoe je dus sondevoeding kan geven?

M        ja hoor

Svp     ik kom zo nog wel even bij jullie zitten om te vertellen hoe t hier gaat op de afdeling. Ik moet eerste naar een andere kindje en dan kom ik terug.

O        ja dat is prima

## 1220    patiënt krijgt vingerprik

Svp     ik ga even een prikje doen. Welke vinger mag ik gebruiken?

P        vraagt aan moeder (wil net weggaan voor lunch) of ze nog even wil blijven, omdat hij een prik krijgt.

P        wijst een vinger aan. Zit hier meer bloed in?

Svp     dat maakt niks uit

Svp     jij mag kiezen, wordt t die of die? Anders kies ik er één voor je.

Svp     wil al gaan prikken...

P        hé, tellen!

Svp     ja ik tel, pakt intussen een andere naald

Svp     1...2...3

P        au!

P        hoeveel nog?

Svp     nog een heleboel

(het duurt even voordat t buisje vol genoeg is...)

P        doe dat buisje er dan af!

Svp     negeert gedrag van p, zegt hier niets op, verwijdert wel t slangetje zodat het bloed rechtstreeks in het buisje loopt.

P        doe hem maar goed vol, dan mag ik zeker naar huis.

Svp     ik weet niet of het zo werkt, maar nu hebben we in ieder geval genoeg monster.

P        niet te hard knijpen! Mag ik jou ook knijpen?

Svp     ik knijp jou niet om je te plagen, maar omdat je vanmiddag naar huis wil.

Svp     zo, klaar

P        he he.

---

## **Bijlage VI Protocol UMCG**

---

*Een beschrijvend veldonderzoek naar de communicatieve situaties  
van hulpverleners in het UMCG*

## Protocol

Groningen, 18 april 2007

Janneke Drok & Rian Marsman



---

**Deelnemende organisatie:**

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in het kader van de masterscriptie Communicatie- en Informatiewetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen. Het onderzoek richt zich op de Beatrix Kinderkliniek (afdeling Oncologie) en de afdeling Gynaecologie van het UMCG te Groningen.

**Onderzoeksteam:**

Janneke Drok, masterstudent Communicatie- en informatiewetenschappen:  
*Wenckebach Instituut, UMCG, Groningen.*

Rian Marsman, masterstudent Communicatie- en informatiewetenschappen:  
*Wenckebach Instituut, UMCG, Groningen.*

Dr. J. Berenst, scriptiebegeleider RuG:  
*Letterenfaculteit, Rijksuniversiteit Groningen.*

Dr. E.A.H.M. Geerts, scriptiebegeleider UMCG:  
*Wenckebach Instituut, UMCG, Groningen.*

Prof. dr. H.B.M. van de Wiel, scriptiebegeleider UMCG:  
*Wenckebach Instituut, UMCG, Groningen.*

Mevr. W.J.M. Smid, projectcoördinator communicatietraject:  
*Beatrix Kinderkliniek, UMCG, Groningen.*

**Correspondentieadres:**

Janneke Drok

*E-mail:* j.drok@wenckebach.umcg.nl  
*Telefoon:* 06 – 26 71 81 57

Rian Marsman

*E-mail:* r.marsman@wenckebach.umcg.nl  
*Telefoon:* 06 – 44 51 52 90

---

**Aanleiding van het onderzoek:**

Binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) wordt aandacht besteed aan competentiegericht leren. Een competentie kan gedefinieerd worden als een set van vaardigheden, kennis, persoonlijkheidskenmerken en gedragingen (= alles wat iemand doet of zegt). De zes competenties die binnen het UMCG gehanteerd worden, zijn: samenwerking, communicatie, maatschappelijke verantwoordelijkheid, organisatie, professionaliteit en kennis ontwikkelen en delen. De aandacht voor de competentie 'communicatie' is de laatste jaren gegroeid. De gezondheidszorg is namelijk een sector waarvan communicatie een essentieel onderdeel is, omdat het de basis vormt van de samenwerking tussen arts en patiënt, arts en familie van de patiënt, arts en verpleegkundige, verpleegkundigen en patiënten en andere medewerkers in de gezondheidszorg, zoals receptionisten (Macdonald, 2004).

Uit de resultaten van de Kernvragenlijst Patiënttevredenheid Academische Ziekenhuizen (KPAZ 2005, in: Smid & Van de Wiel, 2006) is gebleken dat er een gebrek aan klanttevredenheid is binnen de Beatrix Kinderkliniek. De ouders ervaren dat de communicatie tussen de medewerkers onvoldoende is, waardoor deze onvakkundig overkomen. Ook blijken de ouders van de kinderen niet tevreden over de manier waarop zij geïnformeerd worden, over de dossierkennis en de nazorg. Uit onderzoek van Roter (1989) is gebleken dat deze factoren kunnen leiden tot een verminderde therapietrouw. In het 'Plan van aanpak 2006-2007, ter verbetering van de klanttevredenheid in de Beatrix Kinderkliniek' (Smid & Van de Wiel, 2006) is besloten tot een kliniekbrede aanpak ter verbetering van de communicatie.

**Doel van het onderzoek:**

Het doel van dit onderzoek is *het geven van een beschrijving van de communicatieve situaties binnen de afdeling Oncologie van de Beatrix Kinderkliniek en de afdeling Gynaecologie van het UMCG.*

Om de communicatie aan te kunnen passen, moet eerst duidelijk zijn welke communicatieve situaties er zijn en hoe die zich kenmerken. Dit onderzoek richt zich vooral op het beschrijven van de communicatieve situaties van regieverpleegkundigen. Voor regieverpleegkundigen is gekozen, omdat zij te maken hebben met veel verschillende communicatieve situaties. Zij komen namelijk in aanraking met patiënten, ouders van patiënten, artsen, collega-verpleegkundigen, diëtisten, onderwijzers, pedagogisch medewerkers en secretaresses. Regieverpleegkundigen vormen daarmee de spil van de afdeling. Onderzoek naar hun veelzijdigheid in interacties zal waarschijnlijk een compleet beeld geven van alle communicatieve situaties zoals die voorkomen binnen de afdeling. Tegelijkertijd zal eenzelfde beschrijvend onderzoek worden uitgevoerd naar de communicatieve situaties van de regieverpleegkundigen van afdeling Gynaecologie. Door de resultaten van de beide afdelingen met elkaar te vergelijken, kan inzicht worden verkregen in mogelijke verbeterpunten op het gebied van de communicatie.

---

## **Achtergrond:**

Binnen de Beatrix Kinderkliniek is een gebrek aan tevredenheid geconstateerd bij de patiënten en hun ouders (Smid & Van de Wiel, 2006). Uit onderzoek van Roter (1989) is gebleken dat de informatieverstrekking van medici significant gerelateerd is aan patiënttevredenheid. Naar aanleiding van onderzoek door Smith en anderen (1981) blijkt ook dat de hoeveelheid informatie die een medicus geeft, én de tijd die hij/zij voor de patiënt vrijmaakt tijdens de behandeling, positief geassocieerd worden met patiënttevredenheid. Onderzoek van Blanchard en anderen (1983, 1986) geeft aan dat het gebruik van de voornamen van de patiënt, het creëren van privacy tijdens lichamelijk onderzoek, het routinematig gebruik maken van sociale vaardigheden (bijvoorbeeld niet onderbreken, of gaan zitten wanneer een hulpverlener tegen een patiënt praat) en het kenbaar maken van vervolgonderzoek of –behandeling allemaal een positief effect hebben op de patiënttevredenheid.

Communicatie speelt dus een essentiële rol bij de patiënttevredenheid. Om de communicatie en daarmee de patiënttevredenheid binnen de Beatrix Kinderkliniek te verbeteren, is het van belang een onderzoek uit te voeren dat een beschrijving van de huidige situatie geeft. Vanuit zowel praktische als strategische overwegingen start dit onderzoek met één specialisme, Oncologie, van waaruit de rest van de kliniek zal volgen. Binnen de afdeling Oncologie hebben patiënten vaak langlopende en intensieve contacten met de kliniek en polikliniek. Veelal gaat het om patiënten die verkeren in levensbedreigende en risicovolle situaties. Bij deze groep patiënten, en ook de ouders, is een goed functionerend informatiesysteem, een snelle behandelduurlooptijd en een als positief ervaren bejegening noodzakelijk. Deze factoren zijn allen onderdeel van communicatie, dat van invloed is op het vertrouwen van zowel de patiënt als de ouders. Dit is noodzakelijk tijdens de behandeling van de patiënt.

Om de huidige situatie in kaart te brengen, is gekozen voor een etnografische benadering. De etnografische benadering kent geen vooropgestelde aannames, maar geeft een beschrijving van de manieren waarop taal en andere communicatiekanalen gebruikt worden binnen culturen en subculturen. In dit geval wordt dat gedaan voor de afdeling Oncologie van de Beatrix Kinderkliniek en de afdeling Gynaecologie. Een ziekenhuis en haar afdelingen kan namelijk ook gezien worden als een subcultuur. Omdat bij een etnografische benadering vooraf geen hypothesen geformuleerd worden, kunnen de data niet gestuurd worden door verwachtingen van de onderzoeker.

Binnen de etnografie van de communicatie wordt communicatie in verschillende settings in kaart gebracht. In dit onderzoek wordt dat gedaan binnen verschillende medische settings. Voor het beschrijven van communicatie, wordt gebruik gemaakt van een observatieschema (zie tabel II). Het schema is afgeleid van een model dat in vaktermen het ‘Speaking-model’ wordt genoemd (Hymes, 1977). Elke letter van het woord ‘speaking’ staat hierbij voor een bepaalde component van de communicatieve situatie:

<b>S</b>	<i>Setting &amp; scène</i>
<b>P</b>	<i>Participants</i>
<b>E</b>	<i>Ends</i>
<b>A</b>	<i>Act sequence</i>
<b>K</b>	<i>Key</i>
<b>I</b>	<i>Instrumentalities</i>
<b>N</b>	<i>Norms for interaction &amp; interpretation</i>
<b>G</b>	<i>Genre</i>

Het Speaking-model is er voornamelijk op gericht om een beschrijving te geven van de manier waarop taal binnen een gemeenschap gebruikt wordt. Het Speaking-model vormt dan ook het startpunt van dit onderzoek. De acht componenten van het model worden in tabel I nader toegelicht:

<b>Setting:</b>	De setting verwijst naar de tijd en plaats waarin een gesprek plaatsvindt, ofwel: de fysieke omstandigheden. De concrete plaatsen waar de observaties plaatsvinden, bijvoorbeeld op verschillende verpleegafdelingen, vormen de setting van het onderzoek.  Niet alle settings zijn even toegankelijk. De settings uit dit onderzoek, de afdeling Gynaecologie en de Beatrix Kinderkliniek, hebben normaal gesproken een besloten karakter. In het kader van dit onderzoek, wordt de onderzoekers toestemming verleend om de observaties uit te voeren.
<b>Scene:</b>	De <i>scene</i> omvat de fysiologische situatie waarin het gesprek plaats vindt. Het is de interpretatie van de situatie, zoals de overdracht of het slecht-nieuwsgesprek. Per situatie zijn bepaalde handelingen van toepassing. Het begrip 'context' wordt ook wel gebruikt voor deze interpretatie.
<b>Participants:</b>	In het kader van de <i>participants</i> wordt een aantal rollen onderscheiden: spreker of zender, hoorder of ontvanger, publiek of aangesprokene. Hierbij is de vraag wie welke rol aanneemt binnen een communicatieve setting.
<b>Ends:</b>	Het component <i>ends</i> heeft betrekking op het doel van de communicatie. Waar is de communicatie voor bedoeld? Waar zijn de resultaten voor bedoeld?
<b>Act sequence:</b>	Bij het component <i>act sequence</i> , ofwel handelingsopvolging, gaat het om zowel de vorm als de inhoud van de communicatie. Het gaat om de manier waarop de interactie zich ontwikkelt en wie initieert binnen het gesprek.
<b>Key:</b>	De <i>key</i> heeft betrekking op de toon of stijl van de communicatie. De toon kan bijvoorbeeld serieus of grappig zijn.
<b>Instrumentalities:</b>	<i>Instrumentalities</i> betreft de keuze van het communicatiekanaal. Communicatie kan namelijk schriftelijk of mondeling plaatsvinden, of een combinatie van beide. Naast verbale communicatie kunnen ook non-verbale communicatiemiddelen daarbij een rol spelen.
<b>Normen:</b>	Normen betreffen de regels met betrekking tot spreken. Het gaat hierbij vooral om wie er wanneer en tegen wie mag spreken, wat er gezegd mag worden en op welke manier dit gezegd moet worden.
<b>Genre:</b>	Tot slot het component <i>genre</i> . Met genre worden categorieën bedoeld zoals een slecht-nieuwsgesprek, een overdracht, een agenda en dergelijke. Een genre kent bepaalde karaktereigenschappen die geanalyseerd kunnen worden. Bij een bepaalde communicatieve gebeurtenis kunnen specifieke mondelinge of schriftelijke genres aan de orde zijn (bijvoorbeeld een vergadering die gebruik maakt van een agenda).

Tabel I: Toelichting Speaking-model.

### **De vraagstelling binnen het onderzoek:**

De vraagstelling die centraal staat in dit onderzoek luidt als volgt:

*Hoe kunnen communicatieve situaties binnen de afdeling Oncologie van de Beatrix Kinderkliniek en de afdeling Gynaecologie van het UMCG worden beschreven in termen van het Speaking-model?*

---

### **Procedure & Methode:**

Om te kunnen beoordelen wat er binnen de communicatie verbeterd kan worden, wil de kliniek weten hoe de situatie op dit moment is. Om die beoordeling te geven, is gevraagd om een systematische beschrijving van de communicatieve situaties binnen de afdeling. In dat kader is dit protocol geschreven. Het onderzoek zoals dat uitgevoerd wordt, richt zich op een beschrijving van de communicatieve situaties van hulpverleners. De regieverpleegkundige staat hierbij centraal.

De onderzoekers zullen de regieverpleegkundigen volgen tijdens hun dagelijkse routines. De gesprekken die geobserveerd zullen worden, zijn bijvoorbeeld de interacties die de regieverpleegkundige heeft met patiënten, ouders van patiënten, artsen en overige verpleegkundigen, al dan niet in combinatie met elkaar. De onderzoekers observeren wat er gebeurt en wat er gezegd wordt. De regieverpleegkundige hoeft hierbij *geen* aandacht te besteden aan de onderzoekers. De regieverpleegkundige hoeft geen vragen te stellen of uitleg te geven aan de onderzoekers. De onderzoekers zullen *niet* interrumperen in de interactie. Indien nodig zullen zij achteraf enkele vragen stellen om duidelijkheid te verkrijgen over de communicatieve situatie. Tijdens het observeren zullen ze slechts *een beschrijving geven* van dat wat ze zien en horen tijdens de communicatieve situaties. De onderzoekers zullen dus *geen* beoordeling geven over de communicatie in termen van goed of slecht.

Naast de gesprekken die de regieverpleegkundige heeft zal ook gekeken worden naar schriftelijke vormen van communicatie, zoals in logboeken.

Aan de hand van de componenten van het Speaking-model kunnen de volgende vragen geformuleerd worden over communicatie in medische settings zoals die worden geobserveerd:

<i>Setting:</i>	Waar vindt de communicatie plaats? (locatie) Hoe is de opstelling tijdens het gesprek? Hoe is de fysieke positionering van de gespreksdeelnemers, ook ten opzichte van elkaar?
<i>Scene:</i>	Wie structureert het gesprek/ schriftelijke document? Op welk tijdstip vindt het gesprek plaats? Wanneer wordt het schriftelijke document opgemaakt en gebruikt?
<i>Participants:</i>	Wie neemt deel aan de communicatieve situatie? Wie spreekt tegen wie? Wanneer? Waarover? Hoe? (In welke stijl?) Wat zijn de rollen van de deelnemers? Dit kunnen zijn: <i>Hoordersrollen:</i> - Deelnemende hoorder (iemand die aan het gesprek deelneemt) - Niet deelnemende hoorder (iemand die alleen maar luistert) - Geratificeerde afliuisteraars (mensen waarvan de gespreksvoerders weten dat ze meeluisteren) - Ongeratificeerde afliuisteraars (mensen die het gesprek afliuisteren zonder dat de gespreksvoerders dat weten) <i>Sprekersrollen:</i> - Principal (iemand waarbij zijn/ haar positie gevormd wordt door dat wat er gezegd wordt, iemand waarvan zijn/ haar overtuigingen doorgegeven worden en iemand die dus voor en namens zichzelf spreekt) - Author (iemand die de visies van iemand anders weergeeft, maar zelf de woorden kiest waarin hij/ zij dat doet) - Animator (een spreker die teksten voordraagt of voorleest (herhaalt) die hij niet zelf geformuleerd heeft)
<i>Ends:</i>	Wat is het doel van de communicatieve situatie? Waar zijn de resultaten voor bedoeld?



<i>Act sequence:</i>	Wat zijn de opeenvolgende communicatieve handelingen? Wie initieert binnen het gesprek? Wie verricht welke handeling(en)? Als er sprake is van begeleidende fysieke handelingen, wat zijn dan de opeenvolgende fases van die communicatieve handelingen?
<i>Key:</i>	Wat is de toon van de communicatie? (serieus, grappig, ironisch) (is daarbij sprake van een onderscheid per deelnemer?)
<i>Instrumentalities:</i>	Welk communicatiekanaal wordt gebruikt? (mondeling (face-to-face of per telefoon), schriftelijk, digitale media, visuele media, of een combinatie)
<i>Normen:</i>	Op welke (ongeschreven) regels lijken (bepaalde) deelnemers zich te oriënteren in hun communicatieve gedrag?
<i>Genre:</i>	Op welke genres van mondelinge of schriftelijke communicatie oriënteren de deelnemers zich op een bepaald moment? (anamnesegeprek, slecht-nieuwsgesprek, werkoverleg, agenda, notulen, dossiers etc.)

Tabel II: Observatieschema.

Nadat de vragen binnen de acht componenten beantwoord zijn, kan vastgesteld worden welke factoren van invloed zijn op het communicatief handelen binnen de medische setting.

Naast het gebruik van het Speaking-model zal het soms nodig zijn om geluidsopnames te maken. Geluidsopnames bieden namelijk veel meer informatie dan schriftelijke notities. Op deze manier kunnen exacte weergaven van de gesprekssituaties gegeven worden. Ook maken transcripten het mogelijk om gesprekken te tonen vanuit het oogpunt van de geobserveerden. Vanwege de privacygevoeligheid van geluidsopnames, zullen de interacties tussen regieverpleegkundigen en patiënten en/of ouders van patiënten niet opgenomen worden. Alleen de interacties die de regieverpleegkundige heeft met collegae worden opgenomen. Wanneer besloten wordt om geluidsopnames te maken, wordt dat vooraf aangekondigd en zal om uitdrukkelijke toestemming gevraagd worden. De tapes zullen de betreffende afdeling niet verlaten en worden na afloop van het onderzoek vernietigd.

De gegevens worden volstrekt anoniem behandeld. Namen van personen worden genummerd. Onder dit nummer worden gegevens opgeslagen. Alleen de onderzoekers zijn bekend met de koppeling tussen naam en nummer. Dat betekent dat de resultaten niet tot de betrokkenen zijn te herleiden.

Indien onduidelijkheden bestaan over de interpretatie van bepaalde data, kan het nodig zijn om enkele interviews met de regieverpleegkundigen af te nemen. Hiervoor zal in overleg met de regieverpleegkundige een gepast moment gezocht worden.

De verkregen data vormen het uitgangspunt van waaruit een etnografie geschreven kan worden van de communicatieve situaties waar regieverpleegkundigen in hun werk mee te maken krijgen.

Om een antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvraag, is het nodig dat de onderzoekers de regieverpleegkundigen observeren tijdens het uitvoeren van hun werk. Daartoe wordt gedurende een totaal van zes weken meegelopen met verschillende diensten van regieverpleegkundigen. Om een goed beeld te krijgen van alle communicatieve situaties is het nodig dat de onderzoekers met alle mogelijke diensten meelopen. Hierbij wordt de kanttekening geplaatst dat regieverpleegkundigen alleen overdag werkzaam zijn, van maandag tot en met vrijdag. Wanneer zij afwezig zijn (in de avond, nacht of in het weekend) neemt een seniorverpleegkundige hun dienst over. Deze diensten worden ook meegenomen in de observaties. Onderstaand schema geeft een overzicht van de observatiemomenten:

*D = dagdienst, A = avonddienst, N = nachtdienst*

Weeknummer	Datum	Beatrix Kinderkliniek			Gynaecologie		
		D	A	N	D	A	N
17	Maandag 23 april	X					
	Dinsdag 24 april	X					
	Woensdag 25 april	X					
18	Dinsdag 1 mei			X			
	Woensdag 2 mei			X			
19	Maandag 7 mei		X				
	Dinsdag 8 mei		X				
	Woensdag 9 mei		X				
20	-						
21	Dinsdag 22 mei				X		
	Woensdag 23 mei				X		
	Vrijdag 25 mei				X		
22	Woensdag 30 mei					X	
	Donderdag 31 mei					X	
	Vrijdag 1 juni					X	
23	Maandag 4 juni						X
	Dinsdag 5 juni						X

Tabel III: Overzicht observatiedata (onder voorbehoud).

Voor het onderzoek is het van belang dat de communicatie zo natuurlijk mogelijk verloopt. Vanwege de betrouwbaarheid van het onderzoek moeten de onderzoekers daarom zo min mogelijk invloed uitoefenen op de geobserveerde situaties. Om dit te bereiken wordt de identiteit van de onderzoekers zoveel mogelijk verhuld door, over het algemeen, mee te lopen in een witte jas, tenzij de situatie anders vereist. Op die manier worden zowel patiënt als arts niet geconfronteerd met een echte buitenstaander. Hierdoor zullen zij zich minder 'bedreigd' voelen bij het doen van bepaalde communicatieve uitingen.

Nadeel van de verhulde status kan zijn dat de onderzoekers gezien worden als arts. Wanneer de onderzoekers medisch gerelateerde vragen krijgen, zullen zij antwoorden dat zij stagiaires zijn en geen antwoord kunnen geven op de vragen.

#### **Medisch ethische kwesties:**

Het voorgestelde onderzoek betreft een beschrijving van de communicatieve situaties van de afdelingen Gynaecologie en de Beatrix Kinderkliniek (afdeling Oncologie). Deelnemers worden schriftelijk over het onderzoek geïnformeerd. Voor het observeren worden zowel regieverpleegkundigen als patiënten om schriftelijke toestemming gevraagd. De bij het onderzoek verkregen gegevens worden als strikt vertrouwelijk behandeld en zullen geanonimiseerd worden verwerkt. Eventuele geluidsopnames zullen op de afdeling worden verwerkt en na afloop van het onderzoek worden vernietigd.

Bij het onderzoek worden geen invasieve methoden gebruikt. Het onderzoek levert voor de deelnemers geen extra risico op. Patiënten zullen hooguit eenmaal deelnemen aan een interactie die wordt geobserveerd. Het onderzoek valt niet onder de Wet Medisch Onderzoek bij Mensen.

---

## ***Bijlage I: Informatiebrief voor regieverpleegkundigen van de Beatrix Kinderkliniek (afdeling Oncologie)***

Groningen, april 2007

Geachte mevrouw, meneer,

Binnen het UMCG wordt aandacht besteed aan competentiegericht leren. Eén van de competenties is 'communicatie'. De aandacht voor communicatie is de laatste jaren gegroeid, omdat gebleken is dat de informatieverstrekking van hulpverleners en hun bejegening richting patiënten direct samenhangen met patiënttevredenheid. Om na te gaan hoe de communicatie op de afdeling Oncologie van de Beatrix Kinderkliniek van het UMCG verloopt, wordt binnenkort een onderzoek gestart. In deze brief vindt u meer informatie over dit onderzoek. Wij stellen het op prijs als u deze zorgvuldig doorleest.

### **Waarom dit onderzoek?**

Om te kunnen beoordelen of de communicatie verbeterd kan worden, wil de kliniek weten hoe de situatie op dit moment is. Om die beoordeling te geven, is gevraagd om een systematische beschrijving van de communicatieve situaties binnen de afdeling. In dat kader wordt dit onderzoek uitgevoerd.

Het onderzoek heeft als doel een beschrijving te geven van de communicatieve situaties die voorkomen in het beroep van hulpverleners. Dit onderzoek richt zich vooral op het beschrijven van de communicatieve situaties van regieverpleegkundigen. Voor regieverpleegkundigen is gekozen omdat zij te maken hebben met veel verschillende communicatieve situaties, omdat zij in aanraking komen met patiënten, ouders van patiënten, artsen, collega-verpleegkundigen, diëtisten, onderwijzers, pedagogisch medewerkers en secretaresses. Regieverpleegkundigen vormen de spil van de afdeling en hun veelzijdigheid in interacties zal waarschijnlijk een compleet beeld geven van alle communicatieve situaties zoals die voor komen binnen de afdeling.

Wanneer duidelijk is wat de verschillende situaties kenmerkt en hoe ze verlopen, kunnen wellicht punten in kaart gebracht worden die kunnen leiden tot een verbetering van de communicatie op de Kinderkliniek en op andere afdelingen in het UMCG. Dit kan de klanttevredenheid ten goede komen.

### **Wat wordt onderzocht?**

Tijdens ons onderzoek willen we nagaan welke communicatieve situaties te beschrijven zijn in het beroep van hulpverleners op de genoemde afdeling. De situaties die geobserveerd worden, zijn bijvoorbeeld de interacties die de regieverpleegkundige heeft met patiënten, ouders van patiënten, artsen en andere verpleegkundigen, al dan niet in combinatie met elkaar. Naast deze vormen van verbale communicatie, zal ook gekeken worden naar schriftelijke vormen van communicatie, zoals logboeken.

Dit onderzoek zal een aantal aspecten in kaart brengen, zoals: Waar vindt het gesprek plaats, hoe staan of zitten de gespreksdeelnemers ten opzichte van elkaar, wie structureert het gesprek, op welk tijdstip vindt het gesprek plaats en welk communicatiekanaal (mondeling/schriftelijk) wordt gebruikt?

### **Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?**

Om alle mogelijke communicatieve situaties in kaart te kunnen brengen, is het noodzakelijk dat wij hier nauw bij betrokken zijn. Wij zullen dus een observerend onderzoek uit gaan voeren waarbij we gedurende een aantal diensten met u meelopen. Daarbij maken we aantekeningen van wat we zien en horen. Indien nodig zullen wij gebruik maken van geluidsopnames. Geluidsopnames bieden namelijk veel meer informatie dan schriftelijke notities. Op deze manier kunnen exacte weergaven van de gespreksituaties gegeven worden. Vanwege de privacygevoeligheid van geluidsopnames, zullen de interacties tussen regieverpleegkundigen en patiënten en/of ouders van patiënten niet opgenomen worden. Wanneer besloten wordt om geluidsopnames te maken, wordt dat vooraf aangekondigd en zal om uitdrukkelijke toestemming gevraagd worden. De tapes zullen de betreffende afdeling niet verlaten en worden na afloop van het onderzoek vernietigd.

---

### **Wat vragen wij van u tijdens het onderzoek?**

Wij vragen u toestemming voor het meelopen, waarin wij u zullen volgen bij uw dagelijkse routines. Indien u mee wilt werken aan ons onderzoek, kunt u de antwoordcoupon onderaan deze brief invullen. Deze kunt u inleveren bij de receptie. Als u geen toestemming verleent, heeft dat geen verdere gevolgen. Daarnaast vragen wij of u toestemming wilt vragen aan de ouders van de patiënten om mee te werken aan ons onderzoek.

Tijdens het meelopen, observeren wij wat er gebeurt en wat er gezegd wordt. U hoeft hierbij *geen* aandacht aan ons te besteden. U hoeft ons geen vragen te stellen of uitleg te geven. Wij zullen ons niet mengen in de gesprekken. Indien nodig zullen wij achteraf enkele vragen stellen om duidelijkheid te verkrijgen over de communicatieve situatie. Tijdens het observeren geven we slechts een beschrijving van dat wat we zien en horen. We geven dus *geen* beoordeling over de communicatie in termen van goed of slecht.

### **Wanneer vindt het onderzoek plaats en hoe lang duurt het?**

Het meelopen wordt verspreid over een periode van vier weken en vindt plaats in de periode van 1 mei tot en met 25 mei. In deze periode lopen wij mee met een aantal dag-, nacht- en avonddiensten. Tijdens nacht- en avonddiensten volgen wij een seniorverpleegkundige die op dat moment de taken van de regieverpleegkundige overneemt.

### **Wat gebeurt er met de gegevens?**

De gegevens worden gebruikt om een beschrijving te geven van de communicatieve situaties van hulpverleners op de Beatrix Kinderkliniek. Op de afdeling Gynaecologie wordt een vergelijkbaar onderzoek uitgevoerd. De gegevens van beide onderzoeken zullen met elkaar vergeleken worden.

De gegevens worden volstrekt anoniem behandeld. Namen van personen worden genummerd. Onder dit nummer worden gegevens opgeslagen. Alleen de onderzoekers zijn bekend met de koppeling tussen naam en nummer. Eventuele geluidsopnamen blijven op de afdeling Oncologie en zullen na afloop van het onderzoek worden vernietigd.

### **Wie zijn de onderzoekers?**

Bij dit onderzoek is een aantal personen betrokken. De personen waar u direct mee te maken krijgt, zijn de onderzoekers Janneke Drok en Rian Marsman. Zij zijn studenten Communicatie- en Informatiewetenschappen aan de Rijksuniversiteit te Groningen. Daarnaast zijn onderzoeker dr. Erwin Geerts en prof. dr. Harry van de Wiel (beiden werkzaam als onderzoekers bij het Wenckebach Instituut van het UMCG) en projectcoördinator Ineke Smid (werkzaam bij de Beatrix Kinderkliniek) nauw betrokken bij het onderzoek.

### **Waar kunt u meer informatie krijgen?**

Mocht u na het lezen van deze brief nog vragen hebben over het onderzoek, dan kunt u altijd contact opnemen met Janneke Drok of Rian Marsman. U kunt mailen naar [j.drok@wenckebach.umcg.nl](mailto:j.drok@wenckebach.umcg.nl) of bellen naar 050-3610102.

Wij beseffen dat we heel wat van u vragen, maar om een verbetering van de communicatie te realiseren, is uw medewerking onmisbaar. Daarom hopen we van harte dat u aan het onderzoek wilt deelnemen!

Met vriendelijke groet,

Janneke Drok en Rian Marsman

---

Hierbij verleen ik aan Janneke Drok en Rian Marsman toestemming om tijdens mijn diensten observaties uit te voeren ten behoeve van hun onderzoek.

Datum:

Naam:

Handtekening:

---

**\*\*** *Deze strook a.u.b. afknippen en inleveren bij de receptie van de afdeling Oncologie. Als u geen toestemming verleent, heeft dat geen verdere gevolgen.*

---

## ***Bijlage II: Informatiebrief voor regieverpleegkundigen van de afdeling Gynaecologie***

Groningen, april 2007

Geachte mevrouw, meneer,

Binnen het UMCG wordt aandacht besteed aan competentiegericht leren. Eén van de competenties is 'communicatie'. De aandacht voor communicatie is de laatste jaren gegroeid, omdat gebleken is dat de informatieverstrekking van medici en hun bejegening richting patiënten significant samenhangen met patiënttevredenheid. Binnenkort zal in het UMCG een onderzoek gestart worden naar het verloop van de communicatie. In deze brief vindt u meer informatie over dit onderzoek. Wij stellen het op prijs als u deze zorgvuldig doorleest.

### **Waarom dit onderzoek?**

Om een beoordeling van het verloop van de communicatie te kunnen geven, is gevraagd om een systematische beschrijving van de communicatieve situaties binnen de afdeling. In dat kader wordt dit onderzoek uitgevoerd.

Het onderzoek heeft als doel een beschrijving te geven van de communicatieve situaties die voorkomen in het beroep van hulpverleners. Dit onderzoek richt zich vooral op het beschrijven van de communicatieve situaties van regieverpleegkundigen. Voor regieverpleegkundigen is gekozen omdat zij te maken hebben met veel verschillende communicatieve situaties, omdat zij in aanraking komen met patiënten, ouders van patiënten, artsen, collega-verpleegkundigen, diëtisten, onderwijzers, pedagogisch medewerkers en secretaresses. Regieverpleegkundigen vormen de spil van de afdeling en hun veelzijdigheid in interacties zal waarschijnlijk een compleet beeld geven van alle communicatieve situaties zoals die voor komen binnen de afdeling.

Wanneer duidelijk is wat de verschillende situaties kenmerkt en hoe ze verlopen, kunnen wellicht punten in kaart gebracht worden die kunnen leiden tot een verbetering van de communicatie in het UMCG. Dit kan de klanttevredenheid ten goede komen.

### **Wat wordt onderzocht?**

Tijdens ons onderzoek willen we nagaan welke communicatieve situaties te beschrijven zijn in het beroep van hulpverleners in het ziekenhuis. De situaties die geobserveerd worden, zijn bijvoorbeeld de interacties die de regieverpleegkundige heeft met patiënten, ouders van patiënten, artsen en andere verpleegkundigen, al dan niet in combinatie met elkaar.

Naast deze vormen van verbale communicatie, zal ook gekeken worden naar schriftelijke vormen van communicatie, zoals dossiers, logboeken, en dergelijke.

Dit onderzoek zal een aantal aspecten in kaart brengen, zoals: Waar vindt het gesprek plaats, hoe staan of zitten de gespreksdeelnemers ten opzichte van elkaar, wie structureert het gesprek, op welk tijdstip vindt het gesprek plaats en welk communicatiekanaal (mondeling/schriftelijk) wordt gebruikt?

### **Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?**

Om alle mogelijke communicatieve situaties in kaart te kunnen brengen, is het noodzakelijk dat wij hier nauw bij betrokken zijn. Wij zullen dus een observerend onderzoek uit gaan voeren waarbij we gedurende een aantal diensten met u meelopen. Daarbij maken we aantekeningen van wat we zien en horen. Indien nodig zullen wij gebruik maken van geluidsopnames. Geluidsopnames bieden namelijk veel meer informatie dan schriftelijke notities. Op deze manier kunnen exacte weergaven van de gespreksituaties gegeven worden. Vanwege de privacygevoeligheid van geluidsopnames, zullen de interacties tussen regieverpleegkundigen en patiënten en/of ouders van patiënten niet opgenomen worden. Wanneer besloten wordt om geluidsopnames te maken, wordt dat vooraf aangekondigd en zal om uitdrukkelijke

---

toestemming gevraagd worden. De tapes zullen de betreffende afdeling niet verlaten en worden na afloop van het onderzoek vernietigd.

**Wat vragen wij van u tijdens het onderzoek?**

Wij vragen u toestemming voor het meelopen, waarin wij u zullen volgen bij uw dagelijkse routines. Indien u mee wilt werken aan ons onderzoek, kunt u de antwoordcoupon onderaan deze brief invullen. Deze kunt u inleveren bij de receptie. Als u geen toestemming verleent, heeft dat geen verdere gevolgen. Daarnaast vragen wij of u toestemming wil vragen aan patiënten om mee te werken aan ons onderzoek.

Tijdens het meelopen, observeren wij wat er gebeurt en wat er gezegd wordt. U hoeft hierbij *geen* aandacht aan ons te besteden. U hoeft ons geen vragen te stellen of uitleg te geven. Wij zullen ons niet mengen in de gesprekken. Indien nodig zullen wij achteraf enkele vragen stellen om duidelijkheid te verkrijgen over de communicatieve situatie. Tijdens het observeren geven we slechts een beschrijving van dat wat we zien en horen. We geven dus *geen* beoordeling over de communicatie in termen van goed of slecht.

**Wanneer vindt het onderzoek plaats en hoe lang duurt het?**

Het meelopen wordt verspreid over een periode van drie weken en vindt plaats in de periode van 28 mei tot en met 15 juni. In deze periode lopen wij mee met een aantal dag-, nacht- en avonddiensten

**Wat gebeurt er met de gegevens?**

De gegevens worden gebruikt om een beschrijving te geven van de communicatieve situaties van hulpverleners op de afdeling Gynaecologie. In de Beatrix Kinderkliniek wordt een vergelijkbaar onderzoek uitgevoerd. De gegevens van beide onderzoeken zullen met elkaar vergeleken worden. De gegevens worden volstrekt anoniem behandeld. Namen van personen worden genummerd. Onder dit nummer worden gegevens opgeslagen. Alleen de onderzoekers zijn bekend met de koppeling tussen naam en nummer. Eventuele geluidsopnamen blijven op de afdeling Gynaecologie en zullen na afloop van het onderzoek worden vernietigd.

**Wie zijn de onderzoekers?**

Bij dit onderzoek is een aantal personen betrokken. De personen waar u direct mee te maken krijgt, zijn de onderzoekers Janneke Drok en Rian Marsman. Zij zijn studenten Communicatie- en Informatiewetenschappen aan de Rijksuniversiteit te Groningen. Daarnaast zijn onderzoeker dr. Erwin Geerts en prof. dr. Harry van de Wiel (beiden werkzaam als onderzoekers bij het Wenckebach Instituut van het UMCG) en projectcoördinator Ineke Smid (werkzaam bij de Beatrix Kinderkliniek) nauw betrokken bij het onderzoek.

**Waar kunt u meer informatie krijgen?**

Mocht u na het lezen van deze brief nog vragen hebben over het onderzoek, dan kunt u altijd contact opnemen met Janneke Drok of Rian Marsman. U kunt mailen naar [j.drok@wenckebach.umcg.nl](mailto:j.drok@wenckebach.umcg.nl) of bellen naar 050-3610102.

---

Wij beseffen dat we heel wat van u vragen, maar om een verbetering van de communicatie te realiseren, is uw medewerking onmisbaar. Daarom hopen we van harte dat u aan het onderzoek wilt deelnemen!

Met vriendelijke groet,

Janneke Drok en Rian Marsman

---

Hierbij verleen ik aan Janneke Drok en Rian Marsman toestemming om tijdens mijn diensten observaties uit te voeren ten behoeve van hun onderzoek.

Datum:

Naam:

Handtekening:

---

**\*\*** *Deze strook a.u.b. afknippen en inleveren bij de receptie van de afdeling Gynaecologie. Als u geen toestemming verleent, heeft dat geen verdere gevolgen*



---

### **Bijlage III: Informatiebrief voor ouders van patiënten op de Beatrix Kinderkliniek (afdeling Oncologie)**

Groningen, april 2007

Geachte mevrouw, meneer,

Het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) hecht groot belang aan een goede communicatie tussen patiënten en de ouders van patiënten enerzijds en de artsen en verpleegkundigen anderzijds. Om een goede communicatie te waarborgen, wordt regelmatig onderzocht hoe de communicatie verloopt. Binnenkort zal op de afdeling Oncologie van de Beatrix Kinderkliniek van het UMCG een dergelijk onderzoek plaatsvinden. Aan de hand van de resultaten hopen we de communicatie tussen patiënten en de medische medewerkers van het UMCG verder te kunnen verbeteren. In deze brief vindt u meer informatie over dit onderzoek. Wij stellen het op prijs als u deze brief zorgvuldig doorleest.

#### **Wat wordt onderzocht?**

Dit onderzoek richt zich op het beschrijven van de communicatie van hulpverleners van de afdeling Oncologie van de Beatrix Kinderkliniek. Daarbij staat de regieverpleegkundige centraal, omdat hij/zij de spil van de afdeling vormt. Dit betreft bijvoorbeeld de interacties van de regieverpleegkundige met artsen, met andere verpleegkundigen, maar ook met patiënten en met hun ouders. Tijdens het onderzoek zal een aantal aspecten van het gesprek in kaart worden gebracht, zoals: Waar vindt het gesprek plaats, hoe staan of zitten de gespreksdeelnemers ten opzichte van elkaar, wie structureert het gesprek, op welk tijdstip vindt het gesprek plaats en welk communicatiekanaal (mondeling/schriftelijk) wordt gebruikt?

#### **Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?**

Om alle mogelijke communicatieve situaties in kaart te kunnen brengen, is het noodzakelijk dat wij hier nauw bij betrokken zijn. We zullen dus een observerend onderzoek uitvoeren waarbij we de regieverpleegkundige tijdens zijn/haar dienst volgen. Daarbij worden aantekeningen gemaakt van wat er gebeurt.

#### **Wat merken u en uw kind van het onderzoek?**

Tijdens het onderzoek lopen wij mee met een regieverpleegkundige. U kunt ons dus tegenkomen op de afdeling en het kan voorkomen dat wij aanwezig zijn tijdens een gesprek met u en een regieverpleegkundige. U hoeft hierbij *geen* aandacht aan ons te besteden. U hoeft ons geen vragen te stellen of uitleg te geven. Wij zullen ons niet mengen in de gesprekken. Indien nodig zullen wij achteraf enkele vragen stellen om duidelijkheid te verkrijgen over de communicatieve situatie. Tijdens het observeren geven we slechts een beschrijving van dat wat we zien en horen. We geven dus *geen* beoordeling over de communicatie in termen van goed of slecht.

Wanneer het onderzoek wordt uitgevoerd op een moment dat u of uw kind contact heeft met de regieverpleegkundige, zal deze u voorafgaand aan het gesprek aankondigen dat wij graag bij het gesprek aanwezig willen zijn en daarbij om uw toestemming vragen. Tevens wordt uw toestemming gevraagd voor onze aanwezigheid tijdens de contacten van de regieverpleegkundige met uw kind. Indien u geen toestemming verleent, heeft dat geen gevolgen voor de behandeling van uw kind. Hij of zij zal op de reguliere wijze worden behandeld voor zijn of haar klachten.

---

**Wanneer vindt het onderzoek plaats en hoe lang duurt het?**

Het onderzoek vindt plaats in de periode van 1 mei tot en met 25 mei. In deze periode zullen wij op verschillende momenten van de dag op de afdeling aanwezig zijn. Tijdens deze weken kan het dus zijn dat u ons tegenkomt op de afdeling waar uw zoon of dochter ligt.

**Wat gebeurt er met de gegevens?**

De gegevens worden gebruikt om een beschrijving te geven van de huidige communicatie van de hulpverleners binnen de Beatrix Kinderkliniek. De gegevens worden anoniem behandeld. Dat betekent dat de resultaten niet tot u of uw kind zijn te herleiden.

**Wie zijn de onderzoekers?**

Bij dit onderzoek is een aantal personen betrokken. De personen waar u direct mee te maken kunt krijgen, zijn de onderzoekers Janneke Drok en Rian Marsman. Zij zijn studenten Communicatie- en Informatiewetenschappen aan de Rijksuniversiteit te Groningen. Daarnaast zijn onderzoeker dr. Erwin Geerts en prof. dr. Harry van de Wiel (beiden werkzaam als onderzoekers bij het Wenckebach Instituut van het UMCG) en projectcoördinator Ineke Smid (werkzaam bij de Beatrix Kinderkliniek) nauw betrokken bij het onderzoek.

**Waar kunt u meer informatie krijgen?**

Mocht u na het lezen van deze brief nog vragen hebben over het onderzoek, dan kunt u altijd contact opnemen met Janneke Drok of Rian Marsman. U kunt mailen naar [j.drok@wenckebach.umcg.nl](mailto:j.drok@wenckebach.umcg.nl) of bellen naar 050-3610102.

Wij beseffen dat we heel wat van u vragen. Toch hopen wij dat u bereid bent om ons aanwezig te laten zijn bij uw contacten met de regieverpleegkundigen en bij de contacten tussen de regieverpleegkundigen en uw kind. Om een goede communicatie te kunnen waarborgen, is uw medewerking onmisbaar. Daarom hopen we van harte dat u aan het onderzoek wilt deelnemen!

Met vriendelijke groet,

Janneke Drok en Rian Marsman

---

## **Bijlage IV: Informatiebrief voor patiënten van de afdeling Gynaecologie**

Groningen, april 2007

Geachte mevrouw, meneer,

Het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) hecht groot belang aan een goede communicatie tussen patiënten en de ouders van patiënten enerzijds en de artsen en verpleegkundigen anderzijds. Om een goede communicatie te waarborgen, wordt regelmatig onderzocht hoe de communicatie verloopt. Binnenkort zal op de afdeling Gynaecologie van het UMCG een dergelijk onderzoek plaatsvinden. Aan de hand van de resultaten hopen we de communicatie tussen patiënten en de medische medewerkers van het UMCG verder te kunnen verbeteren. In deze brief vindt u meer informatie over dit onderzoek. Wij stellen het op prijs als u deze brief zorgvuldig doorleest.

### **Wat wordt onderzocht?**

Dit onderzoek richt zich op het beschrijven van de communicatie van hulpverleners van de afdeling Gynaecologie. Daarbij staat de regieverpleegkundige centraal, omdat hij/zij de spil van de afdeling vormt. Tijdens het onderzoek zullen alle communicatieve situaties van de regieverpleegkundige worden beschreven. Dit betreft bijvoorbeeld de interacties van de regieverpleegkundige met artsen, met andere verpleegkundigen, maar ook met patiënten. Tijdens het onderzoek zal een aantal aspecten van het gesprek in kaart worden gebracht, zoals: Waar vindt het gesprek plaats, hoe staan of zitten de gespreksdeelnemers ten opzichte van elkaar, wie structureert het gesprek, op welk tijdstip vindt het gesprek plaats en welk communicatiekanaal (mondeling/schriftelijk) wordt gebruikt?

### **Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?**

Om alle mogelijke communicatieve situaties in kaart te kunnen brengen, is het noodzakelijk dat wij hier nauw bij betrokken zijn. Wij zullen dus een observerend onderzoek uitvoeren waarbij we de regieverpleegkundige tijdens zijn/haar dienst volgen. Daarbij worden aantekeningen gemaakt van wat er gebeurt.

### **Wat merkt u van het onderzoek?**

Tijdens het onderzoek lopen wij mee met een regieverpleegkundige. U kunt ons dus tegenkomen op de afdeling en het kan voorkomen dat wij aanwezig zijn tijdens een gesprek met u en een regieverpleegkundige. U hoeft hierbij *geen* aandacht aan ons te besteden. U hoeft ons geen vragen te stellen of uitleg te geven. Wij zullen ons niet mengen in de gesprekken. Indien nodig zullen wij achteraf enkele vragen stellen om duidelijkheid te verkrijgen over de communicatieve situatie. Tijdens het observeren geven we slechts een beschrijving van dat wat we zien en horen. We geven dus *geen* beoordeling over de communicatie in termen van goed of slecht.

Wanneer het onderzoek wordt uitgevoerd op een moment dat u contact heeft met de regieverpleegkundige, zal deze u voorafgaand aan het gesprek aankondigen dat wij graag bij het gesprek aanwezig willen zijn en daarbij om uw toestemming vragen. Indien u geen toestemming verleent, heeft dat geen gevolgen voor uw behandeling.

### **Wanneer vindt het onderzoek plaats en hoe lang duurt het?**

Het onderzoek vindt plaats in de periode van 28 mei tot en met 15 juni. In deze periode zullen wij op verschillende momenten van de dag op de afdeling aanwezig zijn. Tijdens deze weken kan het dus zijn dat u ons tegenkomt op de afdeling waar u ligt.

### **Wat gebeurt er met de gegevens?**

De gegevens worden gebruikt om een beschrijving te geven van de huidige communicatie door hulpverleners binnen de afdeling Gynaecologie. De gegevens worden anoniem behandeld. Dat betekent dat de resultaten niet tot u zijn te herleiden.

---

**Wie zijn de onderzoekers?**

Bij dit onderzoek is een aantal personen betrokken. De personen waar u direct mee te maken krijgt, zijn de onderzoekers Janneke Drok en Rian Marsman. Zij zijn studenten Communicatie- en Informatiewetenschappen aan de Rijksuniversiteit te Groningen. Daarnaast zijn onderzoeker dr. Erwin Geerts en prof. dr. Harry van de Wiel (beiden werkzaam als onderzoekers bij het Wenckebach Instituut van het UMCG) en projectcoördinator Ineke Smid (werkzaam bij de Beatrix Kinderkliniek) nauw betrokken bij het onderzoek.

**Waar kunt u meer informatie krijgen?**

Mocht u na het lezen van deze brief nog vragen hebben over het onderzoek, dan kunt u altijd contact opnemen met Janneke Drok of Rian Marsman. U kunt mailen naar [j.drok@wenckebach.umcg.nl](mailto:j.drok@wenckebach.umcg.nl) of bellen naar 050-3610102.

Wij beseffen dat we heel wat van u vragen. Toch hopen wij dat u bereid bent om ons aanwezig te laten zijn bij uw contacten met de regieverpleegkundigen. Om een goede communicatie te kunnen waarborgen, is uw medewerking onmisbaar. Daarom hopen we van harte dat u aan het onderzoek wilt deelnemen!

Met vriendelijke groet,

Janneke Drok en Rian Marsman

---

## ***Bijlage V: Informatiebrief voor overige medewerkers van de Beatrix Kinderkliniek (afdeling Oncologie)***

Groningen, april 2007

Geachte mevrouw, meneer,

Binnen het UMCG wordt aandacht besteed aan competentiegericht leren. Eén van de competenties is 'communicatie'. De aandacht voor communicatie is de laatste jaren gegroeid, omdat gebleken is dat de informatieverstrekking van hulpverleners en hun bejegening richting patiënten direct samenhangen met patiënttevredenheid. Om na te gaan hoe de communicatie op de afdeling Oncologie van de Beatrix Kinderkliniek van het UMCG verloopt, wordt binnenkort een onderzoek gestart. Middels deze brief willen we u op de hoogte brengen van dit onderzoek. Wij stellen het op prijs als u deze zorgvuldig doorleest.

### **Waarom dit onderzoek?**

Om te kunnen beoordelen of de communicatie verbeterd kan worden, wil de kliniek weten hoe de situatie op dit moment is. Om die beoordeling te geven, is gevraagd om een systematische beschrijving van de communicatieve situaties binnen de afdeling. In dat kader wordt dit onderzoek uitgevoerd.

Het onderzoek heeft als doel een beschrijving te geven van de communicatieve situaties die voorkomen in het beroep van hulpverleners. Dit onderzoek richt zich vooral op het beschrijven van de communicatieve situaties van regieverpleegkundigen. Voor regieverpleegkundigen is gekozen omdat zij de spil van de afdeling vormen en hun veelzijdigheid in interacties waarschijnlijk een compleet beeld zal geven van alle communicatieve situaties zoals die voor komen binnen de afdeling. Zij hebben niet alleen contact met artsen en patiënten, maar ook met u als collega.

Wanneer duidelijk is wat de verschillende situaties kenmerkt en hoe ze verlopen, kunnen wellicht punten in kaart gebracht worden die kunnen leiden tot een verbetering van de communicatie op de Kinderkliniek en op andere afdelingen in het UMCG. Dit kan de klanttevredenheid ten goede komen.

### **Wat wordt onderzocht?**

Tijdens ons onderzoek willen we nagaan welke communicatieve situaties te beschrijven zijn in het beroep van hulpverleners op de genoemde afdeling. De situaties die geobserveerd zullen worden, zijn bijvoorbeeld de interacties die de regieverpleegkundige heeft met patiënten, ouders van patiënten, artsen en andere verpleegkundigen, al dan niet in combinatie met elkaar.

Dit onderzoek zal een aantal aspecten in kaart brengen, zoals: Waar vindt het gesprek plaats, hoe staan of zitten de gespreksdeelnemers ten opzichte van elkaar, wie structureert het gesprek, op welk tijdstip vindt het gesprek plaats en welk communicatiekanaal (mondeling/schriftelijk) wordt gebruikt?

### **Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?**

Om alle mogelijke communicatieve situaties in kaart te kunnen brengen, is het noodzakelijk dat wij hier nauw bij betrokken zijn. Wij zullen dus een observerend onderzoek uit gaan voeren waarbij we gedurende een aantal diensten met een regieverpleegkundige meelopen. Daarbij maken we aantekeningen van wat we zien en horen. Indien nodig zullen wij gebruik maken van geluidsopnames. Geluidsopnames bieden namelijk veel meer informatie dan schriftelijke notities. Op deze manier kunnen exacte weergaven van de gespreksituaties gegeven worden. Vanwege de privacygevoeligheid van geluidsopnames, zullen de interacties tussen regieverpleegkundigen en patiënten en/of ouders van patiënten niet opgenomen worden. Wanneer besloten wordt om geluidsopnames te maken, wordt dat vooraf aangekondigd en zal om uitdrukkelijke toestemming gevraagd worden. De tapes zullen de betreffende afdeling niet verlaten en worden na afloop van het onderzoek vernietigd.

---

Indien u niet wilt dat uw gesprek met de regieverpleegkundige wordt geobserveerd kunt u dat op dat moment aan de regieverpleegkundige kenbaar maken. U hoeft dan geen toelichting te geven. Wanneer u niet wilt dat uw gesprek wordt geobserveerd, heeft dat geen verdere gevolgen.

#### **Wat merkt u van het onderzoek?**

Tijdens het onderzoek lopen wij mee met een regieverpleegkundige. U kunt ons dus tegenkomen op de afdeling en het kan voorkomen dat wij aanwezig zijn tijdens een gesprek waarbij zowel u als een regieverpleegkundige betrokken zijn. U hoeft hierbij *geen* aandacht aan ons te besteden. U hoeft ons geen vragen te stellen of uitleg te geven. Wij zullen ons niet mengen in de gesprekken. Indien nodig zullen wij achteraf enkele vragen stellen om duidelijkheid te verkrijgen over de communicatieve situatie. Tijdens het observeren geven we slechts een beschrijving van dat wat we zien en horen. We geven dus *geen* beoordeling over de communicatie in termen van goed of slecht.

#### **Wanneer vindt het onderzoek plaats en hoe lang duurt het?**

Het meelopen zal verspreid worden over een periode van drie weken en vindt plaats in de periode van 1 mei tot en met 25 mei. In deze periode lopen wij mee met een aantal dag-, nacht- en avonddiensten. Tijdens nacht- en avonddiensten volgen wij een seniorverpleegkundige die op dat moment de taken van de regieverpleegkundige overneemt.

#### **Wat gebeurt er met de gegevens?**

De gegevens worden gebruikt om een beschrijving te geven van de communicatieve situaties van hulpverleners op de Beatrix Kinderkliniek. Op de afdeling Gynaecologie wordt een vergelijkbaar onderzoek uitgevoerd. De gegevens van beide onderzoeken zullen met elkaar vergeleken worden. De gegevens worden volstrekt anoniem behandeld. Namen van personen worden genummerd. Onder dit nummer worden gegevens opgeslagen. Alleen de onderzoekers zijn bekend met de koppeling tussen naam en nummer. Eventuele geluidsopnamen blijven op de afdeling Oncologie en zullen na afloop van het onderzoek worden vernietigd.

#### **Wie zijn de onderzoekers?**

Bij dit onderzoek is een aantal personen betrokken. De personen waar u direct mee te maken krijgt, zijn de onderzoekers Janneke Drok en Rian Marsman. Zij zijn studenten Communicatie- en Informatiewetenschappen aan de Rijksuniversiteit te Groningen. Daarnaast zijn onderzoeker dr. Erwin Geerts en prof. dr. Harry van de Wiel (beiden werkzaam als onderzoekers bij het Wenckebach Instituut van het UMCG) en projectcoördinator Ineke Smid (werkzaam bij de Beatrix Kinderkliniek) nauw betrokken bij het onderzoek.

#### **Waar kunt u meer informatie krijgen?**

Mocht u na het lezen van deze brief nog vragen hebben over het onderzoek, dan kunt u altijd contact opnemen met Janneke Drok of Rian Marsman. U kunt mailen naar [j.drok@wenckebach.umcg.nl](mailto:j.drok@wenckebach.umcg.nl) of bellen naar 050-3610102.

Wij beseffen dat we heel wat van u vragen, maar om een verbetering van de communicatie te realiseren, is uw medewerking onmisbaar. Daarom hopen we van harte dat u aan het onderzoek wilt deelnemen!

Met vriendelijke groet,

Janneke Drok en Rian Marsman

---

## ***Bijlage VI: Informatiebrief voor overige medewerkers binnen de afdeling Gynaecologie***

Groningen, april 2007

Geachte mevrouw, meneer,

Binnen het UMCG wordt aandacht besteed aan competentiegericht leren. Eén van de competenties is 'communicatie'. De aandacht voor communicatie is de laatste jaren gegroeid, omdat gebleken is dat de informatieverstrekking van medici en hun bejegening richting patiënten significant samenhangen met patiënttevredenheid. Binnenkort zal in het UMCG een onderzoek gestart worden naar het verloop van de communicatie. Middels deze brief willen we u op de hoogte brengen van dit onderzoek. Wij stellen het op prijs als u deze zorgvuldig doorleest.

### **Waarom dit onderzoek?**

Om een beoordeling van het verloop van de communicatie te kunnen geven, is gevraagd om een systematische beschrijving van de communicatieve situaties binnen de afdeling. In dat kader wordt dit onderzoek uitgevoerd.

Het onderzoek heeft als doel een beschrijving te geven van de communicatieve situaties die voorkomen in het beroep van hulpverleners. Dit onderzoek richt zich vooral op het beschrijven van de communicatieve situaties van regieverpleegkundigen. Voor regieverpleegkundigen is gekozen omdat zij de spil van de afdeling vormen en hun veelzijdigheid in interacties waarschijnlijk een compleet beeld zal geven van alle communicatieve situaties zoals die voor komen binnen de afdeling. Zij hebben niet alleen contact met artsen en patiënten, maar ook met u als collega.

Wanneer duidelijk is wat de verschillende situaties kenmerkt en hoe ze verlopen, kunnen wellicht punten in kaart gebracht worden die kunnen leiden tot een verbetering van de communicatie in het UMCG. Dit kan de klanttevredenheid ten goede komen.

### **Wat wordt onderzocht?**

Tijdens ons onderzoek willen we nagaan welke communicatieve situaties te beschrijven zijn in het beroep van hulpverleners in het ziekenhuis. De situaties die geobserveerd zullen worden, zijn bijvoorbeeld de interacties die de regieverpleegkundige heeft met patiënten, ouders van patiënten, artsen en andere verpleegkundigen, al dan niet in combinatie met elkaar.

Dit onderzoek zal een aantal aspecten in kaart brengen, zoals: Waar vindt het gesprek plaats, hoe staan of zitten de gespreksdeelnemers ten opzichte van elkaar, wie structureert het gesprek, op welk tijdstip vindt het gesprek plaats en welk communicatiekanaal (mondeling/schriftelijk) wordt gebruikt?

### **Hoe wordt het onderzoek uitgevoerd?**

Om alle mogelijke communicatieve situaties in kaart te kunnen brengen, is het noodzakelijk dat wij hier nauw bij betrokken zijn. Wij zullen dus een observerend onderzoek uit gaan voeren waarbij we gedurende een aantal diensten met een regieverpleegkundige meelopen. Daarbij maken we aantekeningen van wat we zien en horen. Indien nodig zullen wij gebruik maken van geluidsopnames. Geluidsopnames bieden namelijk veel meer informatie dan schriftelijke notities. Op deze manier kunnen exacte weergaven van de gesprekssituaties gegeven worden. Vanwege de privacygevoeligheid van geluidsopnames, zullen de interacties tussen regieverpleegkundigen en patiënten en/of ouders van patiënten niet opgenomen worden. Wanneer besloten wordt om geluidsopnames te maken, wordt dat vooraf aangekondigd en zal om uitdrukkelijke toestemming gevraagd worden. De tapes zullen de betreffende afdeling niet verlaten en worden na afloop van het onderzoek vernietigd.

### **Wat merkt u van het onderzoek?**

---

Tijdens het onderzoek lopen wij mee met een regieverpleegkundige. U kunt ons dus tegenkomen op de afdeling en het kan voorkomen dat wij aanwezig zijn tijdens een gesprek waarbij zowel u als een regieverpleegkundige betrokken zijn. U hoeft hierbij *geen* aandacht aan ons te besteden. U hoeft ons geen vragen te stellen of uitleg te geven. Wij zullen ons niet mengen in de gesprekken. Indien nodig zullen wij achteraf enkele vragen stellen om duidelijkheid te verkrijgen over de communicatieve situatie. Tijdens het observeren geven we slechts een beschrijving van dat wat we zien en horen. We geven dus *geen* beoordeling over de communicatie in termen van goed of slecht.

Indien u niet wilt dat uw gesprek met de regieverpleegkundige wordt geobserveerd kunt u dat op dat moment aan de regieverpleegkundige kenbaar maken. U hoeft dan geen toelichting te geven. Wanneer u niet wilt dat uw gesprek wordt geobserveerd, heeft dat geen verdere gevolgen.

#### **Wanneer vindt het onderzoek plaats en hoe lang duurt het?**

Het meelopen zal verspreid worden over een periode van drie weken en vindt plaats in de periode van 28 mei tot en met 15 juni. In deze periode lopen wij mee met een aantal dag-, nacht- en avonddiensten.

#### **Wat gebeurt er met de gegevens?**

De gegevens worden gebruikt om een beschrijving te geven van de communicatieve situaties van hulpverleners op de afdeling Gynaecologie. In de Beatrix Kinderkliniek wordt een vergelijkbaar onderzoek uitgevoerd. De gegevens van beide onderzoeken zullen met elkaar vergeleken worden. De gegevens worden volstrekt anoniem behandeld. Namen van personen worden genummerd. Onder dit nummer worden gegevens opgeslagen. Alleen de onderzoekers zijn bekend met de koppeling tussen naam en nummer. Eventuele geluidsopnamen blijven op de afdeling Gynaecologie en zullen na afloop van het onderzoek worden vernietigd.

#### **Wie zijn de onderzoekers?**

Bij dit onderzoek is een aantal personen betrokken. De personen waar u direct mee te maken krijgt, zijn de onderzoekers Janneke Drok en Rian Marsman. Zij zijn studenten Communicatie- en Informatiewetenschappen aan de Rijksuniversiteit te Groningen. Daarnaast zijn onderzoeker dr. Erwin Geerts en prof. dr. Harry van de Wiel (beiden werkzaam als onderzoekers bij het Wenckebach Instituut van het UMCG) en projectcoördinator Ineke Smid (werkzaam bij de Beatrix Kinderkliniek) nauw betrokken bij het onderzoek.

#### **Waar kunt u meer informatie krijgen?**

Mocht u na het lezen van deze brief nog vragen hebben over het onderzoek, dan kunt u altijd contact opnemen met Janneke Drok of Rian Marsman. U kunt mailen naar [j.drok@wenckebach.umcg.nl](mailto:j.drok@wenckebach.umcg.nl) of bellen naar 050-3610102.

Wij beseffen dat we heel wat van u vragen, maar om een verbetering van de communicatie te realiseren, is uw medewerking onmisbaar. Daarom hopen we van harte dat u aan het onderzoek wilt deelnemen!

Met vriendelijke groet,

Janneke Drok en Rian Marsman



