

Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen

Een onderzoek naar
problemen en strategieën
van verzorgenden

Quality of care in nursing homes

A study of problems and strategies of nurses

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor
aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
op gezag van de Rector Magnificus
prof.dr. P.W.C. Akkermans M.Lit
en volgens het besluit van het College van Dekanen.

De openbare verdediging zal plaatsvinden op
woensdag 29 juni 1994 om 13.45 uur

door

Hendrika Rokesina Boeije

geboren te Bleskensgraaf

Promotiecommissie

Promotor: prof.dr. A.F. Casparie

Co-promotor: dr. A.C. Nievaard

Overige leden:

prof. dr. M.C.H. Donker

prof.dr. W.J.A. van den Heuvel

prof.dr. F.J.G. Oostvogel

Van deze dissertatie verschijnt tevens een handelseditie bij
Uitgeverij De Tijdstroom, Utrecht.

Inhoud

Voorwoord 9

- 1 **Inleiding en probleemstelling 11**
 - 1.1 Inleiding 11
 - 1.2 De probleemstelling en de onderzoeksvragen 13
 - 1.3 De doelstelling van het onderzoek 18
 - 1.4 Een beknopte beschrijving van de verpleeghuissector 18
 - 1.5 De hoofdstukindeling van deze studie 25

- 2 **Kwaliteit van zorg: definities en benaderingen 27**
 - 2.1 Duidelijkheid over het concept kwaliteit van zorg 27
 - 2.2 Kwaliteitsbewaking en -bevordering 30
 - 2.2.1 De klassieke en de moderne benadering 30
 - 2.2.2 Kwaliteitsprojecten in het verpleeghuis 33
 - 2.2.3 Beschouwing van de benadering van kwaliteit in de projecten 38
 - 2.3 De benadering van kwaliteit in het onderzoek 40
 - 2.3.1 De aspectbenadering van kwaliteit van zorg 41
 - 2.3.2 De fasen van het onderzoeksmodel 43
 - 2.4 Samenvatting 44

- 3 **Verpleeghuizen en verzorgenden vanuit een sociologisch perspectief 47**
 - 3.1 Inleiding 47
 - 3.2 Het verpleeghuis als totale institutie? 48
 - 3.2.1 Totale instituties 48
 - 3.2.2 De rol van de staf in een 'totale institutie' 50
 - 3.3 De begrippen perspectief en strategie 53
 - 3.4 Conclusie 56

- 4 **Onderzoeksmethode en uitvoering 59**
 - 4.1 De gefundeerde theorie benadering 59
 - 4.2 De onderzoeksopzet: een overzicht 61
 - 4.3 Theoretische selectie en het verkrijgen van toegang 62
 - 4.4 Dataverzamelmethode(n) 68
 - 4.5 Analyse van gegevens 73

5	Aspecten van zorg die relevant zijn voor de kwaliteit	79
5.1	Inleiding	79
5.2	Wat verstaan verzorgenden onder kwaliteit van zorg	80
5.3	Relationele aspecten van zorg	83
5.3.1	Bejegening	83
5.3.2	Zelfstandigheid	91
5.2.3	Aandacht	97
5.3.4	Behulpzaamheid	104
5.3.5	Privacy	109
5.3.6	Continuïteit	114
5.4	Conclusie: eigenwaarde van bewoners als kernthema	118
6	Enkele problemen bij de realisatie van kwaliteit	121
6.1	Inleiding	121
6.2	De opgave van het nooit eindigende werk	122
6.3	De onzekerheid over het verloop van contacten met bewoners	131
6.4	Het probleem van de spanning tussen distantie en betrokkenheid	137
6.5	Conclusie: problemen bij de realisering van kwaliteit in relatie tot aspecten van zorg	146
7	Socialisatie van leerlingen en strategieën van verzorgenden	151
7.1	Inleiding	151
7.2	De socialisatie van leerling-ziekenverzorgenden	153
7.2.1	Het beginnersperspectief: contact hebben met de mensen	156
7.2.2	Het tussentijds perspectief: opvoering van het werktempo	159
7.2.3	Het eindperspectief: aanpassing aan het team	164
7.3	Strategieën van verzorgenden	169
7.3.1	Uniformering van de verzorging	170
7.3.2	Normalisatie van het dagelijks leven	181
7.3.3	Vermijding van communicatie met bewoners	187
7.3.4	Overleg over prioriteiten in de zorg	192
7.3.5	Acceptatie van beperkingen van bewoners	199
7.3.6	Dosering van betrokkenheid bij de zorg	206
7.4	Samenvatting en interpretatie van de resultaten: het Marta- en het Maria-perspectief	211
8	Conclusie en toepassingen van het onderzoek	217
8.1	Beantwoording van de onderzoeksvragen	218
8.2	Beschouwing van het onderzoek	223
8.3	De sociaal-wetenschappelijke benadering van kwaliteit van zorg	228
8.4	Toepassingen van het onderzoek	230
8.4.1	Modificatie van de methodiek van de kwaliteitscyclus	230
8.4.2	Verbetering van de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen	232
8.4.3	Aanbevelingen voor verder onderzoek	237
8.5	Tot besluit: kwaliteitszorg in verpleeghuizen	241

Literatuur 243

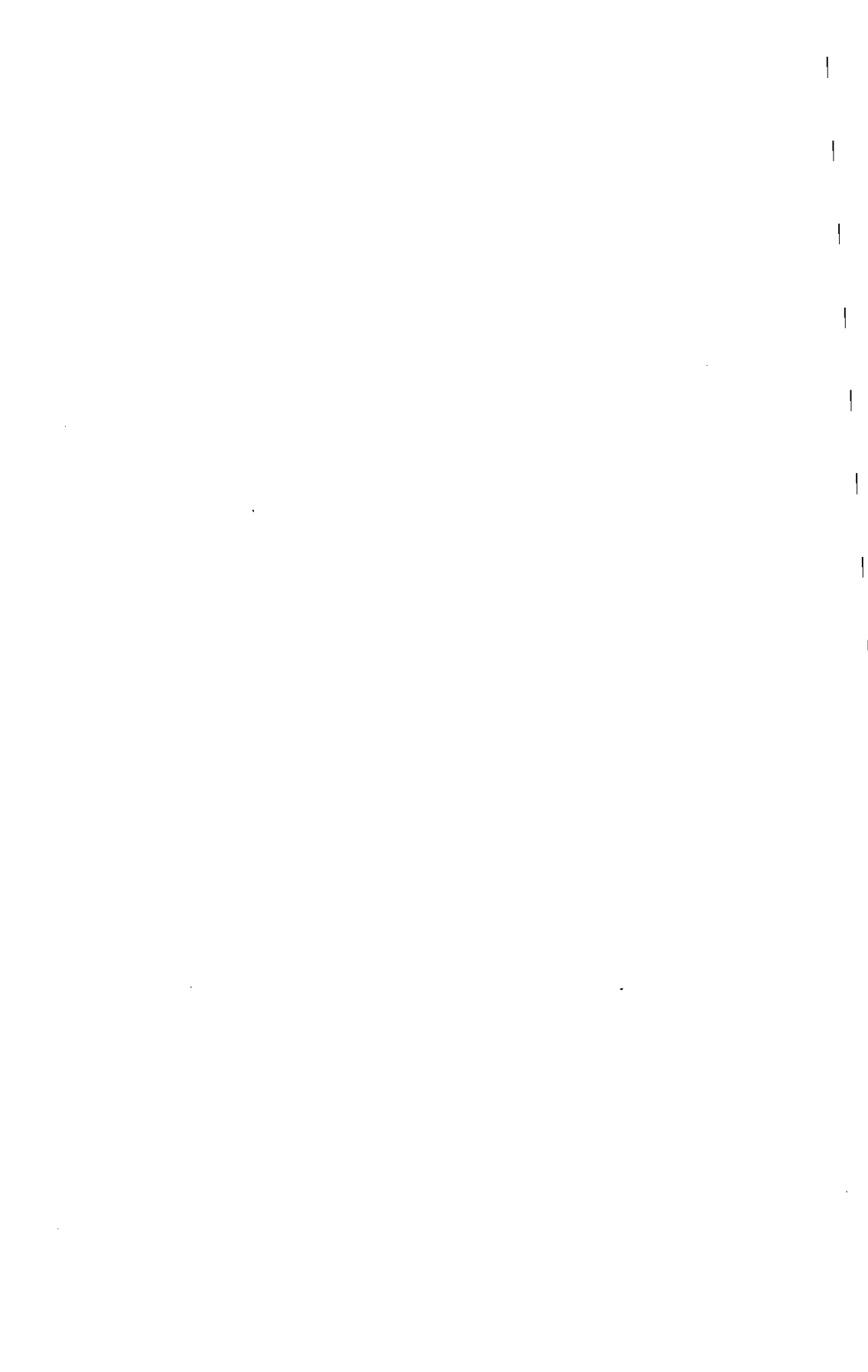
Bijlagen

- I Selectie van relationele aspecten uit de literatuur 251
- II Topiclijst voor interviews in de explorerende onderzoeksfase 253
- III Topiclijst voor interviews met verzorgenden 255
- IV Topiclijst voor docenten bij de opleiding tot ziekenverzorgende 259
- V Toelichting bij de methode kaartjes sortering 261

Register 263

Summary 269

Curriculum vitae 276



Voorwoord

Beginnen met een vierjarig onderzoek als assistent in opleiding, is een hele stap als je net bent afgestudeerd. De eerste fase van mijn onderzoeksproject kenmerkte zich door het zoeken naar de beste probleemstelling, naar de juiste werkwijzen en naar een adequate onderzoeksopzet. Dit zoeken naar houvast en zekerheid speelde zich af in het spanningsveld tussen zelfvertrouwen en twijfel aan het eigen kunnen en aan het belang van het uiteindelijk resultaat van het onderzoek.

Het gebruik van kwalitatieve onderzoeksmethoden heeft eraan bijgedragen dat de onzekerheid gedurende langere tijd is blijven bestaan. Bij deze methode wordt pas later duidelijk hoe het theoretisch kader eruit ziet en wat de precieze aard is van de verzamelde gegevens. Bovendien is kwalitatief onderzoek nog steeds minder bekend dan kwantitatief onderzoek, wat betekent dat veel volharding nodig is om de bedoeling ervan uit te leggen. Maar het gebruik van deze methode heeft het mogelijk gemaakt om veel van het verpleeghuis waar te nemen en te leren wat belangrijk is in het dagelijks leven op de afdelingen. Dit heeft me gemotiveerd om door te gaan en tot het eind van het project werkelijk geïnteresseerd te blijven in het onderwerp.

Tijdens het onderzoek ben ik op diverse manieren geholpen door verschillende personen. Ik wil prof.dr. A.F. Casparie bedanken voor zijn begeleiding op enige afstand van het alledaagse handwerk dat onderzoek doen dikwijls is. Vaak was ik verrast door de wijze waarop hij de hoofdzaken naar voren wist te brengen. Ik dank dr. A.C. Nievaard voor de manier waarop hij zijn rol van dagelijks begeleider en 'coach' heeft ingevuld. Ik mocht mij als AIO gelukkig prijzen dat ik vrijwel altijd gehoor bij hem vond voor mijn vragen. Ik ben blij dat dr. R.M.J. Schepers mij op het onderzoekspad heeft gezet en ook tijdens het onderzoek vele malen haar interesse en vertrouwen heeft getoond.

Dit onderzoek is mogelijk geworden, omdat de zeven verpleeghuizen mij de gelegenheid hebben geboden om hun instelling te bestuderen en mij hartelijk hebben ontvangen. Met name degenen die zijn geïnterviewd en van wie sommigen in het proefschrift worden geciteerd, wil ik bedanken voor hun tijd, hun openheid en hun inspanning om nauwkeurig te vertellen wat hen beweegt. De werkgroep Symbolisch interactionistische werkmethoden heeft op belangrijke momenten in het onderzoek halfprodukten becommentarieerd, waardoor het gemakkelijker werd om onderzoeksproblemen te formuleren en op te lossen. P.P.M. Harteloh, arts, drs. E. Rooze, drs. T.A. Abma en drs. G.T. Koopmans wil ik bedanken voor hun waardevolle bijdragen aan de verschillende hoofdstukken.

De cultuur waarin de AIO's en junioren binnen de BMG met elkaar samenwerken, is zeer bevorderlijk voor de ontwikkeling en afronding van onderzoek. Aan de sfeer en onderlinge steun heb ik erg veel plezier beleefd. Tot slot wil ik vriendinnen, vrienden, kamergenoten en mijn familie bedanken en natuurlijk Henk, omdat hij er is en mij als ervaringsdeskundige heeft geholpen.

H.R. Boeije

Rotterdam, maart 1994

1 Inleiding en probleemstelling

1.1 Inleiding

Duidelijke voorbeelden van de aandacht voor de kwaliteit van de zorg zijn de Leidschendamconferenties die op verzoek van het ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (WVC) zijn georganiseerd. Op de twee conferenties, die in 1989 en 1990 door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) zijn georganiseerd, kwamen vertegenwoordigers van de betrokken partijen (patiënten, aanbieders van zorg, zorgverzekeraars en overheid) bij elkaar, met het doel om van gedachten te wisselen over kwaliteit van zorg en om afspraken te maken over de rol van ieder van de aanwezige partijen bij de vormgeving van een kwaliteitsbeleid (Berkestijn en Colsen 1989; Frissen 1990). Op deze conferenties waren ook vertegenwoordigers van de verpleeghuizen aanwezig.

Bij het ministerie van WVC bestond na deze twee conferenties, de behoefte om een aparte conferentie te beleggen over de kwaliteit van zorg in de gehandicapten- en ouderenzorg. Op deze door het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) georganiseerde bijeenkomst, werd nadrukkelijk de vraag gesteld of het kwaliteitsbeleid voor de sectoren waar het accent ligt op verzorging en verpleging (*care*), zoals de verzorgingstehuizen en zwakzinnigenzorg, hetzelfde moet zijn als het kwaliteitsbeleid voor de sectoren waar behandelen en genezen centraal staan (*cure*). De deelnemers gingen in op de specifieke kenmerken van de door hen gerepresenteerde sectoren en op de consequenties daarvan voor het kwaliteitsbeleid (NIZW 1990, pp. 14 en 18). De vraag die op de conferentie centraal stond, kan ook worden gesteld voor de verpleeghuizen, waarin eveneens een groot deel van de zorg bestaat uit verpleging en verzorging en waar de verzorgingstehuizen steeds meer overeenkomsten mee gaan vertonen (ministerie van WVC 1993, p. 146).

Er is, zo blijkt uit deze en andere initiatieven, in de gehele gezondheidszorg aandacht voor kwaliteit van zorg. Deze belangstelling is niet nieuw, maar er zijn wel enkele redenen te geven die de behoefte doen toenemen aan het meetbaar en inzichtelijk maken van de kwaliteit van het handelen in de gezondheidszorg (Casparie 1989). Ten eerste hebben de grote financiële lasten die gepaard zijn gegaan met de toegenomen mogelijkheden van de medische zorg, de wens bij verschillende partijen vergroot om een oordeel te kunnen vellen over de doeltref-

fendheid en doelmatigheid van de voorzieningen. Ten tweede zal er in het nieuwe zorgstelsel meer competitie zijn tussen de voorzieningen, zodat een aanbieder die zich op prijs en kwaliteit duidelijk onderscheidt ten opzichte van anderen, een betere positie op de markt kan verwerven. Ten derde leidt de angst voor kwaliteitsvermindering als gevolg van bezuinigingen en beperking van middelen bij betrokkenen (bijvoorbeeld bij patiënten) tot de wens een dergelijke verslechtering via metingen aan te kunnen tonen. Andere redenen voor de aandacht voor kwaliteit, zijn de toenemende mondigheid van de patiënt/cliënt die vraagt om waarborgen van kwaliteit en het belang dat diverse beroepsgroepen hechten aan het bewaken van de kwaliteit van het eigen handelen als kenmerk van professionaliteit (zie ook Klazinga 1990, pp. 18-19).

De grote activiteit van de aanbieders van zorg op het gebied van kwaliteitsbewaking en -bevordering wordt mede gestimuleerd door de toekomstige wet op de Kwaliteit van door instellingen verleende zorg, afgekort tot Kwaliteitswet zorginstellingen. Daarin stelt de wetgever eisen omtrent de aanwezigheid en het functioneren van een intern kwaliteitsbeleid (ministerie van WVC 1991, p. 15). Bij zulke zogenaamde procedurele eisen, zou externe toetsing van de kwaliteit door de overheid, de zorgverzekeraars, de consumenten of door onafhankelijke instanties (bijvoorbeeld in het kader van de certificatie) zich eventueel kunnen beperken tot een beoordeling van het betreffende kwaliteitssysteem. De interne beoordeling van de kwaliteit zou daarentegen een zaak blijven van de medewerkers binnen de instelling, die in een continu proces gezamenlijk de kwaliteit evalueren en waar mogelijk verbeteren.

Ook in de sector van de verpleeghuizen is veel belangstelling voor kwaliteit van zorg (zie § 2.2.2). Aan de interesse hiervoor liggen de bovengenoemde redenen ten grondslag, echter met een opmerkelijk nuanceverschil. De activiteiten op het gebied van kwaliteit lijken niet in eerste instantie te worden ingegeven door het streven naar kwaliteitsverbetering, maar door de angst voor een 'onaanvaardbaar kwaliteitsverlies'. De gesignaleerde tekorten die uit onderzoekingen naar voren zijn gekomen, zoals vervuiling van incontinentie bewoners, het tegen het middaguur helpen van bewoners bij wassen en opstaan, verwaarlozing van patiënten die niet mee kunnen doen met groepsactiviteiten en voedingstekorten bij bewoners die niet zelf kunnen eten en drinken, hebben zonder twijfel aan die angst bijgedragen (Geneeskundige Inspecties in Utrecht 1989; De Heer 1989).

Over de oorzaken van die knelpunten bestaat geen overeenstemming; de verpleeghuiswereld ziet de financiële randvoorwaarden en de personeelstekorten waarbinnen de zorg moet worden verleend als mogelijke oorzaken, overheid en financiers zoeken de oorzaak onder meer bij de onjuiste aanwending van de beschikbare middelen (Geneeskundige Inspecties in Utrecht 1989, p. 3). Volgens Van de Ven (1992, pp. 16-17) blijft kwaliteitsverlies voor patiënten die langdurig zorg behoeven, zoals psychiatrische patiënten, zwakzinnigen en verpleeghuispatiënten ook binnen het nieuwe zorgstelsel een reëel gevaar. Hij betoogt dat de voorwaarden die nodig zijn om de kwaliteit te verbeteren in een gereguleerde marktsituatie zoals het nieuwe zorgplan voorstaat, voor deze categorie voorzieningen ongunstig zijn.

De aandacht voor kwaliteit en de activiteiten van kwaliteitsverbetering in de verpleeghuizen, zijn de aanleiding geweest voor deze studie met als onderwerp 'Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen'. Een belangrijke drijfveer was de hiervoor genoemde specifieke situatie van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Dat wekte de interesse om na te gaan waaruit dat specifieke karakter dan wel precies bestond en waardoor het kon worden verklaard. In onderzoeken werd voor de beantwoording van die vragen voornamelijk aandacht besteed aan de ontleding van zorgprocessen en procedures, de toetsing van structuren en de normering van uitkomsten.

Onderzoekers hebben daarentegen zelden kwaliteit van zorg benaderd vanuit de sociologische invalshoek. Naar de wijze waarop bewoners en zorgverleners kwaliteit ervaren en naar de consequenties voor de kwaliteit van zorg van de sociale interacties tussen bewoners en verzorgenden is weinig studie verricht. In dit onderzoek worden de verzorgenden in verpleeghuizen centraal gesteld, omdat ze een groot deel van de verpleeghuiszorg uitvoeren en in belangrijke mate bepalen hoe de (kwaliteit van) zorg vorm wordt gegeven. De probleemstelling en de onderzoeksvragen die bij dat uitgangspunt zijn geformuleerd, komen in de volgende paragraaf aan de orde.

1.2 De probleemstelling en de onderzoeksvragen

De betekenis van het begrip kwaliteit is niet zonder meer duidelijk en daarom kent het gebruik ervan zonder verdere toelichting en definiëring grote bezwaren. De in de literatuur beschreven kenmerken van het begrip kwaliteit, kunnen verhelderen wat er precies mee wordt bedoeld (§ 2.1). Zo kan kwaliteit worden beschouwd als een oordeel dat een persoon of een groep, een subject, heeft over iets (Harteloh en Casparie 1991, p. 36). Daaruit volgt dat kwaliteit een subjectgebonden karakter heeft en dat bij de vorming van het oordeel over kwaliteit het perspectief van degene die beoordeelt bepalend is.

Deze opvatting laat zien dat het in een studie noodzakelijk is om te kiezen voor een bepaald perspectief om naar kwaliteit te kijken. In dit onderzoek is gekozen voor het perspectief van de verzorgenden. Onder verzorgenden worden verstaan de medewerkers die in teamverband op een afdeling in het verpleeghuis zorgen voor de verpleging en verzorging van de bewoners. Een team bestaat meestal uit gediplomeerde ziekenverzorgenden, leerling-ziekenverzorgenden, verpleegkundigen en verpleeghulpen. Die keuze is gemaakt omdat de verzorgenden het grootste deel van de verpleeghuiszorg uitvoeren en daarom een belangrijke factor zijn in de realisatie van kwaliteit van zorg. De veronderstelling daarbij is dat hun opvatting over wat goede zorg is voor de bewoners, hun ervaring van problemen bij de verwezenlijking daarvan en de oplossingen die ze kiezen om daarmee om te gaan, uiteindelijk bepalen hoe de (kwaliteit van) zorg vorm krijgt.

Bij de oordeelsvorming over kwaliteit zullen personen alleen die aspecten betrekken die zij relevant vinden voor kwaliteit. Zo zullen verzorgenden bijvoorbeeld wel de tijd die ze hebben om de bewoners met de warme maaltijd te helpen in

verband brengen met kwaliteit, maar niet de manier waarop in de keuken de maaltijd wordt bereid. De benadering waarbij kwaliteit hanteerbaar wordt gemaakt door aan één of meer betrokkenen te vragen welke aspecten zij precies belangrijk vinden voor de kwaliteit van een object, noemt men wel de aspectbenadering. In deze studie wordt de kwaliteit van de zorg in verpleeghuizen op die manier benaderd, waardoor het mogelijk wordt haar aan een onderzoek te onderwerpen (§ 2.3.1).

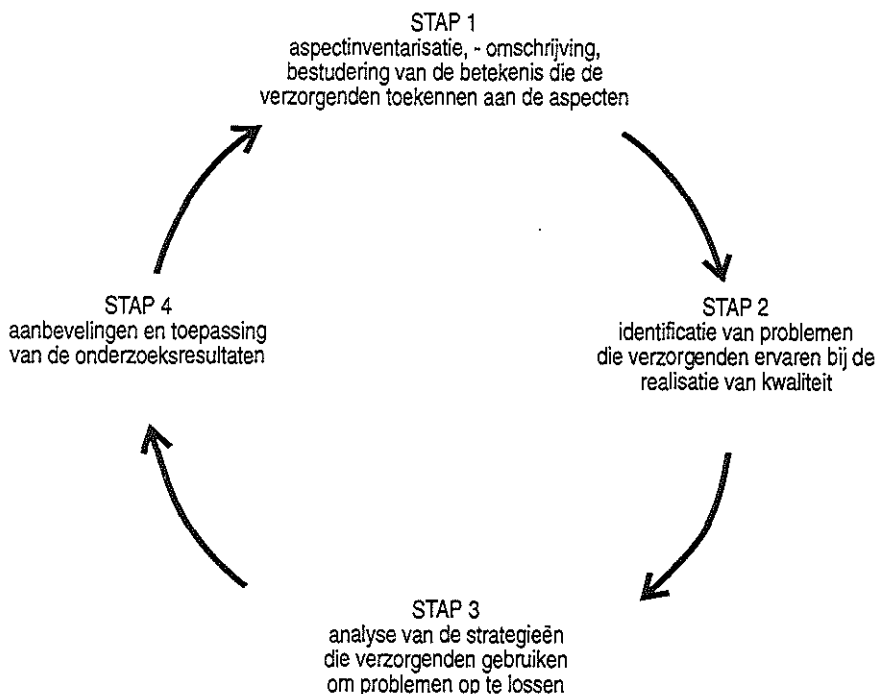
Op grond van de kenmerken van het begrip kwaliteit kan een invalshoek worden gekozen, die bruikbaar is in deze studie. Kwaliteit wordt benaderd vanuit het perspectief van verzorgenden in het verpleeghuis en tegelijkertijd wordt het onderwerp afgebakend tot de aspecten van zorg die zij relevant vinden. Deze invalshoek dient als een leidraad voor de opzet en uitvoering van de empirische studie, zoals dat bij het gebruik van kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruikelijk is.

Om in de grote hoeveelheid activiteiten van kwaliteitsbewaking en -bevordering in de gezondheidszorg een ordening aan te brengen, onderscheiden Harteloh en Casparie (1991) de klassieke en de moderne benadering van kwaliteit. Beide benaderingen zijn op verschillende uitgangspunten gebaseerd: in de klassieke benadering wordt een zorginhoudelijke invalshoek gehanteerd, terwijl de moderne benadering is gebaseerd op bedrijfskundige principes van organisatie en management. In § 2.2 zal van de uitwerking van beide benaderingen een analysekader worden afgeleid, dat dient om een viertal recente projecten van kwaliteitsbewaking en -bevordering in verpleeghuizen te bestuderen. Die projecten zijn: Kwaliteit en doelmatigheid in verpleeghuizen, de Signaaltoets, de methodiek van de Kwaliteitsprofielen en het Meetinstrument kwaliteit van verpleegkundige zorg in verpleeghuizen (zie § 2.2.2). De analyse kan de huidige, gangbare benadering van kwaliteit van zorg in het verpleeghuis verhelderen en de opzet onderbouwen van het onderzoek waarvan hier verslag wordt gedaan.

Uit de beschouwing van de verschillende projecten blijkt onder meer dat de aspecten van het handelen, die relatief eenvoudig inzichtelijk zijn te maken, de meeste aandacht hebben gekregen. Bijvoorbeeld de verpleegtechnische aspecten of de stappen in de opnameprocedure van een nieuwe bewoner. De aspecten die moeilijk of niet in stappen zijn te ontleden, zoals bejegening of aandacht, en waarbij de formulering van criteria moeizaam is, zijn beduidend minder vaak onderdeel van projecten en metingen. Over het algemeen leent de technische, instrumentele component van het handelen van zorgverleners zich meer voor een dergelijke ontleding in fasen en criteria, dan de intermenselijke of relationele component. Dit hiaat in de kennis is de reden om in het onderzoek juist de laatste component te onderzoeken en de verschillende relationele aspecten te beschrijven (in § 2.3.1 wordt daarop teruggekomen).

Om de aspecten aan een onderzoek te onderwerpen worden vier fasen doorlopen, die tezamen het onderzoeksmodel vormen. Schematisch ziet dit model er als volgt uit:

Figuur 1.1 Het onderzoeksmodel



De eerste stap bestaat uit de inventarisatie en gedetailleerde beschrijving van de aspecten van zorg, die verzorgenden belangrijk vinden voor de kwaliteit van de zorg aan bewoners. Een belangrijk onderdeel van deze stap is de bestudering van de wijze waarop de verzorgenden de situatie in het verpleeghuis definiëren. Inzicht hierin kan antwoord geven op de vraag waarom ze bepaalde aspecten van belang vinden voor de kwaliteit van zorg.

De tweede stap bestaat uit de identificatie van de problemen die verzorgenden ervaren bij de realisering van kwaliteit van de relationele aspecten. Problematische situaties doen zich voor als verzorgenden keuzen moeten maken tussen verschillende belangen, waarbij diverse aspecten van de zorg in het geding zijn. Deze keuzen worden bemoeilijkt omdat de verschillende wegen zowel voordelen als bezwaren opleveren en omdat niet alle oplossingen even gemakkelijk zijn te realiseren. Meestal gaat het om complexe vraagstukken die samenhangen met het functioneren in een georganiseerd verband, zoals een afdelingsteam binnen het verpleeghuis.

De derde stap bestaat uit de analyse van de strategieën en tactieken die verzorgenden hanteren om met de problemen om te gaan. De wijze waarop verzorgenden hun problemen oplossen, heeft effect op de kwaliteit van de zorg. Een onderdeel van de analyse is de bestudering van de manier waarop nieuwelingen, leerling-

ziekenverzorgenden, de gebruikelijke oplossingen voor problemen leren. Uiteindelijk zullen de strategieën en tactieken bepalen hoe de zorgverlening vorm krijgt en dus ook of de door verzorgenden gewenste situatie van de aspecten overeen komt met de gerealiseerde, feitelijke situatie.

In de vierde en laatste stap worden op grond van de bevindingen aanbevelingen gedaan om de kwaliteit van de zorg te kunnen verbeteren. Daarbij kan gedacht worden aan maatregelen die de ervaren problemen verminderen en aan interventies die tot doel hebben om de huidige strategieën van verzorgenden te wijzigen in oplossingen die in hun ogen een gunstig effect hebben op de kwaliteit. Veranderingen met het doel om de zorg te verbeteren, kunnen door de diverse betrokken partijen worden gestart. Zowel de leidinggevendenden als de verzorgenden zelf kunnen daarbij een rol spelen.

Een verbetering van de zorg hoeft niet alleen te worden gezocht in de directe uitvoering van de zorg, maar kan ook worden bereikt door de bruikbaarheid van instrumenten en methodieken die worden gebruikt bij kwaliteitsbewaking en -bevordering, zo groot mogelijk te maken. Een veel gebruikte methodiek is de kwaliteitscyclus of Deming-cyclus, die aan de basis ligt van diverse activiteiten van kwaliteitsbewaking en -bevordering (§ 2.3.2). In zijn meest eenvoudige vorm bestaat de cyclus uit vier stappen: planning, uitvoering, toetsing en evaluatie. De ervaring die in dit onderzoek wordt opgedaan met de kwalitatieve, medisch-sociologische benadering van het kwaliteitsvraagstuk, zal aanleiding zijn om de methodiek van de kwaliteitscyclus te beschouwen en de gebruiksmogelijkheden voor het beleid uit te breiden.

Voor het doorlopen van de vier fasen is het niet voldoende om alleen kennis te nemen van de literatuur op het gebied van kwaliteit en kwaliteit van zorg, maar ook van de aanwezige sociaal-wetenschappelijke literatuur over verpleeghuizen. Auteurs op dat gebied blijken dikwijls te zijn geïnspireerd door de publikaties van de socioloog Erving Goffman (1977) over totale instituties. Hij introduceerde deze term voor instellingen, zoals gevangenissen, kloosters en tehuizen, waar een grote groep bewoners voor langere tijd in een relatief geïsoleerde positie van de buitenwereld verblijft. Er is nogal wat discussie geweest over de vraag of de situaties die hij beschreef en de gedragingen die hij in de instituties zorgvuldig observeerde, van toepassing waren voor het verpleeghuis. In § 3.2 worden daarover visies van verschillende auteurs weergegeven.

De discussie over de toepassing van de term totale institutie voor het verpleeghuis, is voor dit onderzoek interessant voor wat betreft de rol die Goffman aan de staf toekent. In deze studie wordt immers vanuit het perspectief van de staf, waarvan de verzorgenden deeluitmaken, naar kwaliteit van zorg gekeken. Goffman geeft aan dat de staf toezicht moet houden op een grote groep bewoners en daarvoor gebruik maakt van onderdrukking en manipulatie. Deze interpretatie van de rol van medewerkers roept vragen op in een instelling als het verpleeghuis, omdat onderdrukking en manipulatie strijdig zouden zijn met de formele doelstellingen en functies van het verpleeghuis, namelijk het verzorgen en verplegen van patiënten (§ 1.4). Kelk (1983) probeert deze tegenstrijdigheid in het gedrag van de staf in totale instituties te verklaren. Hij gaat er vanuit dat hun gedrag dikwijls niet

berust op kwade opzet en moedwillige vernedering van bewoners, maar te maken heeft met de bijzonder moeilijke problemen waar de stafleden zich mee zien geconfronteerd door hun positie. Hij noemt onder meer de spanning tussen de realisering van de officiële, humanitaire doelstellingen en de druk om aan de eisen van institutionele efficiëntie te voldoen (zie § 3.2.2).

Zijn analyse vormt een aanzet om in dit onderzoek de problemen van verzorgenden te onderzoeken. Onder problemen worden verstaan de complexe situaties die keuzen vereisen van de betrokkenen om adequaat te kunnen handelen en die worden bemoeilijkt doordat ze niet gemakkelijk zijn te realiseren in de praktijk en omdat de verschillende oplossingen zowel wenselijke als onwenselijke gevolgen hebben voor de diverse aspecten en belangen die in het geding zijn. Niet alleen vanuit de sociaal-psychologische invalshoek is het boeiend om te onderzoeken hoe medewerkers omgaan met hun problemen, ook vanuit de benadering van kwaliteit is dit belangrijk. De strategieën die verzorgenden hanteren om de problemen op te lossen, zullen uiteindelijk bepalen hoe de (kwaliteit van) zorg vorm krijgt. Op basis van de literatuur is de volgende definitie van strategie geformuleerd: een strategie is een patroon van activiteiten dat een actor regelmatig gebruikt om met (problematische) situaties om te gaan, daarbij refererend aan de gebruikelijke en geïnstitutionaliseerde wijze van voelen, denken en handelen in zulke situaties. Een strategie is opgebouwd uit meerdere tactieken, die elk betrekking hebben op kleinere en minder omvattende situaties (zie § 3.3).

Op grond van het bovenstaande is de probleemstelling voor het onderzoek geformuleerd:

Welke aspecten van zorg vinden verzorgenden in het verpleeghuis belangrijk voor de kwaliteit van de zorg en welke strategieën gebruiken ze om problemen te hanteren, die ze ondervinden bij de realisatie van kwaliteit van zorg?

De probleemstelling is te specificeren tot de volgende onderzoeksvragen:

- 1 Welke aspecten van zorg vinden verzorgenden van belang voor de kwaliteit van zorg in het verpleeghuis?
 - 1.1 Wat verstaan verzorgenden onder de aspecten die ze noemen in verband met kwaliteit?
 - 1.2 Welke betekenis kennen verzorgenden toe aan deze aspecten voor de bewoners?
- 2 Welke strategieën hanteren verzorgenden om problemen op te lossen, die ze ondervinden bij de realisatie van kwaliteit van zorg?
 - 2.1 Welke problemen ervaren verzorgenden bij de realisatie van kwaliteit van zorg?
 - 2.2 Hoe verloopt het socialisatieproces waarin leerling-ziekenverzorgenden zich de bestaande strategieën eigen maken?
 - 2.3 Welke strategieën hanteren verzorgenden om met problemen om te gaan?
 - 2.4 Welke consequenties hebben verschillende strategieën voor de kwaliteit van zorg?

Na de beantwoording van de onderzoeksvragen kan worden overwogen, welke mogelijkheden voor de verschillende betrokken partijen open staan om de kwaliteit van de verpleeghuiszorg te verbeteren. Met het oog op deze vraag en stap vier uit het onderzoeksmodel, zullen in hoofdstuk 8 enkele aanbevelingen worden geformuleerd.

1.3 De doelstelling van het onderzoek

Met dit onderzoek worden twee soorten doeleinden beoogd: wetenschappelijke en maatschappelijke. Vanuit een theoretisch oogpunt is de verduidelijking van het concept kwaliteit van zorg interessant. De gedragswetenschappelijke invalshoek om dit concept te benaderen is nieuw en kan daarom de kennis over het onderwerp vergroten. Verder levert het onderzoek een bijdrage aan de kennis over medisch-sociologische aspecten van ziekte, gezondheid en gezondheidszorg (Schepers en Nievaard 1990, p. 147).

Van maatschappelijke relevantie is sprake als de onderzoeksresultaten een beter inzicht verschaffen in maatschappelijke vraagstukken. De in § 1.1 geschetste ontwikkelingen staven de conclusie dat kwaliteit op dit moment actueel is en dat voorlopig ook zal blijven. Naar verwachting zal kwaliteit een kernelement blijven in het beleid gedurende de invoering van het nieuwe zorgstelsel en de toekomstige wet op de Kwaliteit van door instellingen verleende zorg. De resultaten van het onderzoek kunnen de kennis over de kwaliteit van de verzorging en verpleging van verpleeghuisbewoners vergroten en op die manier bijdragen aan het vraagstuk. Op het instellingsniveau kunnen de resultaten als informatie dienen bij de vormgeving van het kwaliteitsbeleid.

1.4 Een beknopte beschrijving van de verpleeghuissector

Om duidelijk te maken wat het verpleeghuis als voorziening typeert volgt er een beknopte beschrijving van het ontstaan van de verpleeghuizen en van de manier waarop de functies verpleging en verzorging daarbinnen gestalte krijgen. Door enkele gegevens te presenteren over het aantal verpleeghuizen in Nederland, de kenmerken van de bewoners, de samenstelling van het personeel en de kosten en financiering van de verpleeghuizen, wordt een verdere oriëntering op het veld van onderzoek beoogd.

Het ontstaan van de verpleeghuizen

Enkele ontwikkelingen hebben ertoe geleid dat er behoefte ontstond aan aparte instellingen voor chronisch zieke ouderen. In de eerste plaats namen vanaf het begin van de twintigste eeuw, maar vooral na de Tweede Wereldoorlog, de diagnostische en therapeutische mogelijkheden in de geneeskunde snel toe. Daardoor konden de ziekenhuizen zich ontwikkelen tot medisch-specialistische instellingen waar patiënten met behulp van moderne technologieën meestal kortdu-

rend werden behandeld. Dat had als gevolg dat een groep zieken ontstond die tussen wal en schip dreigde te vallen, namelijk de groep waarvan de toestand dermate chronisch was dat enerzijds van ziekenhuis- of sanatoriumverpleging geen verbetering meer te verwachten was en die anderzijds te invalide was om thuis nog redelijk verzorgd te kunnen worden (Caljouw e.a. 1980, p. 1).

In de tweede plaats steeg het aantal chronisch zieken als gevolg van de verhoogde levensduur van de bevolking. Niet alleen nam het aantal mensen met chronische ziekten toe, maar zij bleven gemiddeld ook langer met hun ziekte leven. De medische mogelijkheden en de verbeterde levensomstandigheden waren hiervan de belangrijkste oorzaken. De ziekenhuizen slibden dicht, omdat het toenemend aantal verplegingsbehoefte patiënten langdurig in het ziekenhuis verbleef (Boot en Knapen 1990).

Naast de medische en demografische ontwikkelingen valt er in de derde plaats te wijzen op de maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de uitbreiding van de verzorgingsstaat, kleinere gezinnen en afnemende bereidheid tot zorg voor de naasten, die leiden tot een verminderde capaciteit om de zieken thuis te verplegen. Volgens Oostvogel (1989, p.5) bepleitte Querido in 1960 de totstandkoming van verpleeghuizen en zag hij de verpleeginrichting als het medisch-sociale antwoord op de problemen die gesteld werden door het ouder worden van de bevolking en het voortschrijden van de medische wetenschap.

De geschetste ontwikkelingen stimuleerden de stichting van de nieuwe voorziening, het verpleeghuis, door het particulier initiatief en de gemeenten. Ten eerste kon de zorg in de nieuwe voorziening goedkoper zijn. De uitgebreide outillage in de ziekenhuizen had de kostprijs per dag flink doen stijgen en het werd dus goedkoper om patiënten die alleen verpleging nodig hadden uit de dure ziekenhuizen te halen en onder te brengen in aparte instellingen. Ten tweede kon de kwaliteit worden verbeterd, omdat de zorg en de omgeving meer aan de patiëntengroep aangepast zouden kunnen worden. De chronisch zieken pasten immers niet meer in het beeld van het snelle en moderne ziekenhuis met zijn vele specialisten. Voor hen werd het van belang geacht dat de gezinssituatie zoveel mogelijk werd nagebootst en de woonfunctie van het huis tot zijn recht kwam.

De financiering van opname en verblijf in het verpleeghuis vanaf 1968 door de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), heeft de groei van de verpleeghuissector enorm beïnvloed. Tegelijkertijd veranderde ook het karakter van het verpleeghuis: steeds meer disciplines deden hun intrede zodat het wezenlijke kenmerk, de multidisciplinaire zorgverlening, tot stand kon komen. De instellingen zijn zich in de periode daarna gaan specialiseren naar doelgroep en type hulpverlening. Recente ontwikkelingen zijn de realisering van de beroepsopleiding tot verpleeghuisarts en de uitbreiding van de capaciteit van de dagbehandeling.

Met de komst van vooral paramedische disciplines, zoals logopedie, fysiotherapie en ergotherapie, ontdekte men naast de statische verblijfsfunctie van het verpleeghuis, een dynamische reacteringsfunctie binnen relatief beperkte mogelijkheden (Aller e.a. 1984, p. 121). Daardoor werd duidelijk dat het verpleeghuis opereerde in het spanningsveld tussen enerzijds behandelen, verplegen en ver-

zorgen, anderzijds wonen en leven. De spanning daartussen ontstond doordat beide functies bijvoorbeeld een andere samenstelling van het personeel vereisten en een verschillende inrichting en gebruik van afdelingen met zich meebrachten. De discussie over het eigen specifieke gebied van zorgverlening in het verpleeghuis zou nog vele malen worden gevoerd.

De functies van het huidige verpleeghuis

Het huidige verpleeghuis biedt voornamelijk zorg aan oudere, chronische zieken. Chronische ziekten kunnen worden omschreven als: 'Irreversibele aandoeningen, zonder uitzicht op volledig herstel en met een gemiddeld lange ziekteduur.' (Van den Bos 1989, p. 18). Casparie (1991, p. 243) noemt een viertal kenmerken van chronische ziekten: de relatieve nadruk op *care* in plaats van op *cure*, de geleidelijke toename van beperkingen als gevolg van chronische complicaties en late verschijnselen, de behandeling en verzorging die zowel in de eerste als in de tweede lijn plaats kan vinden door verschillende disciplines en de eigen rol van de patiënt. Uit de kenmerken volgt dat de groep chronische zieken zeer divers is en dat de hinder die mensen in het dagelijks leven van de beperkingen als gevolg van hun ziekte ondervinden, sterk kan verschillen.¹ Alleen de mensen die ernstige beperkingen ondervinden op lichamelijk en/of psychisch en sociaal gebied komen eventueel voor een opname in het verpleeghuis in aanmerking.

In de beleidsnota van de toenmalige sectie Verpleeghuizen van de Nationale Ziekenhuisraad (NZr) uit 1989 wordt het verpleeghuis gekarakteriseerd als:

'Een instelling voor gezondheidszorg waarin op multidisciplinaire wijze zorg wordt verleend aan veelal (hoog-)bejaarde patiënten, die als gevolg van één of meerdere functiestoornissen (tijdelijk) niet meer zelfstandig kunnen functioneren.' (NZr 1989, p. 5)

De verpleeghuizen waar voornamelijk mensen opgenomen worden met functiestoornissen die samenhangen met lichamelijke ziekten of gebreken, worden somatische verpleeghuizen genoemd. Verpleeghuizen waar mensen worden opgenomen met psychische functiestoornissen die samenhangen met het ouder worden, worden aangeduid met psychogeriatrische verpleeghuizen. Binnen de psychogeriatric wordt op grond van de criteria zelfstandigheid en sociale redzaamheid vaak de indeling gehanteerd in begeleidings-, verzorgings- en verpleegbehoefte patiënten. De eerste groep kan zich met aanwijzingen en begeleiding nog redelijk redden. Bij de tweede groep moeten vrijwel alle dagelijkse activitei-

1 Onder beperkingen worden door de World Health Organization (WHO) verstaan de gevolgen die een persoon door zijn ziekte ondervindt bij de uitvoering van activiteiten, bijvoorbeeld communicatieproblemen als gevolg van afasie. Beperkingen worden onderscheiden van stoornissen, waaronder afwijkingen op orgaanniveau worden verstaan (bijvoorbeeld afasie tengevolge van een beroerte) en van handicaps die betrekking hebben op de sociale gevolgen van de ziekte (moeite met het vinden van een baan door communicatiebeperkingen) (Van den Bos 1993, p. 15).

ten worden overgenomen door anderen. De laatste groep kan niet meer voor zichzelf zorgen en is aangewezen op verpleging (Van der Kruyssen 1986, p. 5). Steeds vaker komt het voor dat patiënten zowel lichamelijke als psychische functiestoornissen hebben. Voor de zorg die deze groep nodig heeft, bestaan verschillende aanduidingen, waarvan dubbelzorg, zorg-plus of somatisch-plus de bekendste zijn.

De Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) noemt vier componenten die het gemeenschappelijke van het verpleeghuisprodukt kenmerken: de *beschikbaarheid* van kennis, ervaring en deskundigheid op verschillende vakgebieden, de *multidisciplinaire* werkwijze waarbij de verschillende professionals hun bijdragen op elkaar afstemmen, de *centrale regie* naar inhoud en organisatie (het individuele behandel- en zorgplan) en de *institutionele inkadering* die de continuïteit van het integrale aanbod en de verblijfsfunctie waarborgt (NVVz 1992, pp. 23-26).²

In beginsel worden door elk verpleeghuis de drie zogenaamde basisfuncties vervuld, namelijk de langdurige zorg voor chronische zieken, reactivering/revalidatie en de terminale zorg (NZr 1989, pp. 5-6). Bij de eerste functie, de langdurige zorg voor chronische bewoners, staat centraal: de aanvulling van tekorten in het zorgvermogen, de voorkoming van achteruitgang in het functioneren en het terugdringen of stabiliseren van de hulpbehoefte. De tweede functie is de reactivering/revalidatie, die het geheel van activiteiten omvat gericht op het herstel en het verbeteren van de toestand en mogelijkheden van patiënten en wel zodanig dat systematisch toegewerkt wordt naar een hernieuwde onafhankelijkheid thuis of in het verzorgingstehuis. De derde functie is de bijzondere zorg, waaronder de terminale zorg, waarbij de ernst van de gevolgen van de voortschrijdende achteruitgang zoveel mogelijk beperkt wordt, tot het levenseinde. Binnen elke functie is sprake van behandeling, verpleging, verzorging en begeleiding, alleen de zwaartepunten verschillen (NVVz 1992, p. 38).

Parallel aan de indeling in functies onderscheidt de NZr de volgende patiëntengroepen:

- Chronische patiënten: patiënten die vanwege chronische aandoeningen en ernstige beperkingen langdurig aangewezen zijn op zorg. Door hun voortschrijdende ziekte hebben zij over het algemeen steeds meer zorg nodig.
- Reactiveringspatiënten: patiënten die in beginsel binnen een tijdsbestek van 3 tot 6 maanden zodanig worden gereactiveerd dat zij ontslagen kunnen worden en naar hun eigen woning of het verzorgingstehuis teruggaan. Dit kan om zogenaamde kortdurende of langdurende revalidatie gaan.
- Terminale patiënten: deze patiënten verkeren in hun laatste levensfase en zijn

2 In de beleidsnota uit 1989 van de sectie Verpleeghuizen van de NZr, werd de verpleeghuiszorg aangeduid met de term 'CLSM-zorg', dat stond voor Continue, Langdurige, Systematische en Multidisciplinaire zorg. In *Verpleeghuizen op de zorgmarkt* in 1992 uitgebracht door de NVVz, is deze term niet meer terug te vinden. In de plaats daarvan zijn de vier in de tekst genoemde componenten onderscheiden, die tezamen de zorg- en hulpverlening in het verpleeghuis karakteriseren.

aangewezen op directe beschikbaarheid van zorg gedurende 24 uur per dag. Zij komen naar het verpleeghuis om te sterven. Speciale patiëntencategorieën die in aanmerking komen voor de bijzondere zorg zijn bijvoorbeeld beademings-, aids- en comapatiënten en de groeiende groep van patiënten met een zogenaamd organisch psychosyndroom: somatische patiënten bij wie op grond van centraal neurologische beschadigingen tevens van uitgebreide gedragsstoornissen sprake is.

Kenmerkend voor chronische ziekten is dat ze niet alleen invloed hebben op het lichamelijk functioneren van de patiënt, maar ook op zijn beleving. Er is daarom bij de zorg voor chronisch zieken aandacht nodig voor lichamelijke aspecten (medische zorg, verpleging, verzorging, revalidering) en voor het psychisch welbevinden van de patiënt (Aller e.a. 1984). Afhankelijk van het type zorg dat chronische zieken nodig hebben, zal het accent van de zorgverlening op de verschillende aspecten komen te liggen, zoals medisch en verpleegtechnisch, relationeel of organisatorisch. Naarmate patiënten afhankelijker raken en niet meer thuis kunnen blijven wonen, zoals verpleeghuispatiënten, zullen niet-medische aspecten, zoals bejegening en ondersteuning, een groter gewicht in de schaal leggen (Van den Bos 1993, p. 14). Bij langdurende zorg die het 'normale' leven geheel ontwricht, zoals dat in de gehandicaptenzorg, de psychiatrie en de verpleeghuizen (de *care*-sector) voorkomt, neemt het gewicht dat aan de relationele aspecten wordt toegekend toe.

Naast de boven beschreven basisfuncties, vervullen de verpleeghuizen ook nog enkele functies die daarvan zijn afgeleid. Observatie en diagnostiek is daarvan een voorbeeld. Deze functie omvat de observatie en het onderzoek van patiënten gericht op het vaststellen van de handicaps, de aard en ernst van aandoeningen en de mogelijkheden van herstel of stabilisering. Dit kan uitmonden in een advies voor de verdere hulp (NZr 1989, p. 7). Dagbehandeling, dat is de gerichte behandeling van patiënten gedurende één of meer dagen of dagdelen per week, kan eveneens worden gezien als een afgeleide functie. De capaciteit daarvan is de laatste jaren enorm uitgebreid om te proberen opnamen te voorkomen, uit te stellen of ontlasten te vervroegen. Een nieuwe functie is ook de consultatie, dat is het geven van deskundig advies aan hulpverleners buiten het verpleeghuis. Met de zogenaamde achterwachtfunctie, worden aangeduid de crisisopvang, de tijdelijke opname en de intervalzorg, die vooral zijn gericht op de opvang van patiënten die een kortdurende opname behoeven, omdat hun omgeving tijdelijk de zorg niet op zich kan nemen dan wel ontlast dient te worden (NZr 1989, pp. 4-6).

Er zijn steeds meer mogelijkheden ontstaan om de verschillende functies ook semi- en extramuraal te verlenen, de zogenaamde 'verpleeghuiszorg buiten de muren'. Dat roept de vraag op welke mensen die verpleeghuiszorg nodig hebben, in de toekomst thuis zouden kunnen blijven wonen. De NVVz concludeert dat in situaties met een gecompliceerde hulpvraag, bijvoorbeeld als gevolg van de verwevenheid van stoornissen met het verouderingsproces, het nodig blijft om in elk geval de drie basisfuncties intramuraal gestalte te kunnen geven (NVVz 1992, p. 29).

De omvang van de verpleeghuizen

Op 1 januari 1991 waren er in Nederland 325 verpleeghuizen waarvan er 105 alleen voor somatisch zieken waren bestemd, 72 alleen voor psychogeriatrische bewoners en 148 voor beide groepen, de zogenaamde gecombineerde verpleeghuizen. Het aantal somatische en psychogeriatrische verpleeghuizen neemt af, mede als gevolg van de ombouw of uitbreiding van deze huizen tot gecombineerde verpleeghuizen (Nationaal Ziekenhuisinstituut 1991, p. 17). Deze gecombineerde verpleeghuizen zijn voornamelijk de grote verpleeghuizen van meer dan 200 bedden. Met deze schaalvergroting wordt efficiëntie van de zorgverlening beoogd. In totaal verbleven 49.801 bewoners in 1990 in de verpleeghuizen. Het totaal aantal erkende bedden nam vanaf 1985 tot 1990 toe met 2414 bedden. De uitbreiding is geheel ten goede gekomen aan de psychogeriatric, om het tekort aan psychogeriatrische bedden te doen afnemen (NZi 1989, p. 17; NZi 1991, p. 17). Met deze verschuiving blijft iets meer dan de helft van de bedden (53%) bestemd voor de somatische bewoners. De volgende tabel geeft een overzicht van de verdeling van het aantal bedden over de somatiek en psychogeriatric en de ontwikkeling daarin vanaf 1985 tot 1990.

Tabel 1.1 Aantal erkende bedden in verpleeghuizen in 1985 en 1990

	1985	1990
somatisch	27.504	27.222
psychogeriatrisch	21.764	24.460
Totaal	49.271	51.682

(Bron: Nationaal Ziekenhuisinstituut 1989 en 1991)

De bewoners in verpleeghuizen

De meeste bewoners van verpleeghuizen zijn vrouwen; het aandeel van de mannen in de verpleeghuispopulatie was in 1990 slechts iets meer dan een kwart en dat percentage blijft dalen (SIVIS 1991, p. 64). In 1990 was een ruime meerderheid van de patiënten 80 jaar of ouder en er is nog steeds een verdergaande verschuiving naar de zeer ouden in het verpleeghuis (NZi 1991, p. 45). In 1990 blijkt dat bij opname ongeveer 63% van het aantal somatische patiënten uit het ziekenhuis komt, voor de psychogeriatrische bewoners is dat veel minder, namelijk 23%. De laatste groep komt veel vaker uit het verzorgingstehuis of uit de eigen omgeving (bijna 60%) in vergelijking tot somatische patiënten (ongeveer 32%) (SIVIS 1991, p. 36).

De gemiddelde verblijfsduur wisselt sterk. Van de patiënten die in 1990 overleden was de gemiddelde verblijfsduur meer dan twee jaar (797 dagen). Van de patiënten die in dat zelfde jaar definitief werden ontslagen, exclusief overlijden, bedroeg dat een half jaar (187 dagen) (SIVIS 1991, p. 60). De gemiddelde verpleegduur tot overlijden is dus vier maal zo hoog als bij definitief ontslag. Tussen de patiëntengroepen is er eveneens een groot verschil: in de psychogeriatric is het

verblijf gemiddeld twee maal zo lang als in de somatiek. Van de psychogeriatrische patiënten overlijdt 83,4% in het verpleeghuis, van de somatische patiënten is dat 49,1% (SIVIS 1991, p. 53).

Patiënten worden in het verpleeghuis opgenomen, omdat hun functioneren in het dagelijks leven, de validiteit, ernstig is beperkt. Veel patiënten lijden aan meer dan één (chronische) aandoening tegelijk, de zogenaamde co-morbiditeit (Ribbe 1992, p. 7). De diagnose die het meest bepalend is voor de validiteit, wordt wel de hoofddiagnose genoemd. Op de peildatum september 1990 waren de belangrijkste hoofddiagnosen in procenten van de somatische patiënten (SIVIS 1991, p. 74):

- cerebrovasculaire aandoeningen (31,2%);
- neurologische aandoeningen waaronder de ziekte van Parkinson (16,9%);
- locomotorische aandoeningen waaronder artrose en reumatoïde artritis (9,3%);
- maligniteiten (3,3%);
- fracturen en status na heupoperatie (6,9 respectievelijk 6,5%).

Bij de psychogeriatrische patiënten zijn er maar twee diagnoses die overheersen:

- dementie (72,8%);
- amnestisch syndroom (9,5%).

De zorgzwaarte, de mate waarin bewoners behoefte hebben aan hulp, neemt nog steeds toe. Dit kan wellicht worden verklaard uit een veroudering van de verpleeghuispopulatie en door de instroom van relatief zwaar hulpbehoevendenden. De Nationale Ziekenhuisraad gaat er in de beleidsnota 1989 vanuit dat optimaal gebruik gemaakt dient te worden van de beschikbare capaciteit, omdat de vraag voorlopig het aanbod verre zal overtreffen. Dit valt enerzijds te bereiken door de reactivering van somatische patiënten verder uit te bouwen en door anderzijds uitsluitend degenen op te nemen voor wie elders niet langer adequate zorgverlening te realiseren valt (NZr 1989, p. 15). Dit heeft tot gevolg dat de lichtere patiënten elders zullen verblijven en alleen de zwaar zorgbehoeftige mensen in het verpleeghuis worden opgenomen. Dat zou betekenen dat de zorgzwaarte naar verwachting ook in de toekomst zal toenemen.

De samenstelling van het personeel

In 1990 waren er zo'n 58.881 arbeidsplaatsen in de verpleeghuizen (NZi 1991, pp. 65-69). In totaal waren er zo'n 36.474 arbeidsplaatsen voor het gediplomeerd, leerling en ander verpleegkundig personeel (ministerie van WVC 1992, p. 127). Vanaf 1985 tot 1990 is de verhouding gediplomeerden tot leerlingen gewijzigd in het voordeel van de gediplomeerden (van 69/31 in 1985 tot 77/23 in 1990). Een groot deel van de medewerkers, namelijk 81%, is vrouw en velen werken met een deeltijdaanstelling.

In het Financieel Overzicht Zorg 1992 vroeg de overheid zich af of de stijging van het aantal arbeidsplaatsen vanaf 1985 tot 1990 ook betekende dat er meer 'personeel aan bed' was gekomen. Dit kon in twijfel worden getrokken als de cijfers wer-

den gecorrigeerd voor een aantal ontwikkelingen zoals de arbeidstijdverkorting, de toename van het aantal plaatsen voor dagbehandeling, de capaciteitsveranderingen en de verzwaring van de ADL-hulp (de hulp bij de Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen). Een knelpunt vormde steeds meer de vervulling van vacatures; er was een gebrek aan gekwalificeerd personeel op de arbeidsmarkt en het ziekteverzuim was in de verpleeghuizen het hoogste van de gehele zorgsector (ministerie van WVC 1992, pp. 8-9 en 127).

Om het tij te keren heeft de overheid de laatste jaren extra geld ter beschikking gesteld om de werkgelegenheid te verruimen, de werkdruk te verminderen, het ziekteverzuim terug te dringen en arbeidsvoorwaarden te verbeteren. In het Financieel Overzicht Zorg 1993 wordt een lichte stijging van 'handen aan bed' geconstateerd en is het ziekteverzuim gedaald.

De kosten van de verpleeghuissector

De uitgaven ten behoeve van de verpleeghuizen bedroegen in 1991 bijna 4,5 miljard, 8% van het totale bedrag van 54 miljard dat in de gezondheidszorg omgaat (ministerie van WVC 1993, p. 131). Een groot deel van de kosten, zo'n 70%, bestaat uit personeelskosten. Een verpleegdag in een verpleeghuis kostte in 1991 gemiddeld 222 gulden (ministerie van WVC 1993, p. 147). Door financiële ruimte te creëren stimuleert de overheid initiatieven om de functies die het verpleeghuis vervult extramuraal te verlenen met het doel de kosten te verlagen.

De zorgverlening die door het verpleeghuis wordt gegeven valt hoofdzakelijk onder het functionele cluster verpleging en verzorging en wordt geheel door de AWBZ gefinancierd. De indeling in functies in plaats van in voorzieningen, is een belangrijke stap in de stelselherziening. Binnen het cluster verzorging en verpleging wordt het meeste geld besteed aan de financiering van de verpleeghuizen. Met een uitgavenhoogte van 4,5 miljard, maken de verpleeghuizen 57% uit van het totaalbedrag van 7,8 miljard dat in het cluster verzorging en verpleging (exclusief de verzorgingstehuizen) wordt omgezet.

1.5 De hoofdstukindeling van deze studie

De opbouw van dit proefschrift is als volgt. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de kenmerken van het begrip kwaliteit en wordt het concept kwaliteit van zorg nader omschreven en ingeperkt. Tevens worden verschillende benaderingen van kwaliteitsbewaking en -bevordering behandeld. In hoofdstuk 3 worden de verpleeghuiszorg en de positie van de verzorgenden bestudeerd vanuit een sociologisch perspectief. Daarbij komt aan de orde in hoeverre het verpleeghuis kan worden gekarakteriseerd als een totale institutie en wat de eventuele toepassing van die term betekent voor de analyse van het perspectief van de verzorgenden op de kwaliteit van zorg. De onderzoekopzet en de -uitvoering worden beschreven in hoofdstuk 4. Daarbij komen onder meer de principes van de gefundeerde theorie aan de orde, de samenstelling van de onderzoeksgroep en de methoden van data-verzameling en -analyse.

In de hoofdstukken 5, 6 en 7 volgen de resultaten van het onderzoek. Deze hoofdstukken weerspiegelen de fasen van het onderzoeksmodel zoals dat in § 1.2 is gepresenteerd. In hoofdstuk 5 komen de resultaten aan de orde van de inventarisatie van de aspecten en de betekenis die verzorgenden daaraan toekennen voor de bewoners. Hoofdstuk 6 concentreert zich op de ervaring van problemen door verzorgenden in de dagelijkse zorgverlening. Er worden drie problemen onderscheiden die verzorgenden in verband brengen met de aspecten van goede zorg. In hoofdstuk 7 wordt aandacht besteed aan de strategieën die verzorgenden gebruiken om met problemen om te gaan. Zes strategieën zullen worden beschreven, waarbij elk van de strategieën weer is opgebouwd uit verschillende tactieken. De strategieën worden bezien in relatie tot de inhoud van het perspectief van verzorgenden.

In het laatste hoofdstuk 8 zullen de belangrijkste bevindingen en conclusies nog eens worden samengevat. Om de waarde te kunnen bepalen die aan de resultaten kan worden gehecht, wordt vervolgens in een beschouwing aandacht besteed aan de objectiviteit en de generaliseerbaarheid van de bevindingen. Daarna worden toepassingen van het onderzoek beschreven en worden enkele aanbevelingen geformuleerd voor verbetering van de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Tot slot worden aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek.

Over het gebruik van begrippen in de tekst kan het volgende worden opgemerkt. Voor de variatie in de tekst is er voor gekozen om de mannelijke vorm (hij, zijn, bewoner) en de vrouwelijke vorm (zij, haar, bewoonster) af te wisselen, al zou het in een omgeving waar zoveel vrouwen wonen en werken niet misstaan om alleen de vrouwelijke vorm te gebruiken.

Degenen die zijn opgenomen in een verpleeghuis worden in deze tekst bij voorkeur aangeduid met de term bewoners. Om de tekst te variëren zal zo nu en dan van patiënten worden gesproken. Als met één van de termen iets bijzonders wordt bedoeld in de tekst, zal dit worden vermeld.

De termen zorgverleners, stafleden, medewerkers en personeelsleden worden in dit proefschrift gebruikt om alle hulpverleners in het verpleeghuis mee aan te duiden, zoals de medische en paramedische beroepen, activiteitenbegeleiders en verplegenden en verzorgenden. Als specifiek wordt geduid op die medewerkers die in teamverband gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de verzorging en verpleging van de bewoners op een afdeling, dan wordt gesproken over verzorgenden of teamleden. Daarmee kunnen dan gediplomeerde ziekenverzorgenden, leerling-ziekenverzorgenden, verpleegkundigen, MDGO-VPers en MDGO-VZers (personen die de dagopleiding Middelbaar Dienstverlenings- en Gezondheidszonderwijs-Verpleging of MDGO-Verzorging hebben gevolgd), verpleeghulpen en -assistenten worden bedoeld. Als het relevant is voor het begrip van de tekst zullen posities of speciale taken van de teamleden worden genoemd, zoals afdelingshoofd, werkbegeleider of teamleider.

2 Kwaliteit van zorg: definities en benaderingen

Het gebruik van het begrip kwaliteit kent bezwaren, omdat de betekenis niet op voorhand duidelijk is. In de eerste paragraaf van dit hoofdstuk wordt door middel van een literatuurstudie onderzocht welke kenmerken van kwaliteit door verschillende auteurs worden genoemd. Op grond van de gevonden kenmerken, wordt een invalshoek gekozen die het concept afbakt en gebruikt kan worden in het onderzoek. Deze invalshoek dient als richtsnoer voor de onderzoeker bij de empirische dataverzameling.

Pogingen om kwaliteit te definiëren staan zelden op zichzelf en maken meestal deel uit van plannen en projecten om de kwaliteit van zorg te bewaken en te bevorderen. Een aantal kwaliteitsprojecten in verpleeghuizen zal worden bestudeerd, waarbij het onderscheid dat kan worden gemaakt tussen de klassieke en de moderne benadering van kwaliteitsbewaking en -bevordering, als analysekader zal dienen (§ 2.2). Bij de moderne benadering zal onder meer de belangrijke methodiek van de kwaliteitscyclus worden toegelicht, die de basis vormt van veel kwaliteitsbewaking en -bevordering.

Op basis van de uitkomst van de analyse wordt een gemotiveerde keuze gemaakt om in dit onderzoek kwaliteit te bestuderen via de aspectbenadering, waarvan de mogelijkheden en de beperkingen in § 2.3.1 worden beschreven. Binnen deze benadering zal de kwaliteit van zorg verder worden onderzocht door vier fasen te doorlopen. De fasen die tezamen het onderzoeksmodel vormen, worden in § 2.3.2 toegelicht.

2.1 Duidelijkheid over het concept kwaliteit van zorg

Donabedian (1980, p. X) beweert dat een definitie de eerste stap moet zijn bij de ontginning van het gebied van kwaliteit en daarom wijdt hij het eerste deel van zijn standaardwerk over kwaliteit aan definities en benaderingen. Het blijkt moeilijk te zijn om kwaliteit eenduidig te definiëren met als gevolg dat er veel definities en begrippen die met kwaliteit samenhangen in omloop zijn. Dit leidde tot een spraakverwarring die voor de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) de aanleiding vormde om te komen tot de *Discussienota algemeen begrippenkader kwaliteitsbevordering* (NRV 1990a). Dit begrippenkader bestaat uit een inven-

tarisatie van (voorlopige) omschrijvingen en activiteiten die plaatsvinden in het kader van kwaliteit. Kwaliteit wordt daarin gedefinieerd als: 'Het geheel van eigenschappen en kenmerken van een produkt, proces of dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgelegde of vanzelfsprekende behoeften.' (NRV 1990a, p. 11).

Ondanks deze poging om in het Nederlands taalgebied over te gaan tot het gebruik van één definitie van kwaliteit, blijft de keuze van een geschikte omschrijving uit de vele verschillende definities een willekeurige en hachelijke zaak. Om tot een beter begrip te komen van kwaliteit en een invalshoek te kiezen die voor het eigen onderzoek adequaat is, krijgen eerst de kenmerken van het begrip kwaliteit aandacht. Harteloh en Casparie (1991, p. 36) beschrijven vijf kenmerken aan de hand van de door hen in de literatuur aangetroffen definities.

In de eerste plaats spreken zij over kwaliteit als een *primitief* begrip. Primitief houdt in dit verband in dat net als bij schoonheid, nut en liefde iedereen wel intuïtief weet wat er met het begrip wordt bedoeld, maar dat een nauwkeurige verwoording van de betekenis problemen oplevert (ibid, p. 28). Het gebruik van een begrip in de hoop dat iedereen er wel ongeveer hetzelfde onder zal verstaan, werkt onnauwkeurigheid in de hand en daarom wordt met name voor wetenschappelijk gebruik steeds gezocht naar een definitie van kwaliteit.

Het probleem van de nauwkeurige verwoording hangt samen met het tweede kenmerk, het *abstracte* karakter van het begrip kwaliteit. In tegenstelling tot het begrip 'stoel' dat naar een object verwijst, duidt kwaliteit op iets abstracts dat niet zomaar kan worden waargenomen. Kwaliteit bestaat niet op zichzelf, maar wordt door een persoon, een subject, aan een produkt, proces, dienst of persoon toegeschreven (Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid 1990, p. 7). In dit onderzoek gaat het om kwaliteit die subjecten aan de verpleeghuiszorg toeschrijven.

Het derde kenmerk van kwaliteit is dat het om een *oordeel* gaat van een belanghebbende die zich uitspreekt over kwaliteit. Het subject vormt zijn oordeel door zijn verwachtingen en wensen van of eisen aan de zorg te vergelijken met de feitelijk verleende zorg. Als de verleende zorg sterk achterblijft bij de verwachtingen, zal het oordeel waarschijnlijk ongunstig zijn en omgekeerd, als de discrepantie klein is of de zorg de verwachtingen zelfs overtreft, zal de kwaliteit goed beoordeeld worden. Hieruit blijkt dat kwaliteit een relatief begrip is, omdat het oordeel afhankelijk is van iemands uitgangspunt, waarbij allerlei individuele voorkeuren en waarderingen een rol kunnen spelen (Steffen 1988, p. 56).

Het vierde kenmerk is dat een belanghebbende zijn oordeel over kwaliteit louter vormt op basis van de *aspecten* die hij relevant vindt voor hetgeen hij beoordeelt. De zorg die wordt beoordeeld kent in principe een oneindig aantal kenmerken met als gevolg dat het aantal aspecten dat kan worden genoemd en getoetst in principe eveneens onbegrensd is. Uit al die kenmerken moet een deelverzameling worden gekozen die relevant is voor de kwaliteit van zorg in de betreffende sector (Lemmens en Donker 1990, p. 4). Het is niet op voorhand duidelijk waarvan iemand zijn mening over de kwaliteit van zorg laat afhangen en als duidelijk over kwaliteit moet worden gesproken, moet dat worden geëxpliciteerd (Harte-

loh en Casparie 1991, p. 36). In de gezondheidszorg kunnen dat bijvoorbeeld zijn: de toegankelijkheid van een voorziening, de bejegening door de hulpverleners of de werkzaamheid van een geneesmiddel.

Als vijfde en laatste kenmerk kan het *subjectgebonden* karakter van het begrip kwaliteit worden genoemd (Harteloh en Casparie 1991, p. 31; Harteloh en Kistemaker 1993, p. 5).¹ Daarmee bedoelen de auteurs dat het bij kwaliteit gaat om iemands oordeel over iets en dat zijn perspectief bepalend is voor dat oordeel. Het perspectief van een belanghebbende partij hangt samen met de positie en de context waarin de partij zich bevindt en de doelstellingen en waarden die zij nastreeft (Harteloh en Casparie 1991, pp. 31 en 36; Lemmens en Donker 1990, p. 5). Omdat niet alle belanghebbenden hetzelfde perspectief hebben, zullen ze niet allemaal dezelfde aspecten relevant vinden en betrekken in hun oordeel, noch zullen de verwachtingen en normen omtrent bepaalde aspecten gelijk zijn.

Dat het oordeel over kwaliteit afhankelijk is van iemands perspectief, is een zeer belangrijke uitkomst voor de beantwoording van de vraag welke belanghebbenden (gebruikers, hulpverleners, overheid, zorgverzekeraars, instellingen) de kwaliteit van gezondheidszorgvoorzieningen zouden moeten vaststellen en wiens oordeel het meeste gewicht in de schaal zou moeten leggen. Zo zullen de zorgverzekeraars bijvoorbeeld de zorg willen beoordelen op effectiviteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid voor hun verzekerden; de gebruikers zullen de werking van een geneesmiddel of behandeling, de bereikbaarheid en de deskundigheid van de hulpverlener belangrijk vinden; de hulpverleners kunnen de afstemming tussen voorzieningen, de deskundigheid van de beroepsgroep en de effectiviteit van een behandeling benadrukken.

Uit de opsomming van bovenstaande kenmerken blijkt dat kwaliteit is op te vatten als een oordeel over een aantal aspecten van 'iets' (een persoon, object of dienst), uitgesproken door een subject met een bepaald perspectief. Op basis hiervan wordt een invalshoek gekozen, die houvast moet geven bij de bepaling van de onderzoeksopzet en dient als leidraad bij de uitvoering van het empirisch onderzoek. Het concept kwaliteit van zorg wordt ingeperkt door de aandacht te vestigen op de *relationele aspecten* van zorg en door uit de vele perspectieven op kwaliteit van zorg, te kiezen voor het *perspectief van verzorgenden*.

De perspectiefkeuze van verzorgenden wordt in de komende paragrafen en in hoofdstuk 3 beargumenteerd. Hier zij slechts vermeld dat naar verwachting verzorgenden veel invloed zullen hebben op de (kwaliteit van de) zorg, omdat ze het grootste deel van de verpleeghuiszorg uitvoeren en de meeste directe contacten met de bewoners hebben. Hun opvattingen en ideeën over wat kwaliteit van zorg is voor de bewoners, hoe ze de door hen gewenste situatie willen bereiken, welke problemen ze daarbij ervaren en de strategieën en tactieken die ze hanteren om met de problemen om te gaan, zullen de uiteindelijke kwaliteit van de zorgverle-

1 De auteurs prefereren de aanduiding 'subjectgebonden' boven de aanduiding 'subjectief'. Subjectief roept de gedachte op van willekeur, terwijl de auteurs het tegenovergestelde willen tonen: een oordeel over kwaliteit is niet willekeurig, maar hangt samen met iemands perspectief.

ning bepalen. Kennis van het perspectief van verzorgenden kan dan ook een zinvolle bijdrage leveren aan het inzicht in de kwaliteit van de verpleging en verzorging in verpleeghuizen.

2.2 Kwaliteitsbewaking en -bevordering

Een omschrijving van kwaliteit is meestal pas het begin van een reeks activiteiten om kwaliteit te behouden en te verbeteren. Die activiteiten zijn het onderwerp van deze paragraaf, met het oog op het ontwerp van een aanpak voor kwaliteit in het eigen onderzoek. Bij het behoud van de aanwezige kwaliteit spreekt men over kwaliteitstoezicht of -bewaking. In het algemeen begrippenkader van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid wordt dit gedefinieerd als: 'De permanente activiteiten die enerzijds gericht zijn op het toezien of een bepaald kwaliteitsniveau gehaald wordt en behouden blijft en anderzijds op het corrigeren van de eventuele afwijkingen van dit niveau.' (NRV 1990a, p. 27) Zijn activiteiten erop gericht om een hoger niveau van kwaliteit te bereiken, dan is er sprake van kwaliteitsbevordering, waaronder wordt verstaan het complex van activiteiten, gericht op het verbeteren van de kwaliteit (NRV 1990a, p. 12). In kwaliteitsbewaking wordt door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO) onderscheid gemaakt in twee elementen: het diagnostisch deel kwaliteitsbeoordeling en het therapeutisch deel kwaliteitsverbetering. Kwaliteitsbewaking en -bevordering liggen in elkaars verlengde en worden samen ook wel aangeduid met het begrip kwaliteitsborging of *quality assurance* (Casparie 1989, p. 478).

2.2.1 De klassieke en de moderne benadering

De vormgeving van kwaliteitsbewaking en -bevordering is afhankelijk van de visie op kwaliteit. Daarin maken Harteloh en Casparie (1991) het onderscheid tussen de klassieke en de moderne benadering. Dit onderscheid kan dienst doen als analysekader en functioneert dan in de eerste plaats om de huidige benadering van kwaliteit van zorg in het verpleeghuis te verhelderen en het inzicht in de mogelijkheden en beperkingen van die benadering te vergroten. In de tweede plaats kan op grond van het onderscheid een beargumenteerde keuze gemaakt worden voor een aanpak van het eigen onderzoek, waardoor de studie een plaats krijgt in de grote hoeveelheid publikaties over kwaliteit in de gezondheidszorg.

Het uitgangspunt van de klassieke benadering is de definiëring, meting en beoordeling van kwaliteit van zorg. Zorginhoudelijke overwegingen en het primair proces (genes- en verpleegkunde) vormen het uitgangspunt van dit denken over kwaliteit. Daaruit vloeit voort dat het perspectief van de professionals dominant is in deze benadering, omdat er van wordt uitgegaan dat zij het meeste inzicht hebben in de beperkingen en mogelijkheden van hun vak. Deze benadering berust sterk op de gedachte dat het productieproces rationeel is te besturen door metingen te verrichten en door inspectie en controle die zijn gescheiden van het zorgproces (Harteloh en Casparie 1991, p. 15).

In de literatuur worden nogal wat punten van kritiek genoemd op deze benadering. In de eerste plaats leidt de afwezigheid van een eenduidige definitie tot een begripsverwarring die allerlei misverstanden en een onduidelijke communicatie tot gevolg heeft (ibid, pp. 103-109). Tevens moet de definitie zorgen voor een afbakening van het onderwerp 'kwaliteit van zorg' en bij gebrek aan een eenduidige definitie wordt dit problematisch. Dit heeft als gevolg dat vrijwel alle activiteiten met kwaliteitsbewaking en -bevordering kunnen worden aangeduid. Bovendien wordt er te veel van uitgegaan dat een definitie automatisch leidt tot inzicht in en vermindering van tekortkomingen.

Een tweede kritiekpunt is dat er te weinig gebeurt met de gegevens die door de metingen zijn verkregen. Als de oorzaak hiervan beschouwen Harteloh en Casparie (1991) het gebrek aan structuur en organisatie, die dienen als voorwaarden om ook daadwerkelijk na een meting wat te veranderen in het handelen. Het klassieke model legt de nadruk op de opsporing van gemaakte fouten, die vervolgens aan individuen worden toegeschreven (therapeutisch model). Medewerkers worden daardoor niet gestimuleerd om te leren van fouten om ze in de toekomst te voorkomen, integendeel het leidt tot achterdocht en weerstand omdat de controle als bedreigend wordt ervaren (Berwick 1989, p. 53).

Een beperking die niet nadrukkelijk wordt genoemd, is dat de werkwijze leidt tot een eenzijdige aandacht voor de meetbare aspecten van de zorg. Bij kwaliteitsbewaking en -bevordering volgens klassieke principes wordt de nadruk gelegd op het technisch handelen van de beroepsbeoefenaars, terwijl de relationele aspecten van hun handelen, zoals bejegening en behulpzaamheid, onderbelicht worden, ondanks het besef dat juist deze aspecten belangrijk kunnen zijn in het oordeel over kwaliteit. Dit heeft te maken met de problemen die naar voren komen bij de definiëring en operationalisatie van deze aspecten.

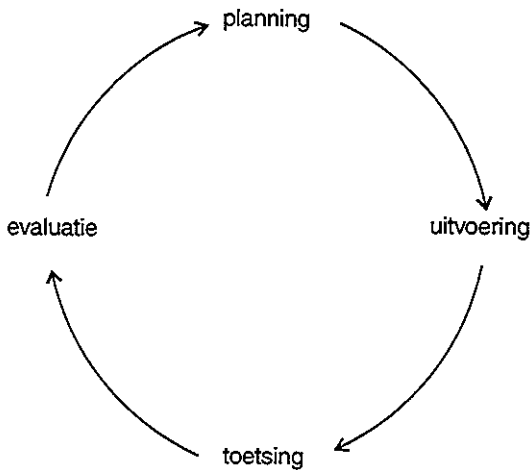
Een zoektocht naar oplossingen voor de bovengenoemde kritiekpunten gaat in de richting van het bedrijfsleven waar al veel meer ervaring is opgedaan met kwaliteitszorg en -beleid. Harteloh en Casparie (1991) geven aan de bedrijfskundige aanpak de benaming 'modern', omdat het gebruik van bedrijfskundige kennis en technieken om de kwaliteit te bevorderen een relatief nieuw verschijnsel is in de gezondheidszorg. In de bedrijfskundige aanpak staat kwaliteitszorg centraal, waaronder kan worden verstaan: 'Dat aspect van de totale managementfunctie dat het kwaliteitsbeleid bepaalt en ten uitvoer brengt.' (NRV 1990a, p. 20). Daarbij wordt het integraal karakter van de kwaliteitszorg onderstreept: het gaat erom alle medewerkers bij de activiteiten van kwaliteitsbewaking en -bevordering te betrekken en de activiteiten moeten in alle delen van de organisatie plaatsvinden (Neijzen en Trompetter 1989, p. 34).

De afbakening van het onderwerp 'kwaliteit van zorg' berust in deze benadering op de aard van de ontplooiende activiteiten in plaats van op een definitie (Harteloh en Casparie 1991, p. 188). De activiteiten onderscheiden zich op twee manieren. Ten eerste richten de activiteiten zich op de aspecten van de gezondheidszorg, waarvan empirisch is aangetoond dat ze het oordeel van subjecten over kwaliteit beïnvloeden. Bij de vaststelling van de aspecten van zorg, wordt zoveel mogelijk gedacht vanuit de patiënt of cliënt. Zijn behoeften en wensen vormen de kern

waarop de andere activiteiten zijn gebaseerd. Veel meer dan in de klassieke benadering komen de dienstverlenende aspecten voorop te staan, die de consument betreft in zijn oordeel over kwaliteit.

Ten tweede kenmerken de activiteiten van kwaliteitsbewaking en -bevordering in de moderne benadering zich door een specifieke cyclische structuur. Deze structuur is afgeleid van de Deming-cyclus of kwaliteitscyclus en moet waarborgen dat kwaliteitsverbetering geen eenmalige activiteit is, maar een continu en systematisch proces van voortdurende verbetering. In zijn meest eenvoudige vorm bestaat de kwaliteitscyclus uit vier stappen, die er afgebeeld als volgt uitzien:

Figuur 2.1: De Deming-cyclus of kwaliteitscyclus



Net als in de klassieke benadering worden ook binnen de moderne benadering metingen verricht, maar met dit verschil dat de uitkomsten van de metingen worden gesystematiseerd en gebruikt om in het vervolg fouten te voorkomen (preventief model) en om veranderingsprocessen op gang te brengen die een verbetering van de kwaliteit beogen. Verbetering berust in deze benadering op begrip en inzicht in de omstandigheden waaronder het productieproces of de dienstverlening plaatsvindt en op de personen die het ten uitvoer brengen.

Binnen de moderne benadering krijgen de juiste houding of attitude van de individuele werknemers en de cultuur van een instelling veel aandacht. De attitude van medewerkers is belangrijk om vooral de dienstverlenende aspecten (bejegening, service, vriendelijkheid, enzovoort) tot hun recht te laten komen en medewerkers moeten, naar Japans model, bereid zijn te streven naar een voortdurende verbetering van de kwaliteit (Berwick 1989).² Verbetering wordt dan bereikt door continu te leren van gemaakte fouten.

² De Japanse benadering wordt wel aangeduid met de term Kaizen. Kaizen betekent letterlijk *continuous improvement* (Kai = verandering; Zen = goed of ter verbetering).

Op grond van de twee benaderingen is een analysekader opgesteld, waarvan zeven elementen deel uitmaken. Aan de hand daarvan kan de huidige aanpak van kwaliteit in de verpleeghuissector worden bestudeerd. Onderzocht wordt welke gezichtspunten in de verschillende projecten domineren. Het analysekader is in schema 2.1 afgebeeld.

Schema 2.1 *Analysekader klassieke en moderne uitgangspunten van kwaliteitsbewaking en -bevordering*

	klassiek	modern
1. visie op kwaliteit	kwaliteit is definieerbare eigenschap van een object	kwaliteit is oordeel over relevante aspecten
2. onderwerpen van het project	primair proces is uitgangspunt voor activiteiten	onderwerpen die relevant zijn voor betrokken partijen
3. perspectief van beoordeling	professionals	cliënten en professionals
4. doel van de activiteiten	kwaliteitsbewaking door verwijdering fouten (therapeutisch model)	kwaliteitsbevordering door inzicht in oorzaken van fouten (preventief model)
5. werkwijzen en procedures	metingen, toetsing, beoordeling en controle	cyclische activiteiten met deelname alle betrokkenen
6. (verwachte) resultaten	opsporing van fouten en controle productieproces om tekortkomingen te verminderen	veranderingsprocessen in houding medewerkers leidend tot kwaliteitsverbetering
7. verband met kwaliteitszorg	geen bindende structuur tussen de activiteiten	activiteiten maken deel uit van integrale kwaliteitszorg

2.2.2 *Kwaliteitsprojecten in het verpleeghuis*

Er bestaan diverse activiteiten op het gebied van kwaliteit, zoals commissies Middelen en Maatregelen, Meldingen Incidenten Patiëntenzorg (MIP) en methoden van intercollegiale toetsing in de verpleeghuisgeneeskunde als vorm van kwaliteitsbewaking (Grol 1991). Voor een uitgebreider overzicht van de activiteiten die in de verpleeghuissector gebeuren in het kader van de kwaliteitsbewaking en -bevordering wordt verwezen naar Van Lingen c.s. (1990, pp. 19-24). Het Nationaal

Ziekenhuisinstituut is bezig met het zogenaamde PRIK: Project Registratie Intramurale Kwaliteitsbevordering. Dat behelst een inventarisatie van kwaliteitsbevorderende activiteiten en projecten binnen intramurale instellingen. De registratie van de verpleeghuizen komt naar alle waarschijnlijkheid in 1994 uit (NZi 1993). De vier projecten die in deze paragraaf worden toegelicht zijn een afspiegeling van de huidige landelijke projecten die in de Nederlandse verpleeghuizen plaatsvinden of hebben plaatsgevonden. Zo is het Kwaldo-project in de huidige vorm gestopt en wordt alleen in de zwakzinnigenzorg aan een vernieuwing van dit project gewerkt. Van het Kwaliteitsmeetinstrument is recentelijk een nieuwe versie verschenen voor de verzorging van psychogeriatrische verpleeghuisbewoners. De projecten passen verschillende methoden toe, zoals interinstitutionele visitatie of kwaliteitscirkels. Ze zijn tevens geselecteerd omdat ze een aanzet zouden kunnen zijn voor een meer systematische en met de zorg verweven aanpak van kwaliteit en omdat de verpleging en verzorging erin betrokken worden. De volgende projecten worden behandeld:

- Kwaliteit en doelmatigheid in verpleeghuizen (Kwaldo) van de Nationale Ziekenhuisraad (NZr) in samenwerking met het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZi).
- De Signaaltoets die deel uitmaakt van het door het organisatie-adviesbureau Moret Ernst & Young ontwikkelde kwaliteitssysteem.
- De methodiek van de Kwaliteitsprofielen van Andriessen (NZi).
- Het Meetinstrument kwaliteit van verpleegkundige zorg in verpleeghuizen van Van Lingen c.s., ontwikkeld aan de Hogeschool Nijmegen en de Rijksuniversiteit Limburg.

Elk project wordt kort uiteengezet, waarna een karakterisering volgt aan de hand van het ontwikkelde analysekader.

Kwaliteit en doelmatigheid in verpleeghuizen (NZr in samenwerking met NZi)

Het doel van dit project, dat al in 1980 in een aantal instellingen is gestart, is het ter discussie stellen van de kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening en het handelen in de verpleeghuizen. Een onderzoeksteam bestaande uit deskundige buitenstaanders die voor een belangrijk deel zelf werkzaam zijn in verpleeghuizen (interinstitutionele visitatie), bezoekt de instelling die vrijwillig deelneemt aan het project en voert gesprekken met de verschillende geledingen in een organisatie (management, hulpverleners, ondersteunende diensten) en met patiënten en hun relaties.

Er wordt geen nauwkeurige definitie van kwaliteit gehanteerd en er wordt evenmin gebruik gemaakt van expliciete criteria voor goede verpleeghuiszorg: het team houdt zich bezig met doelstellingen en knelpunten die de organisatie zelf aandraagt. Het aantal onderwerpen dat bij het onderzoek wordt betrokken is zeer divers en kan betrekking hebben op de interne situatie (de behandeling, verpleging en verzorging, het leefklimaat en het management en de organisatie), op de plaats en functie van het verpleeghuis in de regio en op het flankerend beleid (Begeleidingscommissie Kwaliteit en Doelmatigheid verpleeghuizen 1986).

In principe is het bezoek van het team eenmalig en resulteert het in een verslag dat voor de organisatie een aanzet kan zijn voor het maken van een sterkte-zwakke analyse en de instelling een spiegel moet voorhouden. Na afloop van het project is het de taak van het verpleeghuis om aan de hand van het rapport de interne discussie te starten, waarbij de projectgroep een begeleidende en ondersteunende rol kan hebben. Of er ook werkelijk discussies gevoerd zullen worden over de zorgverlening, is afhankelijk van het verpleeghuis zelf; de deelname is vrijblijvend en de ontwikkeling tot een systematische aandacht voor kwaliteit en doelmatigheid is niet gewaarborgd.

In de loop van de jaren en door de toepassing in verschillende sectoren, is er een verfijning van de methodiek van het project gekomen. Een instelling kan uit vier varianten die werkwijze kiezen, waarvan de beste aansluiting bij de uitgangspositie en vraagstelling wordt verwacht (Roseboom en Stoop 1987). Naast de voordelen voor de deelnemende instellingen heeft de sectie Verpleeghuizen van de Nationale Ziekenhuisraad (tegenwoordig de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg), die het project heeft gestart en begeleid, meer algemene bevindingen aan kunnen wenden om landelijke beleidslijnen voor de hele sector op te stellen (Roseboom en Stoop 1987).

In de oorspronkelijke vorm is het project gestopt, omdat het niet aansloot bij de recente ontwikkelingen, zoals het construeren van kwaliteitssystemen. De zwakzinnigzorg wil een aangepaste versie van het project ontwikkelen.

De Signaaltoets (Organisatie-adviesbureau Moret Ernst & Young)

De Signaaltoets is bedoeld om organisaties, zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen en instellingen van geestelijke gezondheidszorg op een relatief eenvoudige manier een totaalbeeld te geven van de kwaliteit van hun instelling. De ontwikkeling van de toets is gebaseerd op een integrale definitie van kwaliteit: 'Het op een efficiënte en effectieve wijze tegemoet komen aan de verwachtingen van de cliënten.' (Van Wijnen en Windt 1990). Kwaliteit heeft betrekking op een breed terrein, waaraan drie hoofdcategorieën worden onderscheiden, namelijk omgevingszin en cliëntgerichtheid, het systeem van de organisatie en het systeem van de directe zorgverlening (Beugeling 1990).

Elk van de hoofdcategorieën is verdeeld in kwaliteitskenmerken die met behulp van zo'n driehonderd indicatoren meetbaar zijn gemaakt. De keuze voor de kenmerken is gemaakt door de onderzoekers in samenspraak met directies van de betrokken instellingen. De normen zijn tot stand gekomen door interne vergelijkingen (bijvoorbeeld tussen afdelingen) en externe vergelijkingen (bijvoorbeeld het landelijk gemiddelde). Om de feitelijke situatie vast te stellen zijn vragenlijsten ontwikkeld die zijn bedoeld voor medewerkers en externe partijen (zorgverzekeraars, inspectie, cliënten), terwijl er tevens andere methoden kunnen worden toegepast, zoals interviews, gesprekken en analyse van bronnenmateriaal. Een vergelijking tussen de wenselijke en de feitelijke situatie levert signalen op, waarmee een instelling een programma voor kwaliteitsverbetering kan ontwikkelen. Eenmalig gebruik van de toets is betrekkelijk zinloos; het moet een regelmatig terugkerend onderdeel zijn van een kwaliteitsbeheersingssysteem. In het kwa-

liteitssysteem waarvan de toets deel uitmaakt, ligt sterk de nadruk op de metingen en is minder aandacht voor de oorzaken van de gesignaleerde tekortkomingen (Bik 1992, p. 93). De continue kwaliteitsverbetering komt volgens haar in het gedrang als het draagvlak van de medewerkers bij het gebruik van het instrument niet groot genoeg is.

Kwaliteitsprofielen (Andriessen; NZi)

Bij de methodiek van de Kwaliteitsprofielen buigt een mono- of multidisciplinaire werkgroep, die bestaat uit medewerkers die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorgverlening, zich over een thema, bijvoorbeeld het wassen van bewoners. De keuze voor een thema wordt bepaald door de relevantie (is het een belangrijk onderdeel van het werk?), de eventueel ervaren knelpunten en de mogelijkheid om het onderwerp scherp af te bakenen tot een concreet deel van het handelen. Na de keuze van het thema doorloopt de groep een aantal stappen, vergelijkbaar met de kwaliteitscirkel. De kern daarvan is dat de deelnemers de huidige situatie vergelijken met de doelstelling die ze met hun handelen nastreven en vervolgens een plan maken om de eventuele discrepantie te verkleinen. De groep levert uiteindelijk een kwaliteitsprofiel af: een rapportage van de bevindingen van elke afzonderlijke stap (Andriessen 1989).

Bij de methodiek van de Kwaliteitsprofielen is er sprake van een impliciete definitie van kwaliteit, namelijk de mate waarin de feitelijke situatie overeenkomt met de doelstellingen. De uitvoerende medewerkers bepalen de criteria waaraan de zorg wordt getoetst en de rol die daarin voor patiënten is weggelegd is marginaal. Een reden voor het gebruik van de methodiek is de wens om kwaliteit bespreekbaar en concreet te maken op het uitvoerend niveau en het eigen werk kritisch en nauwkeurig te beschouwen. Het resultaat voor de afdeling bestaat, naast de veranderingen die kunnen ontstaan door het doorlopen van het proces, uit een tastbaar document waarin de bevindingen staan.

Het gevaar bestaat dat de onderwerpen die worden behandeld eenzijdig zijn gericht op de meetbare en technische aspecten van zorg, omdat ze goed afgebakend en concreet moeten zijn. Eveneens bestaat de kans dat de resultaten weer snel verwateren als het project niet wordt herhaald. Een cyclisch karakter zorgt voor meer continuïteit. Positieve resultaten die vanaf 1986 toen het project werd gestart zijn opgedaan, zijn het bewuster bezig zijn met de kwaliteit van het werk, een toename van het probleemoplossend vermogen van de organisatie en een bevordering van de onderlinge communicatie (Andriessen 1987). In hoeverre het kwaliteitsprofiel vruchten afwerpt voor de hele organisatie, hangt af van de inbedding in de organisatie en van de relatie van het onderwerp met andere delen van de organisatie. De NZi heeft een handleiding gemaakt, waarmee verpleeghuizen de methodiek zelfstandig kunnen gebruiken. Naar verwachting heeft de relatief eenvoudige werkwijze van het project eraan bijgedragen dat de methodiek de verpleeghuizen aanspreekt.

Meetinstrument voor kwaliteit van de verpleegkundige zorg in verpleeghuizen (Van Lingen c.s.)

Het ontwikkelde instrument is de afsluiting van het project 'Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen' dat startte in 1986 in een samenwerkingsverband tussen de Hogeschool Nijmegen en de Rijksuniversiteit Limburg. Het project hanteert als definitie van kwaliteit: 'Kwaliteit is de mate waarin het geheel van eigenschappen van een produkt, proces of dienst voldoet aan de hieraan gestelde eisen welke voortvloeien uit het gebruikersdoel.' (Van Lingen e.a. 1990, p. 17) Dit project hanteert naast deze normatieve omschrijving van kwaliteit een duidelijk referentiekader, namelijk de verpleegkundige zorg. Dit leidt tot een afbakening van het gebied waarop het instrument betrekking heeft.

Het doel van het instrument is te voorzien in een manier om kwaliteit van de verpleegkundige zorg in het verpleeghuis objectief te kunnen vaststellen. Het Meetinstrument was vooral geschikt voor de zorg voor somatische bewoners en in 1993 is een aangepaste versie verschenen voor de kwaliteit van de zorg van psychogeriatrische bewoners in verpleeghuizen (Bus e.a. 1993).

De ontwerpers hebben uitgaande van het verpleegkundig referentiekader drie dimensies vastgesteld (coördinatie, instrumenteel-technisch handelen en woon- en leefklimaat) en voor elk daarvan zijn door professionals eisen geformuleerd voor het verpleegkundig zorgproces. De lijst met eisen is omgezet in een vragenlijst, het Meetinstrument.

Het perspectief is dat van de professionals (verpleegkundigen), die de zorg eisen opstellen. Dat het instrument de kwaliteit meet zoals de bewoner die ervaart (van Lingen e.a. 1988, p. 1088), is dus maar ten dele waar: de bewoners geven (als ze daartoe in staat zijn) slechts antwoord op een deel van de vragen die door professionals zijn opgesteld. Het gebruik van het instrument bleek in de praktijk nogal tijdrovend, omdat voor de afname vier informatiebronnen nodig waren: ondervraging van bewoners en verzorgenden, de verpleegkundige administratie en de observatie van een aantal omschreven situaties. Er zijn nu meer varianten gemaakt, waaruit men kan kiezen afhankelijk van het doel dat men nastreeft en de tijd die beschikbaar is. Het instrument is dus flexibeler geworden.

De makers noemen twee toepassingen voor het gebruik van het instrument: projectmatig of incidenteel en als onderdeel van het management-informatiesysteem. Op de laatstgenoemde manier zou het deel kunnen uitmaken van kwaliteitszorg. Gebruik van het instrument leidt op een relatief eenvoudige manier tot een kwaliteitsscore. Afgezien van het voordeel dat zo'n score biedt (het maakt vergelijkingen mogelijk tussen verschillende tijdsperiodes of afdelingen), bestaat het gevaar dat er teveel waarde wordt gehecht aan het getal op zich, terwijl bij de berekening van de scores problemen zijn geconstateerd en ze als zodanig geen waarborg bieden voor een systematische aanpak van kwaliteitsverbetering (Driessen 1992, p. 58).

Als de beschreven projecten worden vergeleken op de elementen uit het analysekader, ontstaat het volgende beeld:

Schema 2.2 *Overzicht van de kwaliteitsprojecten vergeleken op de zeven criteria van het analysekader*

	Kwaldo	Signaaltoets	Kwaliteitsprofielen	Meetinstrument
1. visie	geen omschrijving, impliciete criteria	definitie, visie, aspectbenadering	impliciete definitie, thematische aanpak	definitie, referentiekader, aspectbenadering
2. onderwerpen	breed terrein	zorgverlening en organisatie	selectie relevante thema's	verpleegkundige zorg
3. perspectief	externe deskundigen, (management, medewerkers, bewoners)	medewerkers en externe betrokkenen	uitvoerende medewerkers, (bewoners)	verpleegkundigen, (bewoners)
4. doelstelling	discussie starten n.a.v. knelpunten	totaalbeeld van kwaliteit	concretiseren kwaliteit en knelpunten	meten kwaliteit verpleegkundige zorg
5. werkwijzen	eenmalige interinstitutionele visitatie	meetinstrument en gesprekken externen	kwaliteitscirkel uitvoerend personeel	gebruik van meetinstrument
6. resultaat	rapportage is aanzet voor sterke-zwakte analyse organisatie	scores ('signalen') zijn prioriteiten voor verbetering	kwaliteitsprofiel, bewustwording en stappenplan	kwaliteitsscore(s) maken vergelijking mogelijk
7. kwaliteitszorg	kwaliteitszorg behoort tot mogelijkheden, vrijblijvend	kan deeluitmaken van kwaliteits-beheersingssysteem	kan basis zijn voor integrale kwaliteitszorg	kan deel zijn van informatiesysteem

2.2.3 *Beschouwing van de benadering van kwaliteit in de projecten*

Op grond van het bovenstaande kan de huidige benadering van kwaliteitsbewaking en -bevordering in verpleeghuizen worden geanalyseerd. Het is positief te noemen dat instellingen en individuele zorgverleners die zich bezig willen houden met een kwaliteitsverbetering van hun diensten, gebruik kunnen maken van zoveel verschillende methoden en instrumenten. Dit verhoogt de mogelijkheid dat betrokkenen het initiatief nemen om een kwaliteitsproject te starten en het vergroot de kans dat het project slaagt, omdat een organisatie een methode kan kiezen die past bij de specifieke problemen en belangstelling. Van sommige projecten bestaan meerdere varianten (Meetinstrument, Kwaldo) zodat een flexibele toepassing mogelijk is.

De projecten hanteren, uitgezonderd het Kwaldo-project, een (impliciete) definitie van kwaliteit. In de definities komt een subjectgebonden visie op kwaliteit naar voren, een opvatting die past binnen de moderne benadering. De afwezigheid van een definitie heeft als nadeel dat als ook anderszins een afbakening ontbreekt, in principe allerlei activiteiten op diverse uiteenlopende gebieden kunnen worden benoemd als 'activiteiten van kwaliteitsbewaking en -bevordering'. Het onderwerp onderscheidt zich dan niet echt van andere onderwerpen en bij

het Kwaldo-project rijst dan ook de vraag of het alleen om de kwaliteit van zorg gaat. Bij de Signaaltoets en het Meetinstrument wordt het terrein afgebakend door aspecten te benoemen, bij de Kwaliteitsprofielen door thema's te selecteren.

In alle projecten ligt het accent op het perspectief van de professionals. Het belang van het patiëntenperspectief wordt wel onderkend, maar de onderzoekers hebben gekampt met het probleem dat het perspectief van de bewoners op de zorg zeer moeilijk was te achterhalen. De oorzaak die ze hiervoor geven is in alle onderzoeken dezelfde: de bewoners zijn door hun geestelijke en/of lichamelijke aandoeningen nauwelijks in staat hun mening te verwoorden of vragen te beantwoorden. De conclusie die hieraan kan worden verbonden is dat het moderne principe van het patiëntenperspectief in het verpleeghuis niet gemakkelijk is te realiseren als gevolg van de kenmerken van de bewoners. Daarmee komt de empirische onderbouwing van de aspecten die in een project of instrument worden genoemd onder druk te staan: zijn de aspecten relevant voor medewerkers, voor patiënten of voor beiden?

Twee projecten (Signaaltoets, Meetinstrument) streven naar het klassieke doel de zorg te kunnen meten en de kwaliteit uit te drukken in een score. De twee andere (Kwaldo, Kwaliteitsprofielen) beogen een grotere bewustwording bij de medewerkers van kwaliteit. Als de nadruk ligt op de klassieke werkwijzen van meting en toetsing, is het de vraag of de projecten voldoende inzicht geven in de organisatie waarbinnen de zorgverlening tot stand komt, in het bijzonder de omstandigheden waaronder de medewerkers hun werk moeten doen. Het gebrek aan dieperliggende verklaringen is een voornaam reden dat er na de opsporing van tekortkomingen dikwijls geen verbetering volgt (Crombie and Davies 1993, p. 47). Tevens is het gevaar van deze projecten groter dat de betrokkenheid van de medewerkers laag is of dat ze zich door de metingen bedreigd voelen.

Mede als gevolg van de methodieken en procedures ligt het accent in de projecten op de meetbare aspecten van de zorg en 'tastbare' resultaten, zoals scores en profielen. Het effect daarvan is dat de technische en organisatorische elementen die gemakkelijker zijn vast te leggen meer op de voorgrond staan en dat aspecten als communicatie, bejegening en beleving naar de achtergrond verschuiven. De keuze van de onderwerpen kenmerkt zich in de huidige benadering door eenzijdigheid en dat kan het beeld van de oordeelsvorming over de kwaliteit verstoren, omdat de relationele aspecten, die een belangrijk deel van de zorg uitmaken, niet in het oordeel zijn opgenomen. In principe bieden al de projecten wel mogelijkheden om die aspecten te onderzoeken, maar dan zullen de huidige methoden gecombineerd moeten worden met andere.

Het is moeilijk te beoordelen of er nu in de instellingen al echt sprake is van integrale kwaliteitszorg, gebaseerd op de bedrijfskundige principes. Volgens Roseboom (1989) wordt de kwaliteitsvraag veelvuldig gesteld, maar is er van een geïntegreerde aanpak van verschillende onderdelen nog nauwelijks sprake. Deze bevinding komt overeen met die van andere onderzoekers (Boekholdt e.a. 1992). In de meeste gevallen lijkt het te gaan om projecten die al of niet gecontinueerd kunnen worden. De deelname van de medewerkers, wat wordt beschouwd als een

noodzakelijke voorwaarde voor de herhaling of voortzetting van de meeste projecten, is alleen bij de Kwaliteitsprofielen gewaarborgd. Bij de andere projecten is het zeer afhankelijk van de wijze waarop een project wordt geïntroduceerd en er binnen de organisatie bijvoorbeeld wordt omgegaan met vragenlijsten, metingen en scores.

In de Signaaltoets, de Kwaliteitsprofielen en het Meetinstrument, is de structuur van de kwaliteitscyclus te herkennen. Er worden onderwerpen geselecteerd, normen opgesteld, veranderingen geïnitieerd en vervolgens worden metingen verricht. Het is alleen de vraag of de cirkel wordt gesloten en of na de evaluatie opnieuw de stappen zullen worden doorlopen. De Signaaltoets en het Meetinstrument kunnen hun waarde pas bewijzen, als ze deel gaan uitmaken van een kwaliteitssysteem en op die manier bijdragen aan kwaliteitszorg.

De conclusie op basis van vier geanalyseerde projecten luidt dat de huidige benadering van kwaliteit van zorg in verpleeghuizen stoelt op een combinatie van klassieke en moderne principes, waarin de eerste de overhand hebben. Het zijn met name de elementen uit de moderne benadering, die de overgang bevorderen van afzonderlijke activiteiten naar integrale kwaliteitszorg. De klassieke benadering uit zich in opzet en uitvoering van de projecten door:

- keuze voor het perspectief van de medewerkers als ‘deskundigen’
- accentuering van metingen en toetsing
- eenmaligheid van projecten die geen deel uitmaken van kwaliteitszorg

De moderne benadering uit zich in de projecten in de volgende elementen:

- subjectgebonden visie op kwaliteit
- besef van het belang van het perspectief van patiënten
- cyclisch karakter van de projecten
- aandacht voor de betrokkenheid van medewerkers bij kwaliteitszorg

2.3 De benadering van kwaliteit in het onderzoek

Bij de vormgeving van het eigen onderzoek is rekening gehouden met de conclusie die is getrokken uit de analyse van de vier kwaliteitsprojecten. Op de eerste plaats zijn de instrumenten die voor de projecten zijn ontwikkeld niet bruikbaar voor het eigen onderzoek, omdat de toepassing daarvan geen antwoord op de onderzoeksvragen kan geven. Geen van de projecten kan worden gebruikt om inzicht te geven in de *leefwereld* van de verzorgenden zelf. Door de projecten kan geen diepgaande kennis worden verkregen van de problemen die verzorgenden ondervinden en die naar hun mening ervoor zorgen dat de kwaliteit achterblijft bij de verwachtingen. Tevens geven de projecten geen handreikingen om de strategieën van verzorgenden vast te stellen en inzicht daarin is nodig om eventuele beleidsmaatregelen bij de overwegingen en bestaande handelwijzen van verzorgenden te laten aansluiten.

Gezien het subjectgebonden karakter van het begrip kwaliteit, is het noodzakelijk om een perspectief te kiezen van waaruit naar kwaliteit zal worden gekeken. Er

wordt gekozen voor het *perspectief van de verzorgenden* in het verpleeghuis. Niet omdat zij worden gezien als degenen die op de eerste plaats het meest deskundig zouden zijn om een oordeel over de kwaliteit te vellen, maar omdat hun rol in het verpleeghuis heel erg groot is. Om die reden bestaat in de moderne benadering veel belangstelling voor de motivering, attitude en gedragingen van de medewerkers, die uiteindelijk de diensten leveren en de kwaliteit daarvan moeten realiseren (zie § 2.2.1). In het verpleeghuis waar de inbreng van een deel van de bewoners is beperkt als gevolg van lichamelijke of psychische beperkingen, neemt de invloed van de zorgverleners toe. In hoofdstuk 3 wordt op de positie en het perspectief van verzorgenden ingegaan vanuit de sociaal-wetenschappelijke invalshoek.

In vrijwel alle geanalyseerde projecten wordt kwaliteit geoperationaliseerd door aan de instelling en/of de zorgverlening aspecten te onderscheiden, die de belanghebbenden belangrijk vinden voor de kwaliteit. Deze zogenaamde *aspectbenadering* wordt ook in dit onderzoek gebruikt om het abstracte begrip kwaliteit onderzoekbaar te maken en zal worden toegelicht in de volgende paragraaf. Binnen de aspectbenadering zal de kwaliteit van zorg verder worden onderzocht door een aantal fasen te doorlopen, waarvan de uitwerking in § 2.3.2 staat.

2.3.1 De aspectbenadering van kwaliteit van zorg

Een aspectbenadering houdt in dat één of meer bij de zorg betrokken personen of groepen (bijvoorbeeld hulpvragers, hulpverleners, instellingen, zorgverzekeraars en overheid) aspecten naar voren brengen die zij vanuit hun perspectief relevant vinden voor de kwaliteit van zorg. De benadering maakt expliciet waardoor een belanghebbende zijn oordeel over de kwaliteit laat beïnvloeden. Nadrukkelijk wordt gezegd dat het om aspecten van zorg gaat die zij van invloed achten op de kwaliteit en niet om aspecten van kwaliteit als zodanig. Kwaliteit blijft een abstract begrip (Harteloh en Casparie 1991, p. 156).

Het doel van de uiteenrafeling van zorg in relevante aspecten is dat het concept 'kwaliteit van zorg' hanteerbaar wordt. Het resultaat van de benadering is een inventarisatie van aspecten waarvan een betrokkene zijn oordeel over de kwaliteit laat afhangen. Welke dat zijn is afhankelijk van het perspectief van degene die het oordeel velt. Voorbeelden van aspecten die dikwijls met kwaliteit in verband worden gebracht zijn continuïteit, toegankelijkheid, deskundigheid, bejegening, autonomie en veiligheid.

De aspectbenadering biedt de mogelijkheid om kwaliteit te expliciteren vanuit een bepaald perspectief en om per aandachtsgebied of per sector te komen tot een overzichtelijk geheel van relevante aspecten. Er zijn bijvoorbeeld aspectbenaderingen opgesteld vanuit verschillende perspectieven, zoals de aspectbenadering van de beroepsbeoefening (NRV 1986), van de instellingen (NRV 1990b), de aspectbenadering vanuit het patiëntenperspectief (Nederlands Centrum voor Democratische Burgerschapsvorming 1990; Nederlands Patiënten/Consumenten Federatie 1993) en vanuit beleidsoverwegingen en onderzoeksdoeleinden (Raad

voor Gezondheidsonderzoek 1990). Ook voor ieder onderwerp kan een aspectbenadering worden gemaakt, bijvoorbeeld voor de centrale intake van wijkverpleging en gezinsverzorging (Oostrom 1991) of de eerstelijnszorg (Groen e.a. 1990). Enkele opmerkingen over de benadering zijn noodzakelijk. In de eerste plaats vindt er om wille van de hanteerbaarheid een reductie van de complexe werkelijkheid plaats. Als er bijvoorbeeld voor wordt gekozen om alleen naar de relationele aspecten te kijken, verdwijnen andere mogelijk relevante aspecten naar de achtergrond. In de tweede plaats zijn de aspecten meestal niet concreet, maar algemeen geformuleerd. Daarom is nog een nadere specificatie nodig in het veld van toepassing en vanuit het gekozen perspectief. In de derde plaats zal een indeling of rubricering van genoemde aspecten altijd voor discussie vatbaar blijven. Wat de één als een relationeel aspect aanduidt kan de ander vanuit zijn referentiekader benoemen als een typisch organisatorisch aspect. Tot slot kunnen er conflicterende aspecten zijn: aandacht voor het één kan ten koste gaan van het ander. Dit impliceert dat met één handeling de kwaliteit zowel verbeterd als verminderd kan worden. Als duidelijk wordt aangegeven welke aspecten dat zijn en welke keuze gemaakt moet worden, kan dat veel duidelijkheid scheppen in het proces van de zorgverlening en de prioriteiten die worden gesteld.

De afbakening van deze studie vindt plaats door alleen de *relationele aspecten* van zorg, de aspecten die betrekking hebben op de sociale interacties tussen verzorgenden en bewoners, bij het onderzoek te betrekken. Vanuit de visie op kwaliteit bestaan daar twee argumenten voor. In de eerste plaats is er op dit moment weinig kennis over deze aspecten, terwijl ze toch een belangrijk deel van de verpleeghuiszorg uitmaken (zie § 1.4). Donabedian (1988, p. 1744) geeft als redenen voor het gebrek aan kennis over de sociale interactie in de hulp- en zorgverlening, de slechte verkrijgbaarheid van gegevens over het interpersoonlijk proces, de onvoldoende ontwikkeling van criteria en standaarden om elementen van dit proces te meten en de nog geringe kennis over de medische besluitvorming, zoals die binnen dit proces plaatsvindt. Dit hiaat in de kennis is een reden om juist onderzoek te doen naar enkele relationele aspecten.

Het tweede argument vloeit hieruit voort. Doordat deskundigen tot nu toe voornamelijk aandacht hebben gehad voor de technische en organisatorische aspecten van het handelen, zijn er veel initiatieven genomen om die kant van het werk te verbeteren. Daarentegen is er op het gebied van de relationele aspecten nog veel onbekend over de relatie tussen deze aspecten en het oordeel over kwaliteit en over de richting waarin moet worden gezocht om de relationele component van het handelen te verbeteren. Mogelijk zou daar dus nog een grote kwaliteitswinst zijn te behalen (Steffen 1988, p. 59).

De selectie van de relationele aspecten in het onderzoek wordt hier slechts kort genoemd, omdat in § 4.5 en in hoofdstuk 5 uitvoerig wordt uitgelegd hoe er te werk is gegaan. Op grond van een analyse van de hiervoor genoemde aspectbenaderingen, is een lijst gemaakt van relationele aspecten (zie bijlage I). Een keuze hieruit voor de specifieke sector van het verpleeghuis werd bemoeilijkt doordat de aspecten in algemene termen waren geformuleerd en niet uitsluitend door verzorgenden waren genoemd. De voorlopige aspecten zijn dan ook gebruikt als

richtsnoer voor de onderzoeker tijdens het empirisch onderzoek. Pas op basis van het empirisch onderzoeksmateriaal is definitief geïnventariseerd welke relationele aspecten vanuit het perspectief van verzorgenden relevant zijn voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg. Dat zijn er uiteindelijk zes geworden: bejegening, zelfstandigheid, aandacht, behulpzaamheid, privacy en continuïteit. De omschrijving en de betekenis die verzorgenden aan de begrippen toeschrijven zijn tot stand gekomen door een uitgebreide analyse van de onderzoeksgegevens.

2.3.2 De fasen van het onderzoeksmodel

Om de aspecten aan een onderzoek te onderwerpen worden vier fasen doorlopen. De behandeling van elke fase is terug te vinden in de opbouw van de hoofdstukken 5, 6, 7 en 8. In deze paragraaf wordt uitgelegd waaruit elke fase bestaat. De eerste fase bestaat uit de inventarisatie en gedetailleerde beschrijving van de aspecten van zorg, die verzorgenden belangrijk vinden voor de kwaliteit van de zorg aan bewoners. Bij de beschrijving komt aan de orde hoe de verzorgenden zich de gewenste situatie van de aspecten voorstellen. Essentieel bij deze stap is dat antwoord wordt gegeven op de vraag waarom verzorgenden bepaalde aspecten van zorg belangrijk vinden voor de kwaliteit. Dat gebeurt door te bestuderen hoe verzorgenden de situatie in het verpleeghuis definiëren. Die betekenis kan niet zomaar worden gekend, maar vergt intensief onderzoek van de leefwereld van de onderzochten.

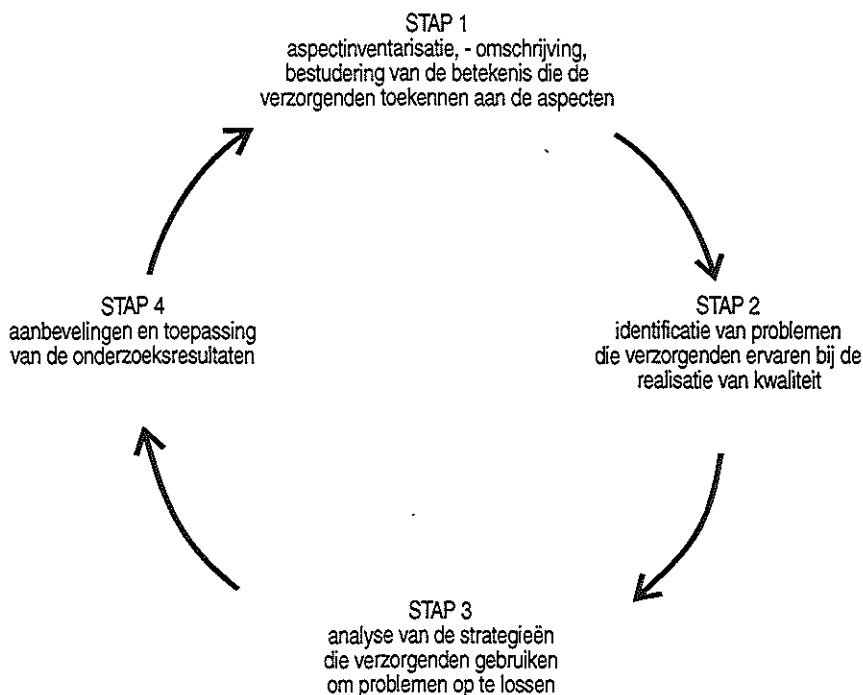
De tweede stap bestaat uit de identificatie van de problemen die verzorgenden ervaren bij de realisering van kwaliteit van de relationele aspecten. Problematische situaties doen zich voor als verzorgenden in de alledaagse situatie met een spanningsveld worden geconfronteerd, wat hen dwingt om een keuze te maken tussen de relationele en andere aspecten. Bij problemen gaat het altijd om moeilijke en complexe situaties, waarbij de keuze voor een bepaalde oplossing gewenste en ongewenste effecten heeft. In deze fase wordt ook aandacht geschonken aan het gewicht dat het probleem heeft voor verzorgenden en aan de aspecten die volgens hen door het probleem worden bedreigd. Deze fase wordt ook wel de 'diagnostische fase' genoemd.

De derde stap is de analyse van de strategieën die verzorgenden hanteren om met de problemen om te gaan. Problemen vragen van hen dat ze een bepaalde oplossing kiezen, zodat ze in de dagelijkse praktijk kunnen handelen. De vele verschillende tactieken die verzorgenden zich hebben eigen gemaakt zullen uitvoerig worden beschreven. In deze fase zal duidelijk worden dat als verzorgenden worden geconfronteerd met hetzelfde probleem, zij toch kunnen kiezen voor verschillende oplossingen. Zij doen dit vanuit een verschillende invulling van hun perspectief.

In de vierde en laatste stap wordt nagegaan welke mogelijkheden er zijn om de resultaten van het onderzoek toe te passen en zullen aanbevelingen worden geformuleerd om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Daarnaast zal worden gereflecteerd op de bruikbaarheid van de methodiek van de kwaliteitscyclus. De mogelijk-

heden van dit 'therapeutisch deel' komen in hoofdstuk 8 aan de orde. Schematisch zien de fasen er als volgt uit:

Figuur 2.2 De fasen van het onderzoeksmodel



2.4 Samenvatting

In dit hoofdstuk is het concept kwaliteit van zorg bestudeerd en zijn verschillende benaderingen van kwaliteit behandeld. Het begrip kwaliteit heeft een abstract karakter en is daarom moeilijk te definiëren en te operationaliseren voor wetenschappelijk onderzoek. Een studie van de verschillende kenmerken van kwaliteit leidde tot de keuze van een invalshoek, die bruikbaar is als leidraad voor het onderzoek. Kwaliteit wordt beschouwd vanuit het perspectief van verzorgenden in het verpleeghuis en ook vindt een afbakening van het onderwerp plaats door het te beperken tot de aspecten van zorg die zij relevant vinden voor kwaliteit van zorg.

Een definitie is meestal het begin van een reeks activiteiten om kwaliteit te gaan onderzoeken al dan niet met het oog op een kwaliteitsverbetering. Om het onderzoek van kwaliteit in deze studie beter te kunnen funderen, is een aantal projec-

ten van kwaliteitsbewaking en -bevordering in verpleeghuizen geanalyseerd. Daarbij is gebruik gemaakt van het onderscheid tussen de klassieke en de moderne benadering van kwaliteit. De bevinding was dat in de projecten uitgangspunten van beide benaderingen zijn terug te vinden, maar dat principes van de klassieke benadering domineren.

Het subjectgebonden karakter van het begrip kwaliteit noodzaakt tot een keuze voor een bepaald perspectief om naar kwaliteit te kijken. In deze studie is dat het perspectief van verzorgenden, omdat zij het grootste deel van de zorgverlening uitvoeren en dus naar verwachting ook veel invloed hebben op de wijze waarop de (kwaliteit van) zorg, de dienstverlening, vorm krijgt. Hun opvattingen over wat kwaliteit van zorg is voor de verpleeghuisbewoners, de problemen die ze ervaren bij hun streven naar kwaliteit en de oplossingen die ze voor de problemen kiezen, zullen bepalen hoe ze de dagelijkse zorg uitvoeren. Kennisvergaring over het denken en handelen van verzorgenden in het verpleeghuis, sluit aan bij de interesse die binnen de moderne benadering bestaat voor de attitude en de dienstverlening van de medewerkers in een organisatie.

Subjecten vormen hun oordeel over kwaliteit op basis van de relevante aspecten van hetgeen ze beoordelen. Dat gegeven is het uitgangspunt van de aspectbenadering, waarmee het mogelijk is om het concept kwaliteit van zorg hanteerbaar te maken. Het aantal aspecten dat in dit onderzoek wordt betrokken, is beperkt omdat alleen de relationele aspecten zullen worden bestudeerd. Deze selectie is gebaseerd op de analyse van de vier kwaliteitsprojecten en de literatuur, waaruit bleek dat de relationele aspecten onderbelicht zijn, terwijl ze een belangrijk deel van de totale zorg uitmaken en derhalve van belang kunnen zijn voor de kwaliteit van de zorg. Tevens leidt het tot de verwachting dat er op dit onontgonnen gebied kwaliteitswinst is te behalen.

Binnen de aspectbenadering wordt kwaliteit verder geoperationaliseerd door vier fasen te doorlopen. De eerste fase bestaat uit de inventarisatie en omschrijving van de afzonderlijke aspecten en uit de bestudering van de betekenis die verzorgenden aan deze aspecten toekennen. De kern van de tweede fase is de identificatie van problemen die verzorgenden ervaren bij hun poging kwaliteit te realiseren. In de derde fase wordt ingegaan op de strategieën en tactieken die verzorgenden hanteren om met de problemen om te gaan. De vierde fase tot slot bestaat uit aanbevelingen om de kwaliteit te kunnen verbeteren en uit een reflectie op de methodiek van de kwaliteitscyclus. Om met name de eerste drie fasen te doorlopen is kennis nodig van de sociaal-wetenschappelijke literatuur, omtrent de problemen waarmee personen werkzaam in instellingen hebben te kampen en de wijze waarop ze deze oplossen. Daarover gaat het volgende hoofdstuk.

3 Verpleeghuizen en verzorgenden vanuit een sociologisch perspectief

3.1 Inleiding

In de loop der jaren is er veel kritiek geweest op de kwaliteit van het functioneren van de verpleeghuizen, al is er in Nederland nooit zulk scherp commentaar geweest als bijvoorbeeld in de Verenigde Staten. In 1977 verscheen daar het boek *Too old, too sick, too bad: nursing homes in America* (Moss and Halamandaris 1977) en drie jaar later *Unloving care: the nursing home tragedy* (Vladeck 1980). De laatste publikatie kan worden gezien als een felle aanklacht tegen de Amerikaanse overheidsregulering en beleidsvoering aangaande verpleeghuizen. Vladeck geeft onder meer de volgende kritiek:

'It is a documented fact that nursing home residents tend to deteriorate, physically and psychologically, after being placed in what are presumably therapeutic institutions. (...) Thousands of facilities in every state of the nation fail to meet minimal government standards of sanitation, staffing, or patient care.' (Vladeck 1980, p. 3)

De auteur constateert dat in de jaren zeventig de situatie wel is verbeterd, maar hij blijft van mening dat de kwaliteit van de verpleeghuiszorg over het algemeen onvoldoende is:

'The increasingly small proportion of truly horrible nursing homes may be less distressing in the aggregate, though, than the quality of life in the thousands that meet the minimal public standards of adequacy. In these, residents live out the last of their days in an enclosed society without privacy, dignity, or pleasure, subsisting on minimally palatable diets, multiple sedatives, and large doses of television – eventually dying, one suspects, at least partially of boredom.' (ibid, p. 4)

In Nederland was zoals gezegd het commentaar minder heftig en milder van aard. De Amerikaanse verpleeghuizen zijn dan ook niet zonder meer te vergelijken met de Nederlandse. Critici merkten op dat bewoners in verpleeghuizen niet tot hun recht konden komen, dat ze onderworpen waren aan een strenge orde en dat het met de privacy, de inspraak en de autonomie niet zo goed was gesteld. De

'dubbele taak' van de verpleeghuizen, waarmee de combinatie van behandel- en woonfunctie en de veelal lange verblijfsduur van de bewoners werd bedoeld, leidde tot een bezinning over de invloed van het langdurig verblijf op het welzijn van de bewoners (Van der Wulp 1986, p. 23).

Veelvuldig werd bij de bestudering van het verpleeghuis verwezen naar het belangwekkende essay *On the characteristics of total institutions* van de Amerikaanse socioloog Erving Goffman, dat was opgenomen in *Asylums* (1968).¹ Onder totale instituties verstond hij kort gezegd, instellingen met een omvattend karakter, waar een relatief kleine staf toezicht hield op een grote groep bewoners (*inmates*). Op basis van literaire bronnen en empirisch onderzoek, gaf Goffman een scherpe analyse van de gebeurtenissen die zich in totale instituties afspeelden. Hij signaleerde karakteristieke gedragingen en aanpassingsstrategieën van de bewoners, maar belangrijk was ook de positie die hij de stafleden toekende en de beschrijvingen die hij gaf van hun methoden en procedures om de bewoners te besturen en te controleren.

Goffman's werk was aanleiding en inspiratiebron voor onderzoekers in het onderzoeksveld van de verpleeghuizen, om na te gaan in hoeverre verpleeghuizen overeenkomsten vertoonden met zijn beschrijvingen. Daarom zal zijn publikatie als leidraad dienen om de Nederlandse (sociaal-wetenschappelijke) literatuur over verpleeghuizen te beschouwen. Een overdenking over de toepasbaarheid van het begrip 'totale institutie', heeft als voornaamste doel zicht te krijgen op de meningen over de positie en de problemen van de staf in het verpleeghuis. Dit is voor het onderzoek relevant, omdat van daaruit veel beter het perspectief van de verzorgenden en verplegenden in het verpleeghuis kan worden begrepen.

Aan het eind van dit hoofdstuk zullen enkele begrippen worden omschreven, die het mogelijk maken om kwaliteit vanuit de invalshoek van de verzorgenden te analyseren. Naast het begrip strategie dat daarin centraal staat, komen aanverwante begrippen aan de orde, zoals perspectief en tactiek.

3.2 Het verpleeghuis als totale institutie?

3.2.1 *Totale instituties*

Wat Goffman boeit aan totale instituties zoals gevangenissen, kloosters, concentratiekampen, kazernes, psychiatrische inrichtingen en tehuizen voor hulpbehoevende bejaarden, is dat zij alle het gemengde karakter bezitten van een formele organisatie en een leefgemeenschap. Dit is ook de reden dat hij ze niet aanduidt met de term organisatie, maar met de term institutie. Het bijvoeglijk naamwoord 'totale' heeft betrekking op de veelomvattendheid van de instituties, dat hij ziet als hun meest wezenlijke kenmerk. De omvattendheid uit zich symbolisch in gesloten deuren of in een afscheiding van bossen of water, die een barrière vormen

1 In dit proefschrift is de vertaling uit 1977 gebruikt.

ten aanzien van sociaal contact met de buitenwereld (Goffman 1977, p. 13). Totaliteit of omvattendheid houdt in dat de grenzen die de levenssferen (slapen, werken, vermaken) gewoonlijk scheiden, zijn verdwenen. Alle aspecten van het leven voltrekken zich op dezelfde plaats, onder hetzelfde gezag en in gezelschap van een groot aantal anderen, die allen gelijk worden behandeld en dezelfde dingen samen moeten doen. De fasen van de dagelijkse activiteiten zijn strak geschematiseerd waarbij de ene activiteit op een van te voren vastgesteld tijdstip overgaat in de volgende. De hele volgorde wordt bepaald door een systeem van expliciete formele regels (ibid, p. 15).

Volgens Goffman maken de activiteiten en regels deel uit van een enkel alomvattend plan dat bewust is ontworpen om de officiële doeleinden van de institutie te vervullen. Om het plan uit te voeren, vindt bureaucratische besturing van grote groepen mensen plaats door een relatief kleine staf. Dit impliceert dat supervisie kan plaatsvinden door personeel, waarvan de kerntaak bestaat uit toezichthouden of een ieder doet wat hem is opgedragen en wat van hem wordt verwacht. Deze manier van controle uitoefening, leidt tot een scheiding tussen de staf en de bewoners (ibid, pp. 15-17).

Om een aanpassing van het individu aan de regels in de gemeenschap te realiseren, wordt de identiteit van een persoon systematisch gemortificeerd. Goffman bedoelt daarmee een proces waarbij de persoon tot een nummer, een ding wordt gemaakt en zijn oude rollen en zelfbeeld verliest. De staf maakt daarvoor gebruik van allerlei tactieken, zoals strenge entreeprocedures, gedwongen afgifte van persoonlijke eigendommen, sanctionering, verplichting tot deelname aan groepsactiviteiten, systematische schending van de privacy, handhaving van een strenge dagorde, gelijke behandeling van alle bewoners en het behouden van een grote afstand tussen staf en bewoners (ibid, pp. 15-35).

Bewoners kunnen hier met verschillende aanpassingsvormen op reageren: ze kunnen zich terugtrekken in de eigen situatie; ze kunnen rebelleren en openlijk weigeren om met de staf mee te werken; ze kunnen zoveel mogelijk voldoen aan de gestelde eisen met het doel privileges te verkrijgen; ze kunnen de institutie 'koloniseren' en de situatie accepteren; ze kunnen zich opportunistisch gedragen en een combinatie van verschillende aanpassingen kiezen die op het moment het best is.

In zijn inleiding op de vertaling van *Total institutions* noemt Van Doorn de vergelijking van de diverse organisatietypen 'boosaardig' (Van Doorn in: Goffman 1977, p. 2). Goffman wijst immers op overeenkomstige processen en patronen tussen bijvoorbeeld concentratiekampen, psychiatrische ziekenhuizen en tehuisen voor bejaarden. Dat hij daarbij opmerkt dat geen enkele institutie precies past in het door hem weergegeven profiel, neemt niet weg dat de instituties die hij noemt een groot aantal van de eigenschappen in sterke mate vertoont. Zeker voor welzijnsinstellingen met een humanitair karakter, is het niet vleidend om als totale institutie te worden aangeduid, hetgeen tevens de aanleiding vormde voor verschillende onderzoekers om na te gaan of een verpleeghuis beschouwd moet worden als een totale institutie of niet.

De achterliggende vraag is hier of in verpleeghuizen sprake is van mortificatie van

de persoonlijkheid van de bewoners en welke rol de staf daarin speelt. Volgens Goffman treedt de inperking van de persoonlijkheid in alle totale instituties op, wat hij ziet als het gevolg van de 'pogingen om de dagelijkse activiteit van een groot aantal mensen in een kleine ruimte met beperkte middelen, in de hand te houden'. (Goffman 1977, p. 43) In zijn essay kent hij aan de staf een onderdrukkende rol toe, die gepaard gaat met vernederende machtsuitoefening en soms terreur. Met het oog op de gestelde vraag zal de visie van enkele relevante auteurs op de situatie van Nederlandse verpleeghuizen worden besproken.

3.2.2 De rol van de staf in een 'totale institutie'

Verschillende auteurs hebben onderzocht in hoeverre de aangereikte kenmerken van totale instituties, opgaan voor het verpleeghuis. Om hierover een uitspraak te doen gebruikt Van den Heuvel (1977, p. 31) tien aan de literatuur ontleende criteria: de duur van het verblijf; de oriëntatie en schematisering van de activiteiten; de verspreiding van informatie; de mogelijkheid tot het bezit van persoonlijke eigendommen en de besluitvorming over gebruik van privé-eigendom; de mate waarin de staf de bewoners observeert; het sanctiesysteem; het rekruterings- en woonpatroon. Toepassing van de criteria leidt tot de conclusie dat verpleeghuizen 'hoog scoren', dat wil zeggen in sterke mate gelijken op een totale institutie. Naafs (1987, pp. 90-106) bevestigt de overeenkomst tussen een groot aantal facetten van de leefsituatie in de huidige verpleeghuizen en het door Goffman geschilderde beeld in een totale institutie. Hij wijst op de relatieve geslotenheid, de strakke schematisering van activiteiten, de scheiding tussen bewoners en staf en het gebrek aan privacy.

Vervolgens gaat Van den Heuvel in op de gevolgen voor de bewoners van het verblijf in een verpleeghuis. Hij constateert dat naast een aantal positieve effecten voor de patiënten, zoals deskundige verpleging en goede voeding, voornamelijk negatieve effecten zijn vastgesteld, zoals apathisch gedrag, verlies van contacten en afhankelijkheid (Van den Heuvel 1977, p. 35). Ook Naafs wijst op de minimale hoeveelheid activiteiten van de bewoners, waardoor het lijkt alsof ze wachten op iets ('wachtgedrag') (Naafs 1987, p. 96). Beide auteurs beschouwen dit gedrag niet als het resultaat van doelbewuste acties van het personeel om het zelfbeeld van bewoners teniet te doen.

Van der Wulp (1986) heeft een andere mening over de rol van de staf in verpleeghuizen. Vanuit een psychologische invalshoek heeft de onderzoeker bestudeerd, hoe de identiteit en het welbevinden van de bewoners worden beïnvloed door de chronische aandoeningen en het langdurig verblijf op een verpleegafdeling. In zijn visie komen de grootste problemen van bewoners niet voort uit het verblijf in een instelling, maar uit de aard van hun aandoeningen. Bewoners ervaren persoonlijke conflicten, omdat ze moeten leren omgaan met permanente beperkingen, zijn aangewezen op hulp van anderen en omdat ze veelal beseffen dat ze een beperkte toekomst hebben.

Van der Wulp relateert op grond van deze bevinding het belang van het leefkli-

maat en de staf voor het welbevinden van de bewoners. Wel zou het verpleeghuis een neutraliserende werking op de conflicten kunnen hebben, als bewoners de mogelijkheid wordt geboden doelen na te streven die binnen hun bereik liggen. Verzorgenden die zich van die functie bewust zijn, kunnen behulpzaam zijn bij het bereiken van die doelen. Maar zij zijn volgens de auteur meer 'een hulpmiddel' voor de bewoners om hun problemen hanteerbaar te maken.

Terwijl de hiervoor aangehaalde auteurs de nadruk leggen op de situatie van de bewoners, heeft Ten Have (1979) de relatie tussen de staf en de patiënten in het verpleeghuis onderzocht. Hij is daarbij geïnspireerd door Goffman en demonstreert aan de hand van uitgebreide interviews dat de staf en de bewoners ook na langdurig verblijf van de patiënt, geen zinvolle relaties met elkaar zijn aangegaan. Het verpleeghuis blijft voor bewoners onvertrouwd. In wezen bevestigt hij daarmee de brede kloof tussen de staf en de *inmates*, die door Goffman is waargenomen.

Een belangrijk verschil is dat Ten Have de verklaring hiervoor niet zoekt in onderdrukking en machtsuitoefening, maar in gescheiden zingevingsgebieden van beide partijen. Bewoners en stafleden hebben een totaal verschillende interpretatie van de situatie, waardoor het niet mogelijk is dat zij samen een zinvolle relatie opbouwen. Bovendien moeten verzorgenden zichzelf beschermen tegen een te grote emotionele betrokkenheid, omdat ze anders het psychisch en lichamelijk zware werk niet vol kunnen houden.²

De jurist Kelk (1983) vindt dat verpleeghuizen grote overeenkomst vertonen met totale instituties en analyseert de positie van de individuele medewerkers in een omvattende organisatie. Na een korte beschrijving van wat zich afspeelt in totale instituties, wijst hij op het volgende:

'Dit alles, zo is ook uit Goffman's beschouwingen af te leiden, geschiedt niet door bewust toedoen van functionarissen, maar ontstijgt grotendeels aan hun eigen wil: er is sprake van een min of meer dwingende, veelal bureaucratisch gestuwde, inrichtingscultuur, door Goffman aangeduid met "inrichtingsdoctrine", krachtens welke de gang van zaken zich volgens welhaast ijzeren wetmatigheden lijkt te voltrekken.' (Kelk 1983, pp. 12-13)

De dwang die de staf uitoefent in bepaalde situaties ontstijgt dus volgens deze auteur de individuele wil en heeft te maken met de wijze waarop de instelling is georganiseerd. De eisen van de organisatie komen volgens Kelk deels voort uit de humanitaire doelstellingen die elke totale institutie in meer of mindere mate heeft en de daarmee samenhangende professionele-hulpverlenende elementen, zoals de resocialisatie van gevangenen en de hulpverlening aan patiënten in psychiatrische ziekenhuizen. Deze elementen kennen volgens hem naast aspecten

2 De consequentie die Hattinga Verschure uit deze conclusie trekt, is dat het bestaande zingevingsgebied van de patiënt zoveel mogelijk in takt moet blijven. Dat kan volgens hem alleen worden verwezenlijkt in een verpleeghuis waar plaats is voor zelfzorg en mantelzorg door familie (Hattinga Verschure 1979, p. 217).

van weldoen, welzijn en bevrediging van individuele behoeften, ook aspecten van dwang en pressie (ibid, p. 12).

Uit het bovenstaande komt naar voren dat in totale instituties moeilijk te verenigen elementen zijn, zoals tussen humanitaire doelstellingen en efficiëntie van de organisatie, wat bij de stafleden een spanningsveld kan oproepen. Hiermee raakt Kelk een van de wezenskenmerken van het begrip totale institutie, namelijk de noodzaak van personeelsleden om door schipperen en strategisch gedrag een oplossing te vinden voor ambivalentie en tegenstellingen in totale instituties:

‘Het sterkst geldt dit voor het lagere personeel. Bij het werken met mensen moeten de stafleden bij voortduring schipperen tussen het hanteren van erkende maatstaven van humaniteit, het toegeven aan eisen van institutionele efficiency en het uit zelfbescherming bewaren van afstand tegenover een al te grote emotionele betrokkenheid bij de problemen der geïnstitutionaliseerden. Zulks kan – nogmaals – moeilijk bevorderlijk zijn voor het realiseren van de ideële doeleinden van de institutie.’ (Kelk 1983, p. 12)

Met dit inzicht bevindt Kelk zich op één lijn met Goffman, die eveneens de noodzaak van strategisch gedrag van stafleden accentueert, in reactie op de fundamentele spanning tussen efficiëntie en humaniteit. Hoewel het Goffman bij de laatste component niet direct lijkt te gaan om de feitelijke realisering daarvan, maar om de indruk te vestigen dat dwang op grond van humane maatstaven is te verantwoorden:

‘Die leden van de staf die in voortdurend contact staan met de bewoners zullen ook vinden dat zij een tegenstrijdige taak hebben waarbij ze enerzijds de bewoners tot gehoorzaamheid moeten dwingen en anderzijds de indruk moeten wekken dat er humane maatstaven worden gehanteerd en de rationele doeleinden van de institutie worden gerealiseerd.’ (Goffman 1977, p. 75)

In het verpleeghuis is een problematische verhouding tussen enerzijds de institutionele doelmatigheid en zelfbescherming van de personeelsleden, anderzijds de realisering van menselijke zorgverlening en persoonlijke betrokkenheid van het personeel. Geformuleerd vanuit dit spanningsveld zal de nadruk op doelmatigheid en zelfbescherming, concentratie op de technische handelingen, efficiëntie en afstand ten opzichte van de bewoners met zich meebrengen. Het accent op de bewonergerichte zorg en betrokkenheid, houdt dan in dat de uitvoering van de technische taken wordt afgestemd op de specifieke situatie en behoeften van de bewoners en dat werkzaamheden worden uitgevoerd die speciaal zijn gericht op de begeleiding van de bewoners en de situatie waarin ze zich bevinden.

De conclusie uit het bovenstaande is dat de bevindingen van Van den Heuvel en Naafs het rechtvaardigen om te stellen dat het verpleeghuis op een totale institutie lijkt. Dit is aanleiding om de oorspronkelijke vraag of het verpleeghuis een to-

tale institutie is, te transformeren in de vraag hoe de teamleden, de verzorgenden, omgaan met het spanningsveld dat het werken in het verpleeghuis met zich meebrengt. De wijze waarop verzorgenden de spanning tussen doelmatigheid en zelfbescherming enerzijds en humane (bewonergerichte) zorgverlening en betrokkenheid anderzijds, in de dagelijkse situatie hanteren, nodigt uit tot een diepgaand onderzoek naar de betekenissen die zij aan de situatie toekennen en naar de strategieën die ze hanteren om de problemen op te lossen die uit het spanningsveld voortvloeien.

Niet alleen zijn de problemen waarvoor verzorgenden zich geplaatst zien vanuit sociaal-psychologisch oogpunt zeer interessant, maar het wordt ook steeds duidelijker dat hun interpretatie van de werksituatie en de keuzen die zij daarin maken om problemen op te lossen, bepalen hoe de dagelijkse verpleeghuiszorg vorm wordt gegeven en of er kwaliteit van zorg wordt gerealiseerd (zie hoofdstuk 2). Daarom is gekozen om de verpleeghuiszorg te bestuderen vanuit het gezichtspunt van de verzorgenden. Om de studie mogelijk te maken, zullen in de volgende paragraaf eerst de begrippen worden uiteengezet die daarbij nodig zijn.

3.3 De begrippen perspectief en strategie

In het voorgaande is aan de orde geweest dat het perspectief van de verzorgenden centraal zal staan in dit onderzoek naar de kwaliteit van zorg. Alhoewel in de literatuur over de kwaliteit van zorg, perspectief gelijkgesteld wordt aan invalshoek, positie of visie, is het toch zinvol om langer bij dit belangrijke begrip stil te staan en na te gaan welke definities in omloop zijn. Shibutani geeft de volgende definitie:

'A perspective is an ordered view of one's world – what is taken for granted about the attributes of various objects, of events and of human nature. The environment in which men live is an order of things remembered and expected as well as things actually perceived. It includes assumptions of what is plausible and what is possible; it constitutes the matrix through which one perceives his environment.' (Shibutani 1978, p. 110)

Volgens deze omschrijving is een perspectief een geordende visie op de omringende wereld waarin men leeft en verschaft het een interpretatiekader voor ervaringen van het individu. Daardoor kan het dienst doen als uitgangspunt voor het handelen. Het begrip heeft in deze definitie een grote reikwijdte (*view of one's world, the attributes of various objects, of events and of human nature*). In dit onderzoek zal de omvattendheid van het gebied waarop de definitie betrekking heeft, worden ingeperkt tot het domein dat voor het onderzoek belangrijk is. Dat zijn de voor verzorgenden relevante elementen in hun werksituatie, zoals de omstandigheden waaronder ze werken, de bewoners waar ze mee omgaan, hun ideeën over kwaliteit van zorg, de opvattingen over problemen daarbij en over adequate oplossingen.

Deze aanpassing accentueert ook de veranderlijkheid van het perspectief, terwijl de omschrijving van Shibutani juist het onveranderlijke benadrukt (iemand's 'mensbeeld' is betrekkelijk stabiel en weinig aan verandering onderhevig). De veranderlijkheid van het perspectief sluit aan bij de interpretatie die Becker c.s. (1961) aan het begrip geven. Volgens deze onderzoekers treedt een wijziging op in het perspectief onder de druk van problematische situaties voor een individu of een groep. Problemen kunnen worden beschouwd als situaties die keuzen vereisen van de betrokkenen om adequaat te kunnen handelen.

De auteurs illustreren dit in hun klassieke studie *Boys in white*. In dit onderzoek wordt beschreven hoe geneeskundestudenten gedurende de opleiding omgaan met het probleem van de grote hoeveelheid studiestof. De ontwikkeling in de wijze waarop de studenten naar dit probleem kijken en het oplossen, wordt uiteengezet aan de hand van de veranderingen die optreden in het perspectief in de verschillende stadia van hun studie.

In het beginnersperspectief van de eerste periode aan de faculteit trachten studenten zonder selectie zich alle voorgeschreven leerstof eigen te maken. Maar als blijkt dat de hoeveelheid stof zo omvangrijk is dat ze binnen de gestelde termijn niet bestudeerd kan worden, vindt een verandering plaats in het perspectief. Langzamerhand dringt dan het besef door dat het niet nodig is alle leerstof te beheersen om voor tentamens te slagen. Het beginnersperspectief wordt vervangen door het tussentijds perspectief, waarbij studenten op zoek gaan naar aanwijzingen over de belangrijke en minder belangrijke delen van de leerboeken. Van het eindperspectief dat zich tenslotte ontwikkelt, maakt de opvatting deel uit dat ze slechts hoeven te leren wat de docenten relevant vinden. Ze selecteren leerstof, college's en practica waarvan is gebleken dat de docenten ze belangrijk vinden en zullen toetsen tijdens de tentamens.

In het tweede deel van het boek beschrijven de onderzoekers beroepsperspectieven, die zijn gericht op de oplossing van de problemen tijdens de co-schappen in de kliniek, zoals het dragen van verantwoordelijkheid voor de gezondheid van anderen, de omgang met patiënten en de frequente overhoringen over de opgedane ervaring. De individuele studenten uit een bepaald jaar, worden telkens als groep geconfronteerd met een bepaald probleem, dat zich voordoet in een bepaalde fase van de artsenopleiding. De onderzoekers nemen waar dat er tussen de studenten veel wordt gepraat over de problemen en de voorlopige antwoorden op de vraag naar de betekenis van gebeurtenissen. Daarmee tonen ze aan hoe zich volgens hen een groepspectief kan ontwikkelen, dat door vrijwel alle studenten wordt gedeeld.

Becker c.s. gaan in hun studie uit van een perspectief dat specifiek is voor de situatie:

'Perspectives are patterns of thought and action which have grown up in response to a specific set of institutional pressures and serve as a solution to the problems those pressures create.' (Becker e.a. 1961, p. 36)

Bij een vergelijking tussen de definities van Shibutani en Becker c.s., is naast het

verschil in reikwijdte en veranderlijkheid nog een opmerkelijk verschil te constateren. Van de definitie van Shibutani maakt uitsluitend de gedachtenwereld deel uit, terwijl bij Becker c.s. zowel de gedachten als de handelingen tot het begrip worden gerekend (*thought and action*). De laatsten breiden de oorspronkelijke betekenis uit, omdat zij menen dat handelingen en achterliggende gedachten moeilijk zijn te onderscheiden in een empirisch onderzoek zoals zij dat uitvoeren. De actoren zelf zijn zich volgens hen soms niet eens bewust van het verband tussen hun daden en gedachten.

Hier zal onder het begrip perspectief alleen de gedachtenwereld worden verstaan. De uitbreiding van de inhoud van het begrip door Becker c.s., wordt door Nievaard (1986) aan de orde gesteld in zijn beschouwing over perspectieven. Volgens deze auteur is een methodisch moeilijk probleem, geen voldoende geldig argument om de betekenis van het begrip uit te breiden. Met deze interpretatie van het begrip perspectief, blijft de betekenis bovendien dicht bij wat Shibutani onder een perspectief verstaat.

Het handelen van individuen zal met het begrip strategie worden aangeduid. Alhoewel dit begrip en daarmee verwante termen vaak voorkomen in de sociaal-wetenschappelijke literatuur en met name in onderzoeken vanuit het symbolisch interactionistisch perspectief, is het nauwelijks omschreven. Dit in tegenstelling tot de organisatiekunde waar vele definities beschikbaar zijn van wat in een organisatie onder een strategie of strategisch gedrag moet worden verstaan (bijvoorbeeld Quinn e.a. 1988; Verkaar 1991). Lofland (1978) zegt over het ontbreken van omschrijvingen op dit gebied:

'Attuned as interactionists are to social life as a constructed product of active humans, a number of similar terms and styles that refer to a single stance have begun to creep into their studies and essays. Terms that denote this stance have included the following: *management, strategies, tactics, devices, mechanisms, maneuvers, strategems, practices* [cursivering HRB]. These terms are used vis à vis those aspects of social locations, more or less amenable to control, that are acted upon or toward by persons so as to effect some desired outcome.' (Lofland 1978, p. 405)

De begrippen die Lofland opsomt, duiden alle op de sturing en beheersing door personen van elementen in de omgeving met het doel gewenste uitkomsten te bereiken. Silverman (1974) is één van de weinigen die een duidelijke omschrijving geeft van een strategie op het interactioneel niveau. In zijn definitie legt hij evenals Lofland de nadruk op het bereiken van gewaardeerde doelen:

'Men kan van een actor zeggen dat hij een strategie gebruikt, wanneer hij *geregeld* handelt in overeenstemming met een vaststaande opvatting over hetgeen waarschijnlijk een response van andere actoren teweeg zal brengen, die gunstig is voor verscheidene van zijn gewaardeerde doeleinden ...' (ibid, p. 203)

Silverman maakt verder onderscheid tussen een strategie en een tactiek. In vergelijking met een strategie is een tactiek concreter en gericht op een kleiner gebied.³ Van een strategie kunnen meer tactieken deel uitmaken, die elk minder omvattend zijn. Zowel Lofland als Silverman gaan met hun definitie van strategie uit van een actor, of dat nu een organisatie of een individu is, die rationeel de beschikbare middelen inzet om zijn doeleinden te bereiken. Het handelen van een actor is vanuit hun opvatting altijd een response op de handelingen of verwachte handelingen van anderen.

In dit onderzoek zijn de reacties van andere actoren als zodanig niet zo relevant, wel hun functie als referente anderen of referentiegroepen (Shibutani 1978, p. 110). Deze referentiegroepen zijn van groot belang voor het perspectief op de (werk)situatie, dat zich bij de onderzochte groep verzorgenden ontwikkelt. Hiervan uitgaande is voor de definiëring van het begrip strategie bij Nievaard (1986) aangesloten, die hetzelfde uitgangspunt heeft. Onder een strategie wordt dan verstaan:

Een strategie is een patroon van activiteiten dat een actor regelmatig gebruikt om met (problematische) situaties om te gaan, daarbij refererend aan de gebruikelijke en geïnstitutionaliseerde wijze van voelen, denken en handelen in zulke situaties.

In deze omschrijving komt geen causale relatie tussen perspectief en strategie naar voren, maar wel een verwijzing naar de samenhang tussen beide begrippen. De functie van referentiegroepen bij de ontwikkeling van het perspectief van een groep en de strategieën die daarmee corresponderen, zal in het onderzoek worden geïllustreerd door de ontwikkeling van leerling-ziekenverzorgenden te beschrijven (§ 7.2). Daarin zal duidelijk worden dat ze zich na verloop van tijd met hun gedrag steeds meer gaan richten op de reacties van hun collega's in plaats van op de reacties van de bewoners. Tijdens hun socialisatieperiode verandert hun perspectief op het werken in een team, op 'goede zorg' en op de dagelijkse problemen en nemen ze geleidelijk de werkwijzen en oplossingen over die hun collega's gebruiken.

3.4 Conclusie

In hoofdstuk 2 is de keuze gemaakt om kwaliteit van zorg te benaderen vanuit het perspectief van de verzorgenden in het verpleeghuis. Dit standpunt is beïnvloed door de moderne benadering van kwaliteit, waarin veel aandacht wordt besteed aan degenen die de zorg uitvoeren. De gedachtengang daarbij is dat zij bepalen

3 Silverman's definitie van tactiek luidt: 'Een tactiek heeft betrekking op een bepaalde koers van actie, die slechts in één situatie gevolgd kan worden en die bedoeld is om een enkel afgeperkt doel te bereiken.' (Silverman 1974, p. 203).

op welke wijze de zorg wordt verleend en dat ze als gevolg daarvan ook verantwoordelijkheid hebben voor de kwaliteit van zorg.

Om over de plaats van verzorgenden in het verpleeghuis en hun perspectief meer te weten te komen, is de sociologische literatuur bestudeerd. De Nederlandse literatuur over verpleeghuizen is sterk beïnvloed door de noties van Goffman over totale instituties. Veel onderzoekers hebben zich de vraag gesteld of het verpleeghuis een totale institutie is, wat de positie van de staf daarin is en hoe de gedragingen van de stafleden geïnterpreteerd moeten worden.

De conclusie van het grootste deel van de onderzoeken is dat het verpleeghuis in grote mate overeenkomst vertoont met een totale institutie. Zo scoort het verpleeghuis hoog op criteria, waarmee kan worden vastgesteld in hoeverre een instelling een totale institutie is. Tevens constateren onderzoekers apathisch, teruggetrokken en afhankelijk gedrag bij verpleeghuisbewoners, al wordt het door hen niet direct beschouwd als een effect van systematische mortificatie door de stafleden.

Op grond van deze uitkomst is het interessanter om de oorspronkelijke vraag of het verpleeghuis een totale institutie is, te veranderen in de vraag welke rol de staf heeft in het verpleeghuis als 'totale institutie'. Op welke wijze gaat de staf om met de spanningsvelden en de problemen die het werken in het verpleeghuis oproept, in het bijzonder met de spanning tussen enerzijds de realisering van bewonergerichte zorg en persoonlijke betrokkenheid en anderzijds de institutionele doelmatigheid en de noodzaak afstand te bewaren om zichzelf emotioneel te beschermen. De uitkomst van deze vraag is relevant met het oog op het doorlopen van de tweede en de derde fase van het onderzoeksmodel (§ 2.3.2), waarin de problemen en de strategieën van verzorgenden centraal staan.

Om dit verder te kunnen analyseren zijn allereerst de begrippen perspectief, strategie en tactiek uitgewerkt. Na vergelijking van de verschillende definities die van perspectief in omloop zijn, is gekozen voor de definitie van Shibutani, zij het met een aanpassing van het domein waarop de omschrijving betrekking heeft. Van het begrip strategie bestaan weinig omschrijvingen die in dit onderzoek gebruikt zouden kunnen worden, zodat zelf een omschrijving is geformuleerd. In het volgende hoofdstuk wordt beschreven welke onderzoeksmethode is gebruikt om het perspectief en de strategieën van verzorgenden te onderzoeken.

4 Onderzoeksmethode en uitvoering

4.1 De gefundeerde theorie benadering

De vraagstelling van het onderzoek is bepalend geweest voor de keuze van de gefundeerde theorie benadering, zoals deze is ontwikkeld door Glaser en Strauss in hun publikatie *The discovery of grounded theory* (1967). De benadering is sterk verbonden met de interpretatieve stromingen in de sociale wetenschappen, zoals het symbolisch interactionisme, de fenomenologie en de etnomethodologie.

Vanuit de gefundeerde theorie benadering wil de onderzoeker zoveel mogelijk aansluiten bij het perspectief van degenen die hij onderzoekt. Hij wil hun definitie van de situatie leren kennen (*Verstehen*) en inzicht krijgen in het gedrag dat zij op grond van de betekenissen vertonen¹. Daarvoor moet de onderzoeker over het vermogen beschikken om zich te verplaatsen in de positie van een individu of groep (*role-taking*) (Wester 1991, p. 26). Een beschrijving van de ervaren werkelijkheid alleen is meestal niet het enige doel van dit type onderzoek. In kwalitatief onderzoek gaat het altijd om beschrijving (reconstructie) en om interpretatie van de ervaren werkelijkheid in het licht van de vraagstelling (Wester en Maso 1991, p. 8).

Bij de methode van de gefundeerde theorie ligt het accent op de ontwikkeling van theoretische inzichten uit de gegevens, zodat de theorie is gefundeerd in de data (Glaser and Strauss 1967, p. 1). Op die manier willen Glaser en Strauss de vorming mogelijk maken van nieuwe theorieën, die passen bij het veld van onderzoek. Bij deze inductieve werkwijze ligt het primaat bij de gegevens en moeten de inhoud van de begrippen en de relaties daartussen door het empirisch onderzoek worden vastgesteld.

Om de leefwereld van de onderzochten te leren kennen, moet zoveel mogelijk direct contact gezocht worden met de werkelijkheid (Wester 1991, p. 20). Daarom moet de onderzoeksprocedure zo open mogelijk zijn en bestaat er voorkeur

1 De term 'definitie van de situatie' is door William I. Thomas en F. Znaniecki geïntroduceerd en uitgewerkt in hun gezamenlijke studie *The polish peasant in Europe and America* uit 1927. Sindsdien is het een veelgebruikt concept in de interactieve onderzoeksbepandering. Met de definitie van de situatie wordt bedoeld dat een actor objecten (mensen, dingen, handelingen, gebeurtenissen etc.) opmerkt en ze interpreteert. De interpretaties sturen de interactie en bepalen de zin ervan (Zijderveld, 1973, p. 99).

voor het verzamelen van gegevens door bijvoorbeeld diepte-interviews en participerende observatie. De grote bewegingsvrijheid van de onderzoeker, het gebruik van open dataverzamelmethode en het ontbreken van praktische richtlijnen, leidde ertoe dat kwalitatief onderzoek toch dikwijls een moeilijk te volgen, diffuus proces bleef. De door Glaser en Strauss ontwikkelde gefundeerde theorie methode kan worden beschouwd als een manier om systematisch onderzoeksgegevens te verzamelen en te analyseren. Later is de benadering verder uitgewerkt door zowel Glaser en Strauss zelf, als door anderen (Strauss 1987; Strauss and Corbin 1990; Wester 1991).

Voor de uitvoering van een empirisch onderzoek vanuit de hiervoor genoemde uitgangspunten, staan binnen de gefundeerde theorie benadering twee belangrijke principes ter beschikking: de algemene methode van vergelijkende analyse (*comparative analysis*) en het principe van theoretische selectie (*theoretical sampling*). De toepassing van het eerste principe, de ontwikkeling van een begrippenkader en de toetsing daarvan in vergelijkbare situaties of groepen, komt in § 4.5 aan de orde. Het tweede principe houdt in, dat niet van tevoren wordt vastgesteld waar het onderzoek wordt uitgevoerd, maar dat tijdens het onderzoek op grond van het ontwikkelde begrippenkader, situaties worden gekozen waar nieuwe waarnemingen worden gedaan (zie § 4.3).

Voor het gebruik van de gefundeerde theorie methode, is zowel een argument te geven vanuit theoretisch als vanuit maatschappelijk oogpunt. Het theoretisch belang ligt in de mogelijkheid om via de methode te komen tot theorievorming over kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. De kernthema's in de beleving van verzorgenden worden weergegeven in begrippen, evenals de relaties die verzorgenden daartussen aanbrengen. Deze analyse levert een gefundeerde theorie op, die past bij het veld van onderzoek. Waar mogelijk is aangesloten bij bestaande sociaal-wetenschappelijke literatuur (bijvoorbeeld over 'totale instituties', 'stigmatisering' en 'chronische ziekten'), om de bevindingen te verdiepen, aan te vullen of te illustreren (zie ook § 8.2).

Het maatschappelijk argument is gelegen in de aard en de bruikbaarheid van de kennis, die door kwalitatief onderzoek kan worden verkregen. Het vraagstuk van kwaliteit van zorg wordt benaderd vanuit het perspectief van de betrokken verzorgenden. Inzicht in de wijze waarop verzorgenden naar kwaliteit van zorg kijken in relatie tot hun gedrag, is relevant voor het ontwerpen en uitvoeren van beleid aangaande kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Dit inzicht kan op drie manieren bijdragen aan het beleid:

1. Het kan het handelen van de onderzochte verzorgenden begrijpelijk maken, omdat het laat zien welke elementen in hun werksituatie voor hen belangrijk zijn en welke elementen ze tegen elkaar moeten afwegen.
2. Het kan duidelijk maken in hoeverre er een discrepantie is tussen de overwegingen van beleidsmakers en de opvattingen van uitvoerende verzorgenden.
3. Het kan de complexiteit ontrafelen van het kwaliteitsvraagstuk in het verpleeghuis.

Aan de bruikbaarheid en toepassing van het onderzoek wordt in § 8.4 aandacht besteed.

4.2 De onderzoeksopzet: een overzicht

In deze paragraaf wordt kort de chronologie van het onderzoek beschreven. In de paragrafen 4.3 tot en met 4.5 worden de volgende onderwerpen apart behandeld: de keuze van de onderzochten en het verkrijgen van toegang, de methoden van dataverzameling en de analyse van de data.

De *eerste fase van het onderzoek* had als doel het veld van onderzoek te exploreren en bestond uit voorbereidend literatuuronderzoek en veldwerk. Het veldwerk in deze fase werd uitgevoerd door observaties en interviews op twee afdelingen in twee verschillende verpleeghuizen. Het ging om twee somatische verpleeghuizen, die onder meer varieerden in omvang, signatuur en ligging (zie § 4.3). De interviews werden gehouden met personen op diverse posities en met verschillende beroepen, zoals paramedici, verpleeghuisartsen, personeelsconsulenten, opleidingscoördinatoren, verzorgenden en leden van het management. Tijdens de observaties werd tevens gesproken met bewoners, familieleden en vrijwilligers. Zowel de interviews als de observaties kenmerkten zich door een open karakter (§ 4.4). Dat hield in dat na een literatuurstudie, globale inzichten en begrippen (*sensitizing concepts*) werden gehanteerd, die richting gaven aan de interviews en observaties (zie § 4.5). Zulke inzichten waren bijvoorbeeld 'perspectief', 'strategie' en 'referentiegroep'. Later kwamen daar veldbegrippen bij, bijvoorbeeld 'afhankelijkheid', 'eigenwaarde' en 'emotiebeheersing'. De concepten die in de loop van de studie relevant bleken te zijn, speelden een belangrijke rol in de analyse van de gegevens.

Deze open en flexibele dataverzamelmethode maakten een uitgebreide kennisgeving met het veld van onderzoek mogelijk, zoals de gefundeerde theorie benadering voorstaat. Ze droegen bij aan de exploratie van het concept kwaliteit van zorg, zoals dat door de zorgverleners werd ervaren. Beide methoden van dataverzameling vulden elkaar aan en stimuleerden de ontwikkeling van ideeën en begrippen (§ 4.5). De resultaten van deze exploratieve fase bestonden uit uitgebreide observatieverslagen, uitgetypte interviews en voorlopige analyses.

Op basis van de beginnende analyse werd de *tweede fase van het onderzoek* ingericht. In deze fase werden relevant gebleken onderzoekscategorieën en hypothesen in het veld gecontroleerd, verdiept en geïntegreerd. Voor de gegevensverzameling zijn vijf verschillende verpleeghuizen geselecteerd volgens het principe van theoretische selectie (§ 4.3). In elk verpleeghuis zijn in overleg met betrokkenen twee of drie afdelingen onderzocht, zodat uiteindelijk in deze fase twaalf afdelingen in het onderzoek zijn betrokken.

In dit stadium zijn vooral doelgerichte observaties en half-structureerde interviews uitgevoerd, waarbij de nadruk meer kwam te liggen op de vraaggesprekken. Deze vonden nu voornamelijk plaats met de 'doelgroep': de verzorgenden die werkzaam waren op de geselecteerde afdelingen. Bij de keuze van de verzorgenden is rekening gehouden met hun positie in het afdelingsteam. Zodoende zijn gediplomeerde en leerling-ziekenverzorgenden, afdelingshoofden, teamleiders en verpleeghulpen allen vertegenwoordigd. In de interviews is aan de hand van een opgestelde topiclijst ingegaan op de aspecten van zorg die volgens hen be-

langrijk zijn voor de bewoners en op hun overwegingen daarbij. Verder zijn aan de orde geweest de problemen die zij tegenkomen bij de realisatie van kwaliteit, de manieren waarop zij daarmee omgaan en de uitgangspunten die ze daarbij hanteren.

De cyclus van dataverzameling, -analyse en reflectie, die kenmerkend is voor kwalitatief onderzoek, werd verscheidene malen doorlopen (§ 4.5). Kennis die op één afdeling werd opgedaan, werd volgens het principe van constante vergelijking getoetst op nieuw te onderzoeken afdelingen in andere verpleeghuizen. Het doel van deze werkzaamheden was de specificatie en integratie van de relevante begrippen. Hiermee is doorgegaan tot geen nieuwe informatie meer werd verkregen over de relevante categorieën ('verzadiging') en een ordening mogelijk was van het materiaal, aan de hand van de begrippen die in de verslaglegging een rol zouden gaan spelen. Het schrijven van de definitieve verslaglegging is, zoals Maso (1987, p. 118) constateert, aan te merken als de laatste stap in de analyse.

4.3 Theoretische selectie en het verkrijgen van toegang

De samenstelling van de onderzoeksgroep

De samenstelling van de onderzoeksgroep heeft plaats gevonden op drie niveaus: verpleeghuis, afdeling en individu. In dit onderzoek is over de afzonderlijk geïnterviewde personen informatie verkregen (de onderzoekseenheden). Uitspraken worden gedaan over de teams van verzorgenden en verplegenden werkzaam op de afdelingen (de analyse-eenheden). De verpleeghuizen zijn gekozen in het randstedelijk gebied in de regio Rijnmond. Een keuze die vooral door praktische redenen werd vereist, zoals het feit dat er slechts één onderzoeker was, de beperking van de reistijd en de bereikbaarheid van de verpleeghuizen. Op de gevolgen van deze afbakening voor de waarde van de resultaten, wordt in § 8.2 ingegaan. Eerst zal beschreven worden welke keuzen in de eerste, explorerende fase van het onderzoek zijn gemaakt en daarna welke in de tweede fase (§ 4.2).

In de *eerste fase van het onderzoek* is een verpleeghuis benaderd met de vraag om mee te werken, waarvan via een contactpersoon bekend was dat er een grote openheid heerste over de gang van zaken in het huis. Tevens was bekend dat de leiding erg geïnteresseerd was in onderzoek, waar het verpleeghuis eventueel baat bij zou kunnen hebben. Dit bleek een goede plaats om kennis te maken met het verpleeghuis, omdat vrijwel alles mocht worden ingezien en bijgewoond. De observatieperiode vond plaats van februari tot mei 1990. Er is voornamelijk op één ongedifferentieerde afdeling intensief onderzoek gedaan, die in overleg met de betrokkenen is gekozen². Gedurende de periode zijn vele activiteiten bijgewoond en zijn personen geïnterviewd die op de afdeling werkten, maar ook personen met andere beroepen (zie § 4.4).

² Op een ongedifferentieerde afdeling verblijven bewoners ongeacht hun hulpbehoefte of aandoeningen bij elkaar op een afdeling. Worden bewoners op een afdeling opgenomen wegens een bepaalde aandoening of hulpbehoefte, dan is er sprake van een gedifferentieerde afdeling.

Na een tussentijdse analyse van de data die in het eerste verpleeghuis waren verzameld, is het tweede verpleeghuis bij het onderzoek betrokken. Dat contrasteerde op een aantal punten met het eerste, zodat vergelijking tussen beide mogelijk werd. Hierbij is gebruik gemaakt van het principe van *selective sampling* (Strauss 1987, p. 39). Dat betekent dat er is geselecteerd op grond van structurele factoren, zoals ligging, type en omvang. Op dat moment was bij de onderzoeker nog te weinig kennis aanwezig en waren de theoretische ideeën nog zo prematuur, dat niet op basis daarvan beslist kon worden waar het onderzoek het beste kon worden uitgevoerd.

In overleg is gekozen om in de periode april tot juli 1991 te observeren op een afdeling met mensen 'met gedragsstoornissen', ook wel dubbelzorg of zorg-plus genoemd (zie p. 21). Naast het verschil tussen de bewoners op deze afdeling en de afdeling uit het eerste verpleeghuis, weken de afdelingen af in de wijze waarop de verpleging was georganiseerd. Op de tweede afdeling was men al ver gevorderd met de invoering van teamverpleging, terwijl op de eerste afdeling slechts sprake was van een scheiding van de afdeling in twee delen. In tabel 4.1 staan de kenmerken van beide huizen en afdelingen weergegeven:

Tabel 4.1 Kenmerken van de geselecteerde verpleeghuizen en afdelingen in de eerste fase van het onderzoek

	Verpleeghuis 1	Verpleeghuis 2
<i>Het verpleeghuis</i>		
omvang	142 bedden	126 bedden
bouwjaar	1969	1975
signatuur	algemeen	Prot. christelijk
beheer	gemeente	stichting
ligging	IJsselmonde	centrum Rotterdam
type	somatiek	somatiek
aantal afdelingen	4	4 (+ 1 afdeling dagbehandeling)
type afdeling	ongedifferentieerd	ongedifferentieerd
gem. verblijfsduur	1,6 jr.	niet bekend
familie/bewonersraad	ja	ja
bezoektijden	10 uur per dag	8 uur per dag
<i>De onderzochte afdelingen:</i>		
onderzochte afdeling	ongedifferentieerd	dubbelzorg
organisatie verpleging	combinatie van teamverpl. en functionele verpleging	teamverpleging
aantal teams	A en B team	2 teams
personeel per afdeling	25	18
aantal bewoners	40	32
kamerindeling		
eenpersoons	2	4
tweepersoons	0	4
meerpersoons	8	5
huiskamers	2 (en een hal)	2 (groot en klein)

In totaal zijn in de twee verpleeghuizen uit de eerste fase 33 personen geïnterviewd (7 mannen en 26 vrouwen). De geïnterviewden hadden het volgende beroep of positie in het verpleeghuis: hoofd verpleging en verzorging, stafmedewerker (en voormalig afdelingshoofd), maatschappelijk werkende, fysiotherapeut, verpleeghuisarts, diëtist, psycholoog, activiteitenbegeleider, opleidingscoördinator, praktijkbegeleider, logopedist, ergotherapeut, manager van een dienst, personeelsconsulent, (wnd.-)afdelingshoofd, teamleider, ziekenverzorgende en verpleeghulp. Zeven gesprekken vonden met twee of meer personen tegelijk plaats en waar nodig is een interview op een later tijdstip vervolgd. Er zijn op deze manier 24 interviews afgenomen die gemiddeld één uur duurden. Twaalf interviews zijn op band opgenomen, bij de andere zijn nauwkeurige aantekeningen gemaakt. De reden voor dit verschil wordt in § 4.4 behandeld.

In de *tweede fase van het onderzoek* is te werk gegaan volgens het principe van theoretische selectie (Glaser and Strauss 1967). Dat houdt in dat op grond van de analyse die zich steeds verder ontwikkelde, is bepaald waar en bij wie de volgende observaties en vraaggesprekken zouden worden uitgevoerd. De idee hierachter is dat de onderzoeker voorafgaand aan het onderzoek nog niet exact kan vaststellen waar precies de onderzoekingen plaats zullen vinden, maar dat het pas duidelijk wordt door de zich ontwikkelende theorie. Hij zal op verschillende momenten in het onderzoek moeten nadenken, waar hij verschillende manifestaties van relevant gebleken verschijnselen kan vinden. Door telkens opnieuw te selecteren op theoretische gronden, is de onderzoeker voortdurend in staat vergelijkingen te maken die de eerder gedane bevindingen toetsen, nuanceren, verdiepen en/of uitbreiden.

Dit proces gaat door tot de begrippen zijn verzadigd, dat wil zeggen tot de volgende observaties en interviews geen nieuwe informatie meer opleveren. Of de theorie voldoende is verzadigd, hangt sterk af van de onderzoekseenheden die zijn gekozen om de hernieuwde observaties en interviews uit te voeren. Als bij herhaling geen nieuwe informatie wordt verkregen over concepten en de relaties daartussen, is de theorie daarmee van toepassing op de onderzochte gevallen (Wester 1991, p. 76).

Bij kwalitatief onderzoek kan een uitspraak gevonden bij de onderzochte gevallen, niet geldig worden verklaard voor alle gevallen van de populatie, waar de onderzochte gevallen deel van uitmaken. De mogelijkheid tot statistische generalisatie (door het onderzoek van een kleine groep, uitspraken doen over de gehele populatie) ligt niet binnen het bereik van kwalitatieve methoden. Dat is ook niet het belangrijkste streven: het gaat om het ontwikkelen van een goed passende theorie. Wat wel nadrukkelijk tot de mogelijkheden behoort, is om de gevonden theorie aan te passen en te verdiepen door gericht onderzoek in andere, maar wel vergelijkbare situaties. Deze vorm van generalisatie wordt wel analytische of theoretische generalisatie genoemd (Yin 1987, pp. 21 en 38).

Bij de selectie van de eenheden in de tweede fase van het onderzoek is rekening gehouden met de bovenstaande overwegingen. Met het onderzoek kunnen dan ook geen uitspraken worden gedaan over andere verpleeghuizen dan de onder-

Tabel 4.2 Kenmerken van de geselecteerde verpleeghuizen en afdelingen in de tweede fase van het onderzoek

	Verpleeghuis I	Verpleeghuis II	Verpleeghuis III	Verpleeghuis IV	Verpleeghuis V
<i>Het verpleeghuis</i>					
omvang (in bedden)	60	173	150	250 (212 som/38 pg)	279 (217 pg/62 som)
bouwjaar	1990	1979	1972	1972	1977
signatuur	Prot. chr.	Ned. Hervormd	Prot. chr.	algemeen	algemeen
beheer	stichting	stichting	stichting	gemeente	stichting
ligging	Hoogvliet	Ommoord	Rotterdam-zuid	Schiebroek	Schiedam
type	somatiek	psychogeriatric	somatiek	gecombineerd	gecombineerd
aantal afdelingen	2	5	5	5	9 (7 pg/2 som)
type afdelingen	ongedifferentieerd	gedifferentieerd	ongedifferentieerd	gedifferentieerd	gedifferentieerd
gem. verblijfsduur	2 jr.	2 jr. en 8 mnd.	ong. 6 mnd.	ong. 3 jr.	1,6 jr. (chron.)/ 5 mnd. (react.)
familie/bewonersraad	ja	ja	ja	ja	ja
bezoektijden	in overleg	11 uur per dag	8 uur per dag	10 uur per dag	geen restricties
<i>De onderzochte afdelingen:</i>					
onderzochte afdelingen	2 ongedif.afd.	1 begeleidingsbeh. 1 verzorgingsbeh. 1 verplegingsbeh.	3 ongedif.afd.	1 dubbelzorgafd. 1 opname/react.afd.	1 verzorgingsbeh.afd. pg 1 react./begeleidingsafd. pg
organisatie verpleging	teamverpleging	teamverpleging	teamverpleging	teamverpleging	teamverpleging
aantal teams	3	3	2	3	3
personeel per afdeling*	21	22	21	32	19
aantal bewoners	30	34	30	53	30
kamerindeling					
eenpersoons	6	3	2	1	7
tweepersoons	6	1	2	0	2
meerpersoons	3	6	6	9	6
huiskamers	2	3	1 (en een hal)	3	3

* De meeste verpleeghuizen gaven aan hoeveel personen er op de dienstlijst stonden, niet omgerekend naar full-time aanstellingen.

zochte en wordt gestreefd naar een passende theorie over kwaliteit van de verpleeghuiszorg, die geldt voor de onderzochte verpleeghuizen. In § 8.2 wordt op het vraagstuk van de generalisatie teruggekomen. Om dit laatste mogelijk te maken, zijn in de tweede fase vijf verpleeghuizen geselecteerd, die variëren op een aantal relevant gebleken kenmerken. In tabel 4.2 zijn deze kenmerken naast elkaar gezet.

De omvang van de verpleeghuizen loopt uiteen van 60 tot 279 bedden en als gevolg daarvan verschilt ook het aantal afdelingen, namelijk van 2 tot 9. Sommige verpleeghuizen zijn nieuw, terwijl andere ouder zijn of worden gerenoveerd. Sommige verpleeghuizen maken deel uit van een stichting, andere worden beheerd door de gemeente. De verpleeghuizen variëren in de grondslag van waaruit ze de zorg verlenen, een paar hebben een duidelijke christelijke signatuur, bijvoorbeeld Nederlands Hervormd, terwijl andere een algemene grondslag kennen.

Er zijn somatische, psychogeriatrische en gecombineerde verpleeghuizen onderzocht. Enkele van de categorale verpleeghuizen ontwikkelen zich geleidelijk tot gecombineerde huizen (meestal omdat ze toestemming hebben gekregen om het aantal psychogeriatrische bedden uit te breiden) of ze hebben een dubbelzorgafdeling, waar men bewoners plaatst die zowel lichamelijke als psychische stoornissen hebben. In de somatische verpleeghuizen blijkt meestal sprake te zijn van ongedifferentieerde afdelingen, terwijl in de psychogeriatrische en gecombineerde huizen vrijwel altijd gedifferentieerde afdelingen zijn: somatische bewoners worden gescheiden van psychogeriatrische bewoners en verplegingsbehoefte bewoners verblijven op een andere afdeling dan begeleidingsbehoefte bewoners, etcetera.

In sommige verpleeghuizen is veel wisseling van bewoners en is de gemiddelde verblijfsduur kort. Per afdeling binnen een verpleeghuis kan de verblijfsduur aanzienlijk verschillen: op een reactiveringsafdeling of op een afdeling waar terminale patiënten worden opgenomen, is de verblijfsduur relatief kort, maar op afdelingen voor chronische verblijfspatiënten kan die lang zijn. Precieze gegevens over de verblijfsduur per afdeling waren bij de onderzochte verpleeghuizen (op één na) niet bekend. Verder zijn in de tabel nog vermeld of in het verpleeghuis een bewoners- of familiaaraad is ingesteld en hoe de bezoektijden in het verpleeghuis zijn geregeld.

De keuze van de afdelingen vond eveneens plaats op basis van de inzichten over de vraagstelling van het onderzoek. Er bleken bijvoorbeeld relaties te bestaan tussen de manier waarop de verzorgenden met de aspecten van zorg omgingen die ze belangrijk vonden voor de kwaliteit en de aard van de beperkingen van de bewoners, hun mentale situatie en hun aanspreekbaarheid. Daaruit volgde de beslissing om zowel een reactiveringsafdeling te kiezen als een verpleegafdeling met dementerende ouderen. Eveneens bleken de opvattingen van verzorgenden over de relatie met de bewoners verband te houden met de gemiddelde verblijfsduur van de bewoners en hun toekomstperspectief. Dat leidde ertoe afdelingen te kiezen met chronische verblijfspatiënten die hoogstwaarschijnlijk zouden overlijden in het verpleeghuis en een afdeling met reactiveringspatiënten die naar verwach-

ting ontslagen zouden worden. Er kwam zicht op de wijze waarop de verpleging was georganiseerd en de opvatting van verzorgenden over de werkbelasting. Het inzicht dat langzaam maar zeker duidelijker werd, stuurde de keuze van de afdelingen en leidde ertoe dat variatie tussen de afdelingen werd gezocht om antwoord te kunnen geven op de vragen.

De geïnterviewden in deze fase waren, afgezien van de introductiegesprekken met de directie of het hoofd van de verpleging, in deze fase beperkt tot verzorgenden. Ook bij de keuze van de geïnterviewden is geprobeerd zoveel mogelijk variatie te krijgen. Er is geselecteerd op grond van de positie in het team, de werkervaring, opleiding, geslacht, motivatie en leeftijd. Er zijn teamleiders, afdelingshoofden, gediplomeerd ziekenverzorgenden, werkbegeleiders, leerling-ziekenverzorgenden en verpleeghulpen of -assistenten geïnterviewd. De gemiddelde werkervaring varieerde, sommigen werkten al vierentwintig jaar in de verzorging, anderen waren nog maar enkele maanden gediplomeerd. Een deel werkte voltijds, een ander deel werkte part-time. De opleiding liep uiteen van hogere beroepsopleiding verpleegkundige (HBO-V), de hogere beroepsopleiding specifiek voor de psychiatrie (B-verpleegkundige) of de zwakzinnigenzorg (Z-verpleegkundige), de ziekenverzorging en Middelbaar Dienstverlenings- en Gezondheidsonderwijs Verpleging (MDGO-Vp).

In totaal zijn er met 37 personen interviews gehouden (5 mannen en 32 vrouwen). Van hen waren 8 verpleegkundige (en in een aantal gevallen afdelingshoofd), 23 waren gediplomeerd ziekenverzorgende (en eventueel werkzaam als teamleider of waarnemend afdelingshoofd), 2 leerlingen, 3 verpleeghulpen of verpleegassistenten en één opleidingscoördinator. Het aantal leerlingen is relatief laag, maar daarbij moet in het oog worden gehouden dat een aanzienlijk deel van de gediplomeerde ziekenverzorgenden nog maar pas het diploma heeft gehaald. Er zijn 21 interviews op band opgenomen en bij 16 interviews zijn uitgebreide aantekeningen gemaakt (zie § 4.4).

Het verkrijgen van toegang tot de verpleeghuizen

Om toegang te verkrijgen tot geselecteerde verpleeghuizen is eerst door de onderzoeker bij elk verpleeghuis telefonisch contact gezocht met de directie of het hoofd verplegingsdienst. Meestal werd daarna aan de contactpersoon in het verpleeghuis informatie over het onderzoek toegestuurd, die later in korte en aangepaste vorm ook over de afdelingen werd verspreid waar het onderzoek zou worden uitgevoerd. Geen enkel verpleeghuis dat is benaderd heeft geweigerd mee te werken aan het onderzoek. De binnenkomst is elke keer zorgvuldig voorbereid, omdat hieraan in de geraadpleegde literatuur veel belang wordt gehecht in verband met de mogelijkheden die de onderzoeker later binnen de organisatie kan krijgen (Maso 1987; Schatzman and Strauss 1973; Coenen e.a. 1988).

Er is altijd een duidelijke introductie gegeven, maar om de houding en het gedrag van de betrokkenen zo min mogelijk te beïnvloeden, is de doelstelling meestal vaag geformuleerd ('Ik ben geïnteresseerd in de omgang tussen verzorgenden en bewoners', 'Ik doe onderzoek naar de verzorging en verpleging van bewoners in het verpleeghuis'). In de verpleeghuizen die later bij het onderzoek

zijn betrokken, is soms heel openlijk gesproken met de betrokkenen over bepaalde onderwerpen binnen de studie, zodat ze mee konden denken over een juiste aanpak en hun visie konden geven op de situatie in het betreffende verpleeghuis. Met de contactpersoon in het verpleeghuis en de afdelingshoofden werden afspraken gemaakt over de praktische aspecten van het onderzoek, zoals de introductie op de afdeling, de privacy van de patiënten en de medewerkers, de benodigde tijd voor de interviews, de kleding die zou worden gedragen (uniform of eigen kleding) en de mate van participatie. De gesprekken waarin deze zaken werden geregeld kregen in sommige gevallen het karakter van een interview en leverden dikwijls interessante gegevens op.

In de eerste verpleeghuizen bleek al snel dat de beginperiode een belangrijk moment is in de gegevensverzameling. De onderzoeker is dan nog enigszins onbevangen en merkt vrijwel alles op wat bijzonder is en afwijkt van wat hij al weet (Maso 1987, p. 76). De eerste periode is tevens van belang om te leren wat de gebruiken zijn en te wennen aan de onderzoekssituatie en ook om de onderzochten te laten wennen aan de aanwezigheid van de onderzoeker. Een belangrijke opgave voor de onderzoeker tijdens zijn veldonderzoek is het opbouwen en onderhouden van de relaties in het veld, om de mogelijkheid te krijgen informatie te verzamelen.

De onderzochten vertelden met grote openheid over de gang van zaken in het verpleeghuis of in het team en zij spraken vrijuit over persoonlijke ervaringen. De meesten waren zeer geïnteresseerd in het onderwerp en vonden dat er over het algemeen te weinig aandacht was voor de omgang tussen personeel en bewoners. In de meeste gevallen is gerapporteerd over de opgedane ervaringen in het team en aan de contactpersonen. De rapportage heeft zowel de functie van wederdienst aan degenen die hebben meegewerkt, als van informatiewinning over de bevindingen. Dit laatste wordt met de term *member checks* aangeduid en wordt gezien als een belangrijke toets voor de objectiviteit van het onderzoek (zie § 8.2).

4.4 Dataverzamelingmethoden

Veldwerk is niet één methode of techniek, maar een combinatie van technieken en methoden om gegevens te verzamelen, waarbij het improviserend vermogen van de onderzoeker onmisbaar is. Schatzman en Strauss (1973) typeren de veldonderzoeker als een methodologische pragmaticus en melden over veldwerk: 'Field method is more like an umbrella of activity beneath which any technique may be used for gaining the desired information.' (ibid, p. 14) De twee belangrijkste methoden van dataverzameling die tijdens het veldwerk zijn gebruikt, worden hieronder toegelicht: participerende observatie en interviewen. Daarna worden twee aanvullende methoden kort beschreven, namelijk het sorteren van kaartjes en het ondervragen van informanten. Het gebruik van verschillende methoden is een vorm van triangulatie (methoden-triangulatie), die wordt opgevat als een procedure in het streven naar objectiviteit van het onderzoek (in § 8.2 worden de in dit onderzoek toegepaste methoden en procedures beschreven).

Participerende observatie

Participerende observatie is in dit onderzoek opgevat als het gedurende langere tijd meelopen met verzorgenden op de afdelingen, het observeren van hun bezigheden en het uitvoeren van een aantal eenvoudige taken. De deelname aan de dagelijkse activiteiten van de onderzochten biedt de mogelijkheid om inzicht te krijgen in hun voor het onderzoek interessante gedragingen, interacties, opvattingen, houdingen en ervaringen (Maso 1987, p. 71).

Bij deze wijze van dataverzameling is de eigen beleving van de onderzoeker een belangrijke bron van inspiratie. Doordat de onderzoeker de ervaringen van de onderzochten zelf ondergaat, leert hij hun vanzelfsprekendheden en gewoonten kennen en zal hij eerder naar verklaringen daarvoor zoeken. In het onderzoek kreeg de onderzoeker pas na een lange en intensieve periode van aanwezigheid in het verpleeghuis meer diepgaand zicht op de belevingswereld van de verzorgenden. Het ervaren van vermoeidheid, van werklast en van betrokkenheid bij de bewoners, maakten het handelen van verzorgenden veel begrijpelijker.

Participatie (deelnemen aan groepsprocessen, het aanwezig zijn, de uitvoering van werkzaamheden) is niet alleen te beschouwen als een middel om te observeren, maar ook als een directe methode van dataverzameling. Participeren en observeren zijn zeer nauw met elkaar verbonden en afhankelijk van de situaties die zich voordeden, heeft de onderzoeker gekozen voor beperkte interactie of actieve deelname. In de eerste periode heeft de onderzoeker vooral geobserveerd, waardoor een directe inlijving bij het personeel werd voorkomen en langere tijd de neutrale onderzoekersrol bleef bestaan. Na verloop van enkele weken werd er meer meegeholpen bij werkzaamheden, zoals rolstoelen duwen, eten rondbrengen, helpen met eten geven, meezingen en bedden opmaken. Vooral als verzorgenden aanwijzingen gaven over hoe een bepaalde taak behoorde te worden gedaan, werd waardevolle informatie opgedaan. Als verzorgenden bijvoorbeeld uitlegden hoe een bewoner geholpen moest worden met eten, werd meteen duidelijk welke gegevens van de bewoner ze noodzakelijk vonden om de 'nieuweling' te vertellen.

Naarmate meer bekendheid ontstond met de mensen en de gang van zaken op de afdeling, is ook bewust gestuurd in de onderzoeksactiviteiten, waardoor een efficiënter gebruik van de tijd kon worden gemaakt. Er werd weloverwogen gekozen tussen gebeurtenissen (patiëntbesprekingen, overdrachten, bewonersvergadering, verzorging van bewoners, een nieuwe opname, een bewonersreisje), mensen (meelopen met teamleden met verschillende taken), tijden (naast dagdiensten ook avond- en nachtdiensten) en locaties (de ruimten van de activiteitenbegeleiding en de fysiotherapie, de huiskamers, de slaapzalen). Een essentieel onderdeel van het veldwerk in deze periode is de kennisname van de vele documenten die in de verpleeghuizen aanwezig zijn, zoals verpleegplannen, overdrachtsrapporten, resultaten van patiëntbesprekingen, werkstukken, journaals en informatieboekjes. Het gebruik van verschillende databronnen heet data-triangulatie en is één van de manieren om de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen.

Later werd selectief te werk gegaan op basis van de begrippen die waren ontwikkeld: theoretische selectie. De dataverzameling wordt dan meer en meer gestuurd door de zich ontwikkelende theorie en de speurtocht naar de omschrijving van de begrippen en de relaties daartussen. Er werd bijvoorbeeld eerst onderzocht wat verzorgenden nu precies bedoelden met 'aandacht' en vervolgens werd nagegaan wanneer ze aandacht gaven en aan welke bewoners. Op die manier werden langzamerhand patronen zichtbaar en werden eerdere gevallen gecorrigeerd, bevestigd of verdiept (zie ook § 4.5). Replicatie van observaties in nieuwe situaties om de gegevens te toetsen, is een belangrijke procedure in het streven naar geldigheid en betrouwbaarheid in kwalitatief onderzoek (zie § 8.2).

De relaties in het veld zijn erg belangrijk om in een organisatie aan allerlei activiteiten deel te mogen nemen (zie § 4.3). Een te grote betrokkenheid bij de onderzochten houdt daarentegen het gevaar in van *going native*: een blikvernaauwing van de onderzoeker doordat hij zijn neutraliteit ten aanzien van de onderzochten verliest. Zeker in de eerste fase van een veldperiode bestaat het gevaar dat de onderzoeker zich laat overrompelen door wat zich allemaal voor zijn ogen afspeelt. In een verpleeghuis moet daarbij niet alleen worden gedacht aan de gebeurtenissen die vanuit het oogpunt van het onderzoek interessant zijn, maar ook aan de indruk die verdriet, vreugde, aftakeling en sterven van bewoners maken. De gewenning die de onderzoeker later gewaar werd, zorgde ervoor dat voldoende afstand werd genomen. Hierdoor kon een geschikt evenwicht worden bereikt tussen betrokkenheid en afstand tot het studieobject, dat noodzakelijk is voor de onderzoeksdoelinden.

Interviewen

Veel vragen van de onderzoeker werden al beantwoord in korte gesprekken met verzorgenden op de afdeling. Maar naarmate meer observaties waren verricht, nam de behoefte toe aan langer durende interviews, waarin de betrokkenen uitleg gaven over de waarnemingen.³ Een groot aantal vraaggesprekken met verzorgenden is uitgevoerd na een dag met hen te hebben meegelopen op de afdeling. In de interviews bestond dan de mogelijkheid een verdere verdieping te krijgen van wat er zich die dag had afgespeeld, in die zin dat de respondent kon verhelderen welke betekenis hij aan het gebeurde toekende. De uitspraken van verschillende personen over dezelfde gebeurtenissen, werden met elkaar vergeleken. De geïnterviewden werden ook in staat gesteld om andere onderwerpen naar voren brengen, die dan vervolgens weer door middel van observaties werden getoetst. In eerste instantie is vooral gebruik gemaakt van niet-gestructureerde interviews, waarbij slechts een aantal topics als leidraad diende. De formulering en de volgorde van de vragen lagen van te voren niet vast, want de respondent bepaalde veelal

3 Maso (1987, p. 63) omschrijft een interview als volgt: 'Een interview is een vorm van gesprek waarin één iemand - de interviewer - zich bepaalt tot het stellen van vragen over gedragingen, opvattingen, houdingen en ervaringen ten aanzien van bepaalde sociale verschijnselen, aan één of meer anderen - de respondenten - die zich voornamelijk beperken tot het geven van antwoorden op die vragen.'

wat er rond een onderwerp precies aan de orde kwam (Vrolijk e.a. 1972). De topics betroffen onderwerpen die in de literatuur waren gevonden en relevant leken voor de probleemstelling van het onderzoek (zie bijlage II). Omdat in de eerste fase van het onderzoek personen met zeer verschillende posities werden geïnterviewd, werden de gesprekken ook zoveel mogelijk aangepast aan iemands kennis- en ervaringsgebied.

Naarmate het inzicht en de achtergrondkennis toenamen, werd het mogelijk om semi-gestructureerde interviews af te nemen aan de hand van een meer uitgebreide topiclijst (zie bijlage III). Die lijst bevatte onderwerpen die naar voren waren gekomen uit de explorerende fase in de eerste verpleeghuizen en die tevens belangrijk waren om door de 'doelgroep', de verzorgenden, te worden beantwoord. Aan de basis van deze lijst lagen de *sensitizing concepts* die in het onderzoek een rol speelden (zie § 4.5). De volgorde waarin de onderwerpen aan de orde kwamen en de hoeveelheid onderwerpen die in een interview ter sprake kwam, was zeer gevarieerd en afhankelijk van het verloop van het interview.

Bij sommige interviews zijn aantekeningen gemaakt, andere zijn op geluidsband opgenomen en integraal uitgetypt. Bandopnamen vergroten de betrouwbaarheid omdat er een letterlijke registratie plaatsvindt, zonder dat de interviewer ter plekke al moet selecteren wat wel en wat niet op te schrijven. Soms bestond het idee dat de relatie die door de onderzoeker met de medewerker was opgebouwd tijdens het meelopen op de afdeling, werd verstoord doordat opeens een formeel interview werd georganiseerd. Als om deze reden de mogelijkheid bestond dat de validiteit teveel in het gedrang zou komen of geïnterviewden moeite hadden met een opname (bijvoorbeeld omdat ze een spraakstoornis hadden, omdat ze vonden dat ze dan alles in één keer goed moesten formuleren of omdat ze erop aangesproken zouden worden) werd het interview niet op de band opgenomen, maar werden zo nauwkeurig mogelijk aantekeningen gemaakt.

In de verslaglegging is gebruik gemaakt van citaten uit interviews en van notities over de tijdens het onderzoek gedane waarnemingen. De functie hiervan is soms illustratief, het geeft de lezer een beeld van hoe het er in het verpleeghuis uitziet en hoe het er aan toegaat (*sense of reality*). Veel vaker dienen de citaten als 'bewijsvoering' van de waarnemingen en de gegeven interpretaties daarvan. In het verslag wordt uitgegaan van het perspectief van verzorgenden, toch zijn ook citaten van andere hulpverleners opgenomen. Bijvoorbeeld omdat zij in hele heldere bewoordingen relevante zaken uiteen zetten of vanuit hun visie de situatie van verzorgenden interpreterden. Bij de citaten zijn voor de controleerbaarheid de functie van de geïnterviewde, de afdeling (of het verpleeghuis) en de datum van het interview of de observatie vermeld. Door deze vorm te kiezen, blijft de anonimiteit van de onderzochten gewaarborgd.

Kaartjes sorteren

Het bleek voor de geïnterviewden lang niet altijd gemakkelijk om hun mening goed te verwoorden. Ze weten vaak wel hoe ze iets doen, maar het is voor hen zo vanzelfsprekend, dat ze het moeilijk vinden om uit te leggen wat de reden daarvoor is. Het bleek moeilijk te zijn om er via het stellen van vragen achter te komen

in welke categorieën verzorgenden hun werk indelen en hoe ze over de verschillende categorieën denken. Bijvoorbeeld welke taken vinden ze moeilijk? welke zijn voorbehouden aan de teamleiders of het afdelingshoofd? welke taken zouden ze liever vermijden en aan welke zouden ze juist meer tijd willen besteden? Om de werkzaamheden te inventariseren en inzicht te krijgen in de manier waarop verzorgenden ze waarden is gebruik gemaakt van een methode met kaartjes, zoals Spradley die beschrijft (Spradley 1979, p. 130).

De geïnterviewde krijgt 26 kaartjes uitgereikt waarop taken staan geschreven die behoren bij het werk in het verpleeghuis (zie bijlage V). Die taken waren geïnventariseerd tijdens observaties en interviews. Aan de verzorgende wordt gevraagd om aan te geven of er taken ontbreken en vervolgens om groepen te maken van de taken die bij elkaar horen. De geïnterviewde bepaalt zelf welke indeling hij relevant vindt. Vervolgens worden vragen gesteld over het criterium dat is gebruikt om de kaartjes te sorteren. Meestal geeft dit aanleiding om in te gaan op nog andere vragen over de werkzaamheden (voorbeelden daarvan zijn te vinden in bijlage V). De methode blijkt een doeltreffende en aantrekkelijke manier om veel te weten te komen over de ervaring van het werk van de verzorgenden op de afdeling.

Interviewen van informanten

Naast de direct betrokkenen in het verpleeghuis zijn informanten geïnterviewd. Informanten zijn deskundigen, die niet direct bij het terrein van onderzoek zijn betrokken en min of meer als buitenstaanders hun mening kunnen geven over verschillende aspecten betreffende het onderzoeksobject. Voor dit onderzoek is contact gelegd met twee opleidingsscholen voor ziekenverzorgenden in de omgeving van Rotterdam. Er zijn in totaal 5 mensen benaderd: 3 docenten aan de opleiding en 2 leerlingen in hun tweede leerjaar. Twee van hen zijn meer malen benaderd voor een gesprek, omdat het niet alleen nieuwe informatie verschaft maar ook diende als toets van de resultaten.

Aan de docenten is onder meer gevraagd waarom leerlingen kiezen voor de opleiding tot ziekenverzorgende, welke ontwikkelingen zij doormaken tijdens hun opleidingsperiode en welke problemen ze tegenkomen bij hun stages, hoe ze daarmee omgaan en welke verschillen er zijn tussen de verpleeghuizen waar de leerlingen stage lopen (zie voor de topiclijst bijlage IV). Met de docenten is op een later tijdstip de beschrijving en interpretatie van de ontwikkeling bij leerlingen besproken. De leerlingen is gevraagd naar hun ervaringen tijdens hun stages, of hun verwachtingen uitkwamen en, waar de praktijk afweek van hun verwachtingen, of hun opleiding hen voldoende had voorbereid op het werk. Vervolgens is ingegaan op de vraag of ze hun opleiding af wilden maken en of ze in het verpleeghuis wilden blijven werken. De interviews zijn op band opgenomen en hebben zeer waardevolle (achtergrond)informatie opgeleverd.

4.5 Analyse van gegevens

Tijdens de analyse is het onderzoeksmateriaal uiteengerafeld in onderdelen die kunnen worden onderscheiden, benoemd en geordend (Wester en Maso 1991, p. 7). Maar het materiaal is niet alléén uiteengelegd, er is ook structuur in aangebracht door de relevante onderdelen met elkaar in verband te brengen. De gehele analyse heeft plaatsgevonden in het licht van de probleemstelling en het theoretisch kader dat gedurende het onderzoek werd ontwikkeld.

Methodisch is voor de data-analyse aansluiting gezocht bij Wester (1991), die zich baseert op de gefundeerde theorie benadering van Glaser en Strauss (zie § 4.1). Wester onderscheidt vier fasen in de analyse: de exploratie-, de specificatie-, de reductie- en de integratiefase. De wijze waarop deze fasen in dit onderzoek vorm hebben gekregen, komt in het vervolg van deze paragraaf aan bod. De gevolgde methode kenmerkt zich voorts door een cyclische werkwijze waarin de verzameling van gegevens, de analyse door middel van begrippen die in het onderzoek worden ontwikkeld of uitgewerkt en reflectie en toetsing op ideeën, onderzoeksvragen en analyseresultaten elkaar voortdurend afwisselen (Wester 1991, p. 48). Tijdens het onderzoek bleek dat de tussentijdse reflectie leidde tot overwogen beslissingen over de vormgeving van het veldwerk en tot een verdieping van de analytische inzichten.

In het proces van dataverzameling en -analyse speelden de zogenaamde *sensitizing concepts* een belangrijke rol. Dit zijn concepten waarmee het veld wordt benaderd:⁴

‘Een “sensitizing concept” (...) heeft geen duidelijke attributen en kan dan ook alleen maar vaag omschreven worden. Het suggereert de waarneming in welke richting gekeken zou kunnen worden.’ (Zijderveld 1973, p. 203)

Een *sensitizing concept* geeft een algemeen beeld van iets dat door een (gedetailleerd) empirisch onderzoek van een individueel geval verscherpt en nader toegespitst wordt, bijvoorbeeld ‘assimilatie’, ‘instütutie’ en ‘persoonlijkheid’. Deze concepten hebben de functie de onderzoeker gevoelig te maken en hem te attenderen op relevante thema’s in het veld van onderzoek. Ze geven met andere woorden richting aan de dataverzameling en -analyse (Wester 1991, p. 27).

Sensitizing concepts in dit onderzoek waren de veelal aan de sociaal-wetenschappelijke literatuur ontleende begrippen, zoals ‘perspectief’, ‘strategie’ en ‘distantie en betrokkenheid’. In de literatuur zijn verschillende specificaties gevonden van

4 Zijderveld gaat in op het onderscheid dat Blumer maakte tussen *sensitizing concepts* en *definitive concepts*. ‘Een “definitive concept” heeft duidelijke grenzen die door middel van een definitie weergegeven kunnen worden. Het geeft ondubbelzinnig weer wat een klasse van objecten gemeen heeft en verschaft de waarneming duidelijke voorschriften t.a.v. wat gezien kan worden.’ (Zijderveld, 1973, p. 203) Terwijl in de kwalitatieve methodologie het gebruik van *sensitizing concepts* vaak wordt behandeld, wordt het onderscheid met *definitive concepts* zelden aangegeven.

het begrip kwaliteit door middel van de aspectbenadering (§ 2.3.1). Een eerste selectie van de relationele aspecten uit die benaderingen is te vinden in bijlage I. De gekozen aspecten richtten eveneens de blik van de onderzoeker tijdens het veldonderzoek. Door deze aspecten te confronteren met het empirisch materiaal heeft een definitieve inventarisatie en omschrijving plaatsgevonden van aspecten van zorg, die vanuit het perspectief van verzorgenden relevant zijn voor kwaliteit in het verpleeghuis. Na analyse is gekomen tot een zestal aspecten: bejegening, zelfstandigheid, aandacht, behulpzaamheid, privacy en continuïteit. In hoofdstuk 5 zal uitgebreid worden ingegaan op de vinding en ontwikkeling van deze aspecten.

Dan volgt nu een beschrijving van de verschillende fasen in de analyse, zoals die in het onderzoek zijn gevolgd.⁵

Exploratiefase – het ontdekken van de begrippen

Bij de eerste analyse stonden er drie bestanden met gegevens ter beschikking: interview- en observatienotities (IN/ON) met tijdens het veldwerk gemaakte interviewverslagen en genoteerde waarnemingen, methodologische notities (MT) met aantekeningen betreffende het onderzoeksproces en theoretische notities (TN). Theoretische notities bevatten onder meer belangrijke thema's, begrippen en de betekenis die zij krijgen in het veld, vragen die het vervolg van de dataverzameling sturen en interpretaties van gebeurtenissen.

Door middel van open codering zijn begrippen toegekend aan de tekstfragmenten uit de observatie- en interviewnotities. Dat kunnen concepten zijn die aan de literatuur zijn ontleend en vanaf het begin van het onderzoek een rol spelen, bijvoorbeeld 'perspectief', 'afhankelijkheid', 'kwaliteit' of 'totale institutie', maar het kunnen ook begrippen zijn die door de betrokkenen in het veld dikwijls worden gebruikt, zoals 'eigenwaarde', 'zelfzorg', 'collegialiteit' of 'huiselijkheid'. De *sensitizing concepts* en de fasen van het onderzoeksmodel zijn gebruikt om dit proces van codering te beperken, omdat bleek dat het onderzoek in deze fase snel uitwaaierde naar allerlei voor de vraagstelling niet relevante thema's.

Met de dataverzameling en de open codering is doorgedaan tot de onderzoeker het idee had geen nieuwe begrippen meer nodig te hebben om de belangrijke en relevante categorieën te beschrijven. Er leken voldoende begrippen te zijn geïnventariseerd en er tekenden zich patronen af van centrale begrippen die telkens terugkeerden.

Specificatiefase – het ontwikkelen van de begrippen

In de specificatiefase werd verder gezocht naar relevante passages en scènes die de geïnventariseerde begrippen verder zouden kunnen specificeren. Het doel van deze fase was het volledig maken van het overzicht over het veld van onderzoek, met de ontwikkelde begrippen als uitgangspunt. Vooral de begrippen die

5 In de hoofdstukken 5 tot en met 7, waarin de resultaten worden gepresenteerd, wordt ingegaan op het analyseproces van de belangrijkste thema's in het betreffende hoofdstuk.

duiden op de centrale thema's in de ervaring van onderzochten, moesten zo nauwkeurig mogelijk worden uitgewerkt. In dit onderzoek waren dat bijvoorbeeld 'eigenwaarde', 'hospitalisatie', 'aandacht', 'werklast' en 'betrokkenheid'. Bij de uitwerking werd gebruik gemaakt van het principe van de constante vergelijking, wat betekent dat telkens naar onderzoeksmateriaal werd gezocht dat de bevindingen kon verscherpen, bevestigen of corrigeren.

Een voorbeeld kan dit verduidelijken. In de exploratiefase was het begrip 'bejegening' toegekend aan observaties en uitspraken van geïnterviewden over een beleefde benadering van bewoners. Later bleken verzorgenden bij bejegening ook te denken aan de persoonlijke verzorging en de zorg voor de uiterlijke verschijning van bewoners. De betekenis van het concept 'bejegening' werd op grond daarvan uitgebreid en zo werden langzaam de contouren van dit concept zichtbaar.

Het zoekproces resulteerde erin dat de onderzoeker verschillende veranderingen aanbracht in de eerder gevormde categorieën. Soms werd een categorie verdeeld in twee of meer andere. Het probleem van distantie en betrokkenheid tot het werk, werd bijvoorbeeld onderverdeeld in 'de confrontatie met een deprimerende werkomgeving' en 'sterven en achteruitgang van de bewoners'. Een andere keer gebeurde het omgekeerde en werden twee begrippen samengevoegd tot één categorie. Een enkele keer werd in deze fase nog een nieuwe categorie gemaakt, bijvoorbeeld toen verzorgenden uitspraken deden over de verandering van hun verwachtingen ten aanzien van hun werk en de bewoners. Die uitspraken werden vervolgens in nieuwe situaties getoetst, waarna de nieuwe categorie 'acceptatiestrategie' werd gevormd.

In sommige gevallen zijn categorieën benoemd met de begrippen uit het veld, die dikwijls zijn op te vatten als specificaties van de belangrijkste theoretische begrippen. De categorie 'kwaliteit van zorg' bijvoorbeeld, werd verdeeld in zes subcategorieën (de aspecten), die alle benoemd werden met begrippen die direct aan de taal van verzorgenden waren ontleend (zoals 'zelfstandigheid', 'privacy', 'continuïteit', enzovoort). Naar aanleiding van de bevindingen is nogmaals de literatuur geraadpleegd en ook daaraan zijn begrippen ontleend om verschijnselen te benoemen. Het proces van normaliseren dat in de literatuur onder meer door Wiener (1984) werd beschreven, is gebruikt om de 'normaliseringsstrategie' te benoemen en verder vorm te geven. De literatuur over 'stigmatisering' (Goffman 1979) heeft bijgedragen aan een soepele analyse van de problematische omgang tussen verzorgenden en bewoners met 'gestoord' gedrag (zoals agressie) of andere problemen (zoals spraakstoornissen).

Reductiefase – het aanbrengen van structuur

De reductiefase is gebruikt om op zich waardevol onderzoeksmateriaal, maar voor de vraagstelling minder relevante data, terzijde te leggen. Ook is deze fase beschouwd als het moment waarop structuur moest worden aangebracht en onderscheid moest worden gemaakt tussen de belangrijke en minder belangrijke categorieën en begrippen. De fase is dus niet, zoals Wester (1991) voorstelt, alleen opgevat als het stadium waarin het kernbegrip moet worden vastgesteld. Een re-

ductie van het aantal categorieën kon tot stand komen door de theoretische begrippen (die veelal overeenkwamen met de *sensitizing concepts*) als uitgangspunt te nemen, zoals 'perspectief', 'strategieën' en 'kwaliteit van zorg'. Deze hoofdcategorieën werden dan vervolgens nader uitgewerkt in subcategorieën (bijvoorbeeld bij strategie de 'vermijdingsstrategie' en de 'acceptatiestrategie').

De belangrijkste techniek waarvan gebruik gemaakt is in deze fase is *axial coding* (Strauss 1987, pp. 64-65): intensieve analyse rond een eenmaal gevormde categorie. Bij een strategie bijvoorbeeld is het relevant om te letten op: het probleem waarvoor verzorgenden de strategie als oplossing beschouwen, de tactieken die van de strategie deel uitmaken en de wijze waarop de strategie zich verhoudt tot andere strategieën. Zo ontstaat langzaam een geheel van categorieën die aan elkaar zijn gerelateerd.

Ook was in deze fase van de analyse de samenwerking met anderen onontbeerlijk. In het vertellen en discussiëren over categorieën, werd steeds duidelijker welke plaats een verschijnsel innam in de beleving van de onderzochten, hoe de categorieën moesten worden benoemd en welke verbanden de verzorgenden zelf aanbrachten tussen de categorieën. Dit overleggen en bespreken van ervaringen met collega-onderzoekers (*peer debriefing*) kan worden gezien als een controle op de validiteit van de bevindingen en interpretaties.

Integratiefase – het uitwerken van de theorie

De laatste fase behelsde het integrerend moment waarin de categorieën met elkaar in verband gebracht moesten worden. Het meeste houvast hierbij gaf het onderzoeksmodel (§ 2.3.2), omdat de fasen die daarin zijn onderscheiden immers al het verband weergeven tussen de hoofdcategorieën. Het onderwerp 'kwaliteit van zorg' moet worden beschouwd als het hoofdthema van waaruit de analyse heeft plaatsgevonden. Bij de behandeling van de aspecten van zorg kon een kerncategorie worden aangewezen, die centraal stond in de beleving van verzorgenden: de eigenwaarde van bewoners. Toen de aspecten in het licht van deze kerncategorie werden geïnterpreteerd, werd het duidelijker hoe verzorgenden kwaliteit van zorg voor bewoners zagen.

De integratiefase was de moeilijkste fase van het geheel, omdat het lastig bleek te zijn om het overzicht te houden over een groot aantal categorieën met een verschillende graad van abstractie. Het onderzoek had telkens de neiging om weer uit te breiden, wat mede werd veroorzaakt door de grote omvang van het verzamelde onderzoeksmateriaal en de talloze details die daarin zaten verscholen. Met name de gedetailleerde uitwerking en de juiste benoeming van de strategieën en de tactieken leverden problemen op.

De verslaglegging van het afgeronde onderzoeksproces tenslotte moet worden beschouwd als de laatste fase van de analyse, omdat daarin enkele hiaten en onopgeloste problemen naar voren kwamen, die nog om opheldering vroegen. Voor de presentatie van de resultaten werden kritische citaten en scènes gezocht, om daarmee interpretaties te illustreren in de tekst. Tegelijkertijd is in deze fase het verband gelegd tussen de bevindingen van het eigen onderzoek en de opvattingen en analyses van andere onderzoekers. De waarde van de waargenomen en

gecontroleerde ideeën wordt daarmee verhoogd (zie § 8.2).

Samenvattend: om de vraagstelling te beantwoorden is gekozen voor de methode van de gefundeerde theorie. Deze methode maakt het mogelijk om onderzoeksvragen te beantwoorden naar de beleving van de onderzochten en de betekenis die ze aan verschillende gebeurtenissen toekennen. Hiermee wordt een theoretisch doel beoogd, namelijk de conceptualisering van het veld door de formulering van een passende theorie. Het maatschappelijk doel ligt in een betere aansluiting van beleidsmaatregelen voor kwaliteitsverbetering, bij de opvattingen en overwegingen van de onderzochte verzorgenden.

Vooraf is het onderzoek chronologisch beschreven in een eerste explorerende fase en een tweede systematische en toetsende fase. Daarna zijn verschillende aspecten van het onderzoek afzonderlijk aan bod geweest: de selectie van de verpleeghuizen en afdelingen waar het onderzoek is uitgevoerd, de keuze van de geïnterviewden, het verkrijgen van toegang tot het onderzoeksveld, de verzameling van de gegevens en de fasen van het analyseproces.

Op verschillende plaatsen in de beschrijving is gewezen op methoden en procedures die in het onderzoek zijn toegepast om de betrouwbaarheid en de validiteit van het onderzoek te controleren. In § 8.2 komen ze nogmaals aan de orde, waar het gaat om een evaluatie van het onderzoek. Ook wordt dan verder ingegaan op de generaliseerbaarheid van de bevindingen.

5 Aspecten van zorg die relevant zijn voor de kwaliteit

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de eerste onderzoeksvraag behandeld. Deze vraag komt overeen met de eerste fase van het onderzoeksmodel, zoals dat in § 2.3.2 is uiteengezet. Deze fase bestaat uit de inventarisatie en gedetailleerde beschrijving van de aspecten van zorg die verzorgenden belangrijk vinden voor de kwaliteit van de zorg aan bewoners en uit de bestudering van de betekenis die zij aan die aspecten toekennen. De betekenis die verzorgenden aan een aspect hechten, geeft antwoord op de vraag waarom ze dat bepaalde aspect belangrijk vinden voor de kwaliteit van zorg.

In § 2.1 is een invalshoek van kwaliteit van zorg gekozen, die functioneerde als richtsnoer bij de beantwoording van de onderzoeksvraag. Uit de vele mogelijke perspectieven om naar kwaliteit te kijken is gekozen voor het perspectief van verzorgenden en uit het grote aantal aspecten van kwaliteit van zorg, zijn de relationele aspecten geselecteerd. In § 5.2 worden enkele opvattingen weergegeven van verzorgenden over kwaliteit van zorg, met een algemene strekking. In de daarop volgende paragrafen komen zes relationele aspecten van zorg aan de orde: bejegening, zelfstandigheid, aandacht, behulpzaamheid, privacy en continuïteit. Tot deze zes aspecten is gekomen door de volgende stappen te doorlopen:

1. Inventarisatie van aspecten van zorg uit de literatuur.
2. Selectie van de relationele aspecten van zorg uit de totale lijst.
3. Dataverzameling in de verpleeghuizen en data-analyse.

De eerste stap bestond uit het opsporen van aspectbenaderingen van kwaliteit van zorg. Toen het onderzoek startte, in 1990, had de Nationale Raad voor de Volksgezondheid de begrippenkaders voor de beroepsuitoefening en de instellingen uitgebracht (NRV 1986; NRV 1990b). Door het Nederlands Centrum voor Democratische Burgerschapsvorming was een aspectbenadering vanuit het patiëntenperspectief opgesteld (zie § 2.3.1). De aspecten die in deze drie aspectbenaderingen werden genoemd, zijn geïnventariseerd.

Vervolgens zijn in stap twee de relationele aspecten uit deze totale lijst geselecteerd. De keuze van de tien aspecten is in bijlage I te vinden. Onder relationele aspecten worden de aspecten verstaan die betrekking hebben op de sociale inter-

actie tussen hulpverleners en patiënten en in het bijzonder tussen verzorgenden en bewoners. Deze categorie aspecten is in zijn totaliteit nog nauwelijks vanuit de invalshoek van kwaliteit van zorg onderzocht. De aspecten uit de literatuur zijn niet specifiek voor de verpleeghuissector opgesteld, maar ook voor andere sectoren in de gezondheidszorg. Evenmin zijn de aspecten naar voren gebracht door verzorgenden in verpleeghuizen, maar door groepen betrokkenen met uiteenlopende perspectieven, zoals de beroepsbeoefenaars en patiënten. Dit impliceert dat een precieze inventarisatie en omschrijving van relevante aspecten voor verpleeghuizen nodig is vanuit het perspectief van verzorgenden.

Stap drie bestond uit de dataverzameling in verpleeghuizen en de analyse van de bevindingen. De in de literatuur gevonden aspecten dienden als leidraad, als zoeklicht, bij het interviewen en observeren. De belangrijkste vraag in de interviews met verzorgenden was: wat vind je belangrijk in de zorg voor bewoners? of: wat betekent voor jou goede zorg in het verpleeghuis? Van elk aspect werden de omschrijvingen die verzorgenden gaven genoteerd en geclusterd en er werden notities gemaakt van de interpretatie die ze aan de aspecten gaven. In interviews en bij observaties werd erop gelet of verzorgenden de aspecten uit de literatuur naar voren brachten, welke betekenis ze eraan gaven en welke eventuele nieuwe aspecten ze noemden. De geselecteerde aspecten uit de literatuur zijn vergeleken met de aspecten die door verzorgenden naar voren waren gebracht.

Het resultaat van dit proces was een definitieve inventarisatie van relevante aspecten: bejegening, zelfstandigheid, aandacht, beschikbaarheid, privacy en continuïteit. Voor elk aspect is gezocht naar de aanduiding die de inhoud het best weergaf. Dikwijls bleek dat een begrip te zijn dat door verzorgenden zelf naar voren was gebracht. Tot slot zijn de aspecten vanuit de probleemstelling geïntegreerd in het licht van het begrip 'eigenwaarde', dat de verbindende schakel bleek te zijn tussen de aspecten en de ervaring van kwaliteit van zorg.

De weerslag van dit proces is te vinden in de paragrafen 5.3.1 tot en met 5.3.6. Elke paragraaf begint met de omschrijving van het aspect, die weergeeft wat verzorgenden onder het aspect verstaan en met welke typische handelingen binnen de door hen geboden verzorging ze het aspect in verband brengen. De paragraaf vervolgt met een toelichting op de betekenis van het aspect, waarbij naar voren komt hoe verzorgenden doorgaans de situatie op de afdeling en in het bijzonder de situatie van de verpleeghuisbewoners interpreteren. Dat maakt begrijpelijk wat in hun ogen het belang is van een aspect voor de kwaliteit van zorg.

5.2 Wat verstaan verzorgenden onder kwaliteit van zorg

Verzorgenden spreken heel zelden spontaan over kwaliteit van zorg, maar zij gebruiken wel de uitdrukking 'goede zorg', die ze als een synoniem van het concept kwaliteit van zorg beschouwen.¹ Het blijkt hen veel moeite te kosten om nauwkeu-

¹ De concepten 'kwaliteit van zorg' en 'goede zorg' zullen vanaf nu als synoniem worden gebruikt.

rig te verwoorden wat ze met dit begrip bedoelen. Deze bevinding bevestigt de typering van kwaliteit als primitief begrip (zie § 2.1). Wel kunnen verzorgenden duidelijk aangeven welke delen van de zorg ze belangrijk vinden voor de bewoners, zoals 'de bewoners er netjes uit laten zien' en 'vragen van bewoners zo snel mogelijk beantwoorden'. De opvattingen over deze afzonderlijke delen kunnen worden gegroepeerd tot enkele aspecten van zorg, die het oordeel van verzorgenden over kwaliteit van zorg beïnvloeden. Kwaliteit van zorg heeft betrekking op 'het goede doen' voor de bewoners. Volgens de verzorgenden zouden de bewoners altijd het uitgangspunt moeten zijn van hun denken en handelen, omdat ze er zijn voor de bewoners. Ze zijn van mening dat ze zoveel mogelijk in de zorgbehoeften van bewoners moeten voorzien met hun zorg, die qua hoeveelheid en aard afgestemd moet zijn op de individuele behoeften en wensen van de bewoner.

Van dat uitgangspunt leiden verzorgenden twee criteria af waarmee ze hun taaioordeel over de kwaliteit van zorg bepalen. Ten eerste vragen ze zich af of ze zelf één van de bewoners zouden willen zijn, als een opname voor hen nodig mocht worden. Die vraag, waarbij ze zich identificeren met de bewoners, is vanuit hun perspectief een belangrijke maatstaf voor kwaliteit. Een gediplomeerd ziekenverzorgende zou niet in het verpleeghuis waar ze nu werkt willen wonen en beargumenteert dat als volgt:

'Als je het aan mij zou vragen of ik hier zou willen wonen: nee. Er is geen zorg op maat. Als er één op vier zou zijn [één verzorgende voor vier bewoners] zonder wachten, dan zou het best prettig zijn. De mensen die terug kunnen die vinden het best fijn hier. Mensen die verwaarloosd zijn ook, die krijgen hier meer aandacht. Maar de blijvers die zouden wel graag naar huis willen (...). Als ze het maar naar hun zin kunnen hebben en kunnen krijgen wat ze willen.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende ongedif. afd., 7 mei 1990)

In de tweede plaats vormen ze hun oordeel door de verpleeghuiszorg te vergelijken met de zorg die ze hun eigen ouders zouden willen geven. Hiervan zijn verschillende voorbeelden te geven, zoals:

'Ik denk ook vaak: je eigen vader of moeder zou hier zitten. Hoe benader je die dan? Toch ook op zo'n manier? Je wilt toch niet dat, laten we zeggen je vader voor een open deur zit en dat zij [de verzorgenden] naar binnen rennen en de kamer binnenkomen?'

(Leerling-ziekenverzorgende verzorgingsbehoefte afd., 12 mei 1992)

Wat verzorgenden aanmerken als het sterke punt van de zorgverlening in het verpleeghuis, wordt duidelijk als ze 'het verpleeghuis' vergelijken met het beeld dat ze hebben van 'het ziekenhuis'. Daarbij wijzen ze erop dat in het verpleeghuis de bewoner als mens centraal staat en niet alleen zijn ziekte of zijn handicap. Ze benadrukken dat, niet zoals in het ziekenhuis, alleen plaats is voor de lichamelijke

behoefte van de bewoner, maar ook voor de psychosociale component van de ziekte. Door deze referentie geven ze betekenis aan hun ervaring van goede zorg, namelijk de zorg waarin de relationele aspecten tot hun recht komen.

Om goede zorg te kunnen verlenen vinden verzorgenden dat ze naast kennis en vaardigheden, vooral een 'juiste houding' moeten hebben. Een verzorgende heeft een goede houding als het werk haar ligt, als ze het met plezier doet, als ze zich in de situatie van de bewoners kan inleven en zich voor hen inzet. De persoonlijke instelling en de 'liefde voor het werk' zien ze als voorwaarden om het werk goed te doen, omdat beide sterk beïnvloeden hoe de bewoner wordt benaderd:

'Ik merk ook wel dat sommige mensen, vooral jonge mensen, geen liefde voor hun vak hebben. Ik vind dat ze soms weleens cru tegen de mensen zijn: "Ja, nou moet je eens je mond houden." Je weet dat mensen hier aan het dementeren zijn en dan moet je ze wel liefdevol benaderen. Met eten bijvoorbeeld en dan moeten ze dat opeten. Van die grote prakken, misschien hebben die mensen dat vroeger nooit gegeten. En dan niet prakken, maar dat het gezellig is en het er smakelijk uitziet. Dat vind ik weleens jammer. En ik vind dat je dat niet op de werkdruk kan schuiven, dat is je persoonlijke instelling.'

(Leerling-ziekenverzorgende verzorgingsbehoefte afd., 12 mei 1992)

De betrokkenen verschillen van mening over de vraag hoe een verzorgende de juiste houding krijgt: sommigen zeggen dat een verzorgende die van nature moet hebben en anderen zeggen dat die kan worden geleerd. De mening die iemand formuleert lijkt samen te hangen met de positie die hij inneemt. Het merendeel van de ziekenverzorgenden en verpleeghulpen gaat ervan uit dat het 'in je moet zitten' en dat je slechts een klein deel kan leren:

'Het is een gave hoor, als je dit werk goed kan doen. Het moet uit jezelf komen. Dat kan niemand je leren, het hoofd niet en de teamleiders niet. Een deel kan je wel leren, maar die houding moet uit jezelf komen. Mensen moeten vertrouwen in je hebben en anders moet je keihard werken om dat weer te herstellen.'

(Verpleeghulp dubbelzorg afd., 28 mei 1991)

Opleidingscoördinatoren, docenten op school en praktijkbegeleiders, zijn veel meer geneigd om naast de basishouding, een professionele of beroepsmatige houding te onderscheiden. Volgens hen zijn 'normale' sociale vaardigheden niet voldoende om goed te functioneren in het verpleeghuis, omdat daar geen sprake is van gelijke verhoudingen. Eén van de partijen is oud en ziek, veelal invalide en als gevolg daarvan afhankelijk van hulp van de veelal jonge en gezonde verzorgenden. De afhankelijkheid veroorzaakt een onevenwichtigheid in de interactie en om daar als verzorgende goed mee om te gaan, is een beroepshouding nodig die kan worden geleerd:

'In het gewone menselijke contact kan iedereen bij wijze van spreken deelnemen. Dat hoeft je niet te leren om met mensen om te gaan. Maar die beroepshouding is nodig om in evenwicht te blijven van beide kanten. Wat je moet leren is het beroepsmatige, omdat ze ziek zijn (...). Je leert bijvoorbeeld wat het inhoudt om ziek te zijn, je kan je beter inleven, je kan meer begrip tonen en je kan het zelf beter aan. Leren verplaatsen in ... Wat houdt het nu in om ... Ga maar eens blind door een gang lopen en voel maar eens hoe dat is, ga maar eens in bed liggen en kijk maar eens wat je nog ziet, je hele belevingswereld wordt klein.'

(Praktijkbegeleider som-vph, 26 april 1990)

De geïnterviewden die deze mening verwoordden, vinden dat verzorgenden bewust gemaakt moeten worden van de invloed van invaliditeit en afhankelijkheid op de relatie tussen bewoner en verzorgende, zodat ze er in de zorgverlening rekening mee kunnen houden. In de opleiding wordt geprobeerd om hen dat bij te brengen, onder meer door de bestudering van theorie en vaardigheidstrainingen (zie § 7.2).

5.3 Relationele aspecten van zorg

In de volgende paragrafen worden de zes relationele aspecten beschreven die vanuit het perspectief van verzorgenden belangrijk zijn voor de kwaliteit van zorg in het verpleeghuis. Dat zijn achtereenvolgens: bejegening, zelfstandigheid, aandacht, behulpzaamheid, privacy en continuïteit. Deze volgorde is willekeurig en geeft niet aan welk van de aspecten meer of minder belangrijk is (omdat verzorgenden niet is gevraagd daarover een uitspraak te doen). Daar waar verzorgenden in bijzondere situaties een bepaald aspect relatief belangrijker vinden dan andere, is dat in de tekst verwerkt. Om de lezer een overzicht te geven van de opbouw en de informatie die in een paragraaf wordt gegeven, worden telkens de omschrijving en de betekenis van het aspect in een kader weergegeven.

5.3.1 Bejegening

Omschrijving

Met bejegening bedoelen verzorgenden dat ze zorgdragen voor een net uiterlijk van bewoners en dat ze de bewoners op een beleefde manier benaderen.

Betekenis

- Vermindering van zichtbare stigmatiserende kenmerken van bewoners.
- Serieuze en respectvolle benadering van bewoners.

Omschrijving van het aspect bejegening

Uit de verzamelde gegevens blijkt dat de bejegening van bewoners een belangrijk element is in de beleving van verzorgenden. Verzorgenden gingen spontaan in op dit onderwerp tijdens interviews en gesprekken met de onderzoeker op de afdeling. Het aspect bejegening is uit de literatuurstudie naar voren gekomen en heeft dan vooral betrekking op respect en gelijkwaardigheid in de relatie tussen hulpverleners en patiënten. Alhoewel verzorgenden het begrip bejegening niet dikwijls gebruikten, is de categorie toch hiermee aangeduid, omdat door hen wel duidelijk enkele handelingen tijdens de verzorging werden genoemd, die konden worden geïnterpreteerd als vormen van bejegening van bewoners.

In de eerste fasen van de analyse konden verschillende fragmenten uit interviews en observatienotities worden gecodeerd met het begrip 'bejegening' en daarna is het begrip verder uitgewerkt door analyse van nieuw verzamelde onderzoeksgegevens. Daarbij bleken twee elementen telkens terug te komen: ervoor zorgen dat bewoners er netjes uitzien en beleefd zijn in de omgang met de bewoners. Beide zullen hieronder worden toegelicht.

Zorgdragen voor een net uiterlijk van bewoners Voor verzorgenden hoort bij de bejegening van bewoners dat ze zorgdragen voor een net uiterlijk van bewoners, dat hun kleding schoon is, dat ze geschoren zijn, sieraden dragen, make-up en geurtjes gebruiken en dat hun haar netjes is gekapt. Voor sommige bewoners kunnen verzorgenden naar hun gevoel niet zoveel meer doen, dan er voor te zorgen dat ze niet vervuilen en er netjes uitzien. De zorg voor het uiterlijk is dan naast de basiszorg één van de weinige taken die hen nog rest:

'Voor de eigenwaarde van de bewoner, vooral in een pg-huis [psychogeriatrisch verpleeghuis] vind ik. Die mensen worden toch al een beetje vergeten, vooral door de familie. Het enige wat je dan nog voor ze kunt doen is ze er een beetje verzorgd uit te laten zien. Dat ze niet zo vervuild zitten en dat ze, ik weet natuurlijk niet wat ze denken, het lijkt mij dat als ik zo zou zitten in de derrie en ik zou niks kunnen, nou ik zou het afschuwelijk vinden. Ik zou er ook netjes en schoon uit willen zien. Ik ga van me zelf uit eigenlijk.'

(Tweedejaars leerling-ziekenverzorgende pg-vph, 14 april 1992)

Tevens kunnen ze door een zorgvuldige verzorging de onaangename gevolgen van de ziekten of handicaps van bewoners voorkomen, verhelpen of verminderen. Ze zien het als hun verantwoordelijkheid om een bewoner te verschonen, die vieze of natte kleding aan heeft. Door deze en andere handelingen proberen ze de bewoners te helpen om de waarneembare effecten van hun lichamelijke of psychische beperkingen te reduceren:

'Incontinent zijn ze hier allemaal. Maar als je ze 's morgens goed wast met zeep, dan is de lucht weg. Dan doe je ze een luier om, dan knap je ze op

en dan geef je ze een lekker luchtje op. Dan toont het allemaal anders en ruikt het allemaal fris.'

(Leerling-ziekenverzorgende verzorgingsbehoefte afd., 12 mei 1992)

Zorgen voor een goede uiterlijke verzorging is voor verzorgenden een vanzelfsprekend element van hun werkzaamheden. Ze vinden het belangrijk voor de bewoners die aan hun zorgen zijn toevertrouwd en voor wie ze de verantwoordelijkheid hebben gekregen.

Beleefdheid in de omgang met bewoners Tot een goede bejegening van bewoners rekenen verzorgenden ook dat ze hen beleefd benaderen. In principe gelden daarvoor de gewone omgangsregels: ze willen bewoners serieus nemen, hen niet beleedigen, ze mogen niet brutaal zijn, snauwen of een grote mond geven:

'Het is heel belangrijk dat je om de mensen geeft en dat je respect toont. Je kunt mensen niet afsnauwen, juist omdat ze soms onmondig zijn en niets terug kunnen zeggen. Ze kunnen geen weerwoord geven. Je moet niet grof zijn, want je hebt verantwoordelijkheid ten opzichte van ze. En als je wat duidelijk wilt maken, moet je dat op een andere manier doen.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende ongedif. afd., 10 oktober 1991)

In de handhaving van deze regels kunnen afdelingshoofden een belangrijke rol spelen:

'De patiënten komen altijd op de eerste plaats. Of ze nu aardig zijn of niet, ik tolereerde niet dat het personeel een grote mond had. Daar was ik altijd heel streng op, want dat had prioriteit.'

(Voormalig afdelingshoofd ongedif. afd., 26 maart 1990)

Over het algemeen zijn de onderzochte teams het erover eens dat ze niet te familiair met de bewoners moeten omgaan, want 'het is tenslotte geen familie van je'. Meestal spreken ze hen aan met 'mevrouw' en 'meneer'. Benamingen als vrouwtje, schatje en liefje, behoren dan ook niet tot een beleefde omgang. Mensen van achttien of negentien jaar, zo formuleert een geïnterviewde, horen niet te 'jij-en en te jou-en' tegen mensen die hun opa of oma zouden kunnen zijn.

Verzorgenden hebben regelmatig reden om uitzonderingen op deze regels te maken. Als een bewoner het prettiger vindt om met de voornaam te worden aangesproken dan gebeurt dat. Dementerende bewoners worden soms met hun voornaam of hun meisjesnaam aangesproken, omdat ze daar naar luisteren, terwijl ze de achternaam van hun echtgenoot, die ze aannamen toen ze trouwden, zijn vergeten.

De gewenste beleefdheid eist van verzorgenden dat ze hun slechte humeur of irritatie verbergen voor de bewoners die ze verzorgen en dat ze zich niet op hen afreageren. Als dit onderwerp in de interviews ter sprake komt wijzen verzorgenden

er altijd op dat ze 'ook maar mensen zijn' en ook hun goede en slechte dagen hebben. Over de kwestie of verzorgenden hun humeur, moeheid, verdriet of blijdschap mogen tonen aan de bewoners, denken ze over het algemeen hetzelfde: ze mogen bewoners niet met hun eigen problemen opzadelen, maar ze mogen wel begrip van bewoners vragen als het werk hen een dag niet zo goed afgaat. Ook als verzorgenden uitleg geven aan bewoners, vereist dat een beleefde aanpak waarbij ze bewoners in hun waarde laten. Vanuit die visie vinden ze dat ze tegen bewoners behoren te zeggen wat ze gaan doen, bijvoorbeeld als ze de rolstoel willen verzetten, de dekens terug willen slaan om de bewoner te gaan wassen, een bed naar beneden laten zakken of als ze even weglopen tijdens de verzorging. Als verzorgenden uitleg gebruiken om bewoners te corrigeren, moeten ze dat beleefd doen met het doel om hen te helpen:

'Een mevrouw kan moeilijk communiceren, omdat ze de woorden niet kan vinden en dan ziet ze het verkeerd. Van de week deed ze aarde in de koffie. Ze weet dat ze wat in de koffie moet doen, suiker, maar ze deed iets anders. Dan kun je wel zeggen: "Wat heb je nou gedaan, ben je helemaal gek geworden?", maar dan wordt ze verdrietig. Je kunt ook zeggen: "Ik denk dat u dat verkeerd heeft aangepakt, kijk dit was de suiker." Kijk dan corrigeer je ze wel, maar dan hoeft je iemand niet te beledigen. Dan help je iemand gewoon erin: "U heeft de keuze niet helemaal goed gemaakt, u wist wel dat er wat in moest, maar u heeft het verkeerde gepakt." Zo help je ze dan.'

(MDGO-VPer verzorgingsbehoefte afd., 11 mei 1992)

De verzorgende toont door de wijze waarop ze uitlegt dat ze de aanpak van de bewoner respecteert. Door de manier waarop ze de bewoner corrigeert, beledigt ze haar niet en zorgt ze ervoor dat de bewoner niet met haar gebrek wordt geconfronteerd.

Betekenis van het aspect bejegening

Verzorgenden in het verpleeghuis ervaren dat de eigenschappen en capaciteiten waaraan mensen hun eigenwaarde ontleen, voor bewoners zeer beperkt zijn. Zij verwijzen dan naar de lichamelijke beperkingen en psychische stoornissen, waardoor bewoners afhankelijk zijn van de hulp van anderen, waardoor hun uiterlijk veranderingen heeft ondergaan en ze moeilijk contacten met anderen kunnen onderhouden. Verzorgenden proberen door een respectvolle bejegening, aan bewoners duidelijk te maken dat ze het waard zijn om aandacht aan te besteden om zo het gevoel van eigenwaarde van bewoners te herstellen. Daarbij spelen twee thema's een rol die hieronder worden behandeld: vermindering van zichtbare stigmatiserende kenmerken en een serieuze en respectvolle benadering van bewoners.

Vermindering van zichtbare stigmatiserende kenmerken van bewoners Goffman (1979) duidt lichamelijke gebreken (alle mogelijke fysieke afwijkingen) en ook psychi-

sche stoornissen aan, als belangrijke categorieën stigmata. Een stigma is een eigenschap of kenmerk (*attribute*) van minder wenselijke aard, dat iemand onderscheidt van de anderen in de categorie mensen waar hij in zou moeten passen. Dit heeft consequenties voor de sociale contacten tussen de gestigmatiseerde persoon en de 'normalen':

'In dat geval reduceren we hem in gedachten van een volwaardig, normaal individu tot iemand waarmee iets mis is, iemand die niet helemaal meetelt. Een attribuut met een dergelijk effect is een *stigma*, vooral wanneer de diskwalificerende werking die ervan uitgaat voor het individu erg verstrekkende gevolgen heeft; soms wordt zo'n attribuut ook wel een gebrek, tekortkoming of handicap genoemd.' (Goffman 1979, p. 10)

Het begrip stigma omvat bij Goffman een breed scala van meer of minder belangrijke kenmerken, die alle het effect hebben dat de bezitter ervan wordt gediskwalificeerd. De mate waarin dat gebeurt, is onder meer afhankelijk van de zichtbaarheid van het stigma. Zo is het onzichtbaar dat iemand een psychiatrisch verleden heeft of een ongehuwde moeder is, maar is blindheid meestal direct waarneembaar. Tevens is van belang de mate waarin het stigma als storend wordt ervaren en als een belemmering wordt gezien. Zo zou stotteren tijdens een vergadering een groter stigmatiserend effect hebben, dan het missen van een been. Uit Goffman's analyse wordt duidelijk dat hij zeker niet alleen refereert aan 'zeldzame of dramatische tekortkomingen' of 'buitenissige vormen van anders-zijn', maar meent dat vrijwel ieder mens ervaring heeft met een stigma dat soms de vorm heeft van een geringe tekortkoming van het gebruikelijke (Goffman 1979, p. 129).

Verpleeghuisbewoners zijn in deze gedachtengang gestigmatiseerd: zij hebben al dan niet zichtbare en in meer of mindere mate als storend ervaren tekortkomingen. De meesten van hen zullen nooit meer volledig participeren in de samenleving, zelfstandig wonen, werken of voor zichzelf zorgen. Het niet voldoen aan de vermoedens en normatieve verwachtingen resulteert in een wat Goffman noemt, geschonden sociale identiteit (*spoiled identity*). Ondanks het feit dat de persoon op grond van zijn andere kenmerken aanspraak kan maken op een normale omgang, wordt hem op grond van het ongewenste kenmerk de rug toegekeerd. Sociaal zo zegt Goffman, wordt hij gezien en behandeld als 'de blinde', 'de kreupele' of 'de seniele'.

Op het effect van chronische aandoeningen en handicaps voor de identiteit en de zelfwaardering van een persoon, wordt in de literatuur ook door andere auteurs gewezen. Volgens Bergsma (1987) betekent de afhankelijkheid waarmee chronische aandoeningen dikwijls gepaard gaan, voor de meeste mensen, dat zij niet meer functioneren zoals ze vroeger deden. Veranderingen in het lichamelijk functioneren, zoals afhankelijkheid en misvormingen, hebben volgens hem veel effect op zaken als zelfervaring en zelfwaardering, omdat het lichaam in grote mate het 'zelf' bepaalt (Bergsma 1987, p. 84). Charmaz (1983) voerde een gedetailleerde kwalitatieve studie uit, naar de verandering van het zelfbeeld van chronische zieken. Zij schrijft:

'Chronically ill persons frequently experience a crumbling away of their former self-images without simultaneous development of equally valued new ones. The experiences and meanings upon which these ill persons had built former positive self-images are no longer available to them. (...) Over time, accumulated loss of formerly sustaining self-images without new ones results in a diminished self-concept.' (Charmaz 1983, p. 168)

Volgens deze auteur leiden chronische ziekten tot een ander en minder gewaardeerd zelfbeeld, omdat de zieke de ervaringen en betekenissen moet ontberen, waaraan hij vroeger zijn identiteit ontleende. In eerste instantie leiden zulke ervaringen tot verlies van het zelfvertrouwen, maar op de lange duur ook tot een verandering van de identiteit: '(...) affected individuals commonly not only lose self-esteem, but even self-identity.' (ibid, p. 169)

Cruciaal in het betoog van Charmaz is voorts dat niet alleen het vroegere gewaardeerde zelfbeeld verandert, maar dat ook de mogelijkheden voor chronische zieken om een nieuw en als zinvol ervaren zelfbeeld op te bouwen, beperkt zijn. Zij wijst op de verminderde zelfredzaamheid, die chronisch zieken ervaren als gevolg van zwakte of immobiliteit en op het sociale isolement en het gereduceerd bestaan, waar hun ziekte toe kan leiden. Volgens Charmaz zijn dit de bronnen waaraan personen hun eigenwaarde ontleen en als ze niet over deze bronnen beschikken, vermindert hun zelfwaardering: 'With such values, the chronically ill question their own self-worth and view their developing limitations as losses.' (ibid, p. 169).

Bij de behandeling van het aspect bejegening is het van belang, dat verzorgenden proberen om de *eigenwaarde* van bewoners te herstellen door middel van de uiterlijke verzorging en de beleefde benadering. Met eigenwaarde bedoelen ze de manier waarop de bewoner over zichzelf denkt, zichzelf waardeert en of hij zijn leven zinvol acht. Een geïnterviewde drukt het als volgt uit:

'Hun *eigenwaarde* dat gaat eigenlijk voorop, om ze zelf weer het geloof te geven dat ze het zelf weer aankunnen. (...) De meeste mensen denken gelijk: dat kan ik niet. Sommigen hebben zoveel teleurstellingen gehad, ze denken dan min over zichzelf van: dit lukt mij niet en waar dien ik eigenlijk voor, niemand vindt me aardig, in die trant. En die proberen we het besef te geven dat ze voor zichzelf nog een hele hoop kunnen betekenen en ook voor degene die naast hen zit, hetzij met helpen of met koffie inschenken. Om ze het idee te geven van zie je wel, ik beteken toch meer voor een ander als ik zelf eigenlijk dacht. De waardering die ze krijgen is heel belangrijk.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende reactivering/begeleidingsbehoefte afd., 2 juni 1992)

Verzorgenden proberen de bewoners in hun gevoel van eigenwaarde te bevestigen, omdat ze daarmee verwachten het welbevinden van de bewoners te vergroten en omdat het volgens hen bijdraagt aan de acceptatie van de situatie: 'Het

behoud van eigenwaarde is belangrijk om sterker in je schoenen te staan en ook om gemakkelijker te accepteren wat je hebt en wat je niet meer kan.' Ze proberen om de bewoners in hun eigenwaarde te bevestigen door te zorgen voor hun uiterlijke verschijning en ze hopen dat bewoners die er netjes uitzien, beter over zichzelf zullen denken:

'Dat ze *zichzelf* nog *respecteren* en dat ze niet het gevoel hebben van: ik ben oud en ik ben een nietsnut en ik kan niets meer. Dat ze het gevoel hebben van: kijk es! Daarom vind ik dat je erop moet letten dat ze goed gekleed zijn en dat de haren netjes zitten, dan toont het in ieder geval een beetje nog van: hé, ik mag er best nog wel zijn.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende reactivering/opname afd., 25 mei 1992)

Om te zorgen voor een nette verschijning en om het 'eigen gezicht' te kunnen tonen, heeft een individu spullen nodig, zoals kleding, cosmetica of sieraden. Goffman (1977, p. 24) spreekt hier van de identiteitsuitrusting (*identity kit*) die iemand gebruikt om zijn persoonlijk gezicht te laten zien. In het verpleeghuis is dit gecompliceerd, omdat enerzijds het belang van de aankleding en de persoonlijke verzorging toeneemt, juist in situaties waarin de identiteit ongunstig wordt beïnvloed door ziekte of misvormingen. Anderzijds omdat bewoners in het verpleeghuis dikwijls afhankelijk zijn van de manier waarop anderen over hun 'persoonlijke gezicht' willen en kunnen waken.

De uiterlijke verzorging kan een manier zijn om een zichtbaar stigma te maskeren of het effect daarvan te verminderen. Dat kan niet in alle gevallen, bijvoorbeeld als mensen in een rolstoel zitten, misvormingen hebben, een amputatie hebben ondergaan of dement zijn. Een verpleegkundige constateert dat er in het verpleeghuis veel meer aandacht is voor uiterlijkheden dan in het ziekenhuis waar ze heeft gewerkt. Door de kleding proberen ze weer 'een mens' van de bewoner te maken, waarmee wordt aangegeven dat de functie van kleding en persoonlijke verzorging onder meer ligt in het minder zichtbaar maken van de stigmatiserende kenmerken en in het positieve effect daarvan op het gevoel van de bewoner over zichzelf:

'...Het echte verzorgen dat iemand er netjes bijzit, de haren netjes, alles netjes, dat heb ik hier geleerd. Iemand met een CVA bijvoorbeeld die lag daar in zo'n ziekenhuisjasje gewoon in bed. Hier krijgt iemand zijn pantalon aan, zijn stropdas en je probeert er *weer een mens van te maken*, om het zo te zeggen. Dat is eigenlijk het verschil, hier wordt meer zorg geboden aan uiterlijkheden.'

(Afdelingshoofd ongedif. afd., 6 april 1992)

Serieuze en respectvolle benadering van bewoners Een andere manier om de eigenwaarde van bewoners te herstellen, is door serieus en respectvol met hen om te gaan:

'Je probeert natuurlijk wel ze in hun eigenwaarde te laten, met u aan te spreken, hoe ze zijn. En ze serieus te nemen, dat als ze incontinent zijn dat je daar geen grapjes over maakt.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende verzorgingsbehoefte afd., 11 mei 1992)

Ook de hoge leeftijd van de bewoners doet verzorgenden ertoe neigen om hen beleefd en met eerbied te behandelen. Ouderdom moet volgens hen niet synoniem worden gezien met allerlei stigmatiserende kenmerken, zoals gebreken en ziekte, maar zou juist aanleiding moeten zijn om respect te hebben voor hun levenservaring en alles wat de ouderen hebben meegemaakt. Verzorgenden hebben ontzag voor de generatie die nu in het verpleeghuis verblijft. ('Hoe wij nu kunnen leven is door hen opgebouwd en ze verdienen daarvoor een stuk respect en eerbied.') Het ontzag voor de huidige oudere generatie en het leeftijdsverschil tussen de bewoners en de verzorgenden, speelt een rol in het denken over de zorg en de bejegening van bewoners:

'Maar wie geeft je het recht om een vrouw van tachtig of negentig te straffen? Je hebt eigenlijk al zo'n machtspositie, je moet ook weleens vanuit de andere kant kijken, vanuit die mevrouw. (...) Je kan alles doen met ze, maar het blijven wel mensen met wie je werkt, het zijn oude mensen en ze hebben al een heel leven achter de rug. Een hele geschiedenis en daar kun je best rekening mee houden.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende reactivering/begeleidingsbehoefte afd., 2 juni 1992)

Beginnende leerlingen geven er om die reden blijk van dat ze het moeilijk vinden om ouderen te corrigeren of te helpen; ze vinden dat ze als jongeren niet in de positie zijn om dat te doen:

'Of een bewoner terechtwijzen, oh vreselijk vond ik dat. Het had mijn opa kunnen zijn en dan zeg ik dat hij dat niet mag doen. Dat vond ik echt moeilijk en ik vind het nog moeilijk. Die mensen zijn zoveel ouder en hebben veel meer levenservaring en dan kom jij met je achttien jaar even zeggen wat ze wel en niet mogen.'

(Tweedejaars leerling-ziekenverzorgende pg-vph, 14 april 1992)

Goede zorg in het verpleeghuis betekent voor verzorgenden onder meer dat ze door hun zorg voor het uiterlijk van bewoners en door hen beleefd te behandelen, de stigmatiserende effecten reduceren van hun hoge ouderdom en hun lichamelijke en geestelijke gebreken. Daarmee hopen ze te bewerkstelligen dat bewoners beter over zichzelf zullen denken.

5.3.2 Zelfstandigheid

Omschrijving

Onder zelfstandigheid verstaan verzorgenden de stimulering van de zelfzorg van bewoners.

Betekenis

- Bestrijding van hospitalisatie van bewoners.
- Bewoners de controle over het eigen leven laten behouden.

Omschrijving van het aspect zelfstandigheid

In de uitspraken van verzorgenden tekende zich een patroon af van ideeën en opvattingen over zelfstandigheid van bewoners, zelfzorg, zelfredzaamheid, eigen verantwoordelijkheid, onafhankelijkheid en keuzevrijheid. Het aspect dat is gevormd uit deze thema's, wordt aangeduid met het begrip zelfstandigheid, omdat dat het best uitdrukt wat het centrale thema is van de categorie en bovendien aansluit bij de woorden van de verzorgenden zelf.

Stimulering van de zelfzorg van bewoners Verzorgenden streven naar het in stand houden of bevorderen van de zelfstandigheid van bewoners. Ze doen dat door stimulering van de zelfzorg van bewoners, waarmee ze bedoelen dat bewoners zoveel mogelijk zelf taken moeten uitvoeren die nodig zijn voor hun verzorging en dat bewoners hun deskundigheid inbrengen en zelf beslissingen nemen over persoonlijke zaken. Deze handelingen liggen in elkaars verlengde: als bewoners niet meer voor zichzelf kunnen zorgen, proberen verzorgenden om hen in ieder geval nog invloed te laten uitoefenen op de verzorging en op de voor hen relevante besluiten.

Verzorgenden moedigen bewoners aan om binnen hun mogelijkheden zoveel mogelijk voor zichzelf te zorgen. Pas als een bewoner de dagelijkse activiteiten echt niet meer zelf kan uitvoeren, vullen zij de zelfzorg aan en nemen ze taken van hem over. Bewoners zouden volgens hen zoveel mogelijk actief in de zorg moeten participeren in plaats van haar passief te ondergaan. Verzorgenden leggen evenwel niet bij alle bewoners evenveel nadruk op zelfzorg. Bij patiënten die langdurig in het verpleeghuis verblijven, kennen ze er een andere betekenis aan toe dan bij reacteringspatiënten. Bij blijvende bewoners maken ze nadrukkelijk een afweging tussen enerzijds de energie en inspanning die het van de bewoners vergt en anderzijds de opbrengst die de zelfzorg voor hen heeft:

'Bij een CVA-patiënt die hier blijft is het ook zo dat je iets eerder overneemt, omdat iemand dan de dag verder nog een beetje uitgerust is. Dan ga je niet moedwillig iemand een tijd voor de wastafel zetten en zeggen: "Doet u het zelf maar." '

(Afdelingshoofd ongedif. afd., 6 november 1991)

Verzorgenden leggen bij revalidatiepatiënten veel meer nadruk op zelfzorg. Ze móeten lichamelijke oefeningen doen en leren om weer voor zichzelf te zorgen, omdat ze anders niet terug naar hun huis of naar het verzorgingstehuis kunnen. ('Ze moeten er voor vechten om het weer zelf te doen, zodat ze weg kunnen.') Voor de bevordering van de zelfredzaamheid moeten verzorgenden de wensen van de bewoners weleens in de wind slaan. Dat wordt ze op het moment zelf niet altijd in dank afgenomen, maar het is de ervaring van de verzorgenden dat als de bewoners later daadwerkelijk naar huis kunnen, ze meestal dankbaar zijn:

'Bij revalidatie doe je een appèl op zelfstandigheid. Je wordt daar soms wel voor stijf gevloekt, maar vaak is er toch dankbaarheid. Ze zeggen toch wel vaak dat je gelijk gehad hebt als ze dan eenmaal weg kunnen. Als ze hier hun leven lang moeten zitten, kun je ze ook niet veel meer bieden dan een bed, een kast en de dagelijkse zorg. Zeg nou zelf, niemand zit hier toch voor z'n lol?'

(Afdelingshoofd ongedif. afd., 6 november 1991)

Verzorgenden durven in hun overreding vrij ver te gaan, omdat ze bij revalidatie veel resultaten toeschrijven aan het doorzettingsvermogen en de motivatie van de patiënten. Als ze het bijltje erbij neergooien en fixeren op dat wat ze niet meer kunnen, dan wordt de revalidatie een veel moeizamer proces.

Participatie in de verzorging houdt volgens verzorgenden niet alleen in dat bewoners worden aangesproken op hun mogelijkheden om zichzelf te wassen, aan te kleden, naar de wc te gaan, te lopen of hun bed op te maken. Participatie betekent ook dat bewoners zelf keuzen maken en hun ervaring en deskundigheid inbrengen:

'...U mag ook vertellen hoe u het wilt dat ik het doe. Je moet ervan uitgaan dat die mensen wel hun hele leven zichzelf hebben gewassen. En nu komt er een ander en die vertelt even hoe je gewassen wordt. Daarom moet je die bewoner erbij betrekken. Ik zal je een voorbeeld geven van een patiënt die jarenlang haar man had verzorgd met een ap [= anus praeternaturalis, kunstmatige darmuitgang in de buikwand] en er toen zelf één kreeg. Wij hebben dan de richtlijnen "hoe verzorg ik een ap", maar zij heeft het jaren zelf gedaan, dus laat ze het ons zelf vertellen. Je krijgt dan ook een stuk zelfzorg terug.'

(Personeelsconsulent som-vph, 4 april 1990)

Patiënten hebben snel de neiging om beslissingen aan anderen over te laten als ze eenmaal zijn opgenomen, zo is de ervaring van verzorgenden en andere zorgverleners in het verpleeghuis. Een diëtiste, die toch volgens haar al snel wordt gezien als 'de juffrouw met het opgestoken vingertje', merkt dit eveneens bij de opname van een nieuwe bewoner:

'Je merkt de wil tot keuzevrijheid niet altijd bij de mensen. Je merkt dat zelf ook bij een opname in het ziekenhuis, bijvoorbeeld de zuster zegt ..., de dokter zegt ..., de diëtiste zegt ... Je bent opeens nergens meer verantwoordelijk voor. Dat merk je ook als je binnenkomt, dan zeggen ze: "U komt zeker zeggen wat ik moet doen, ik mag zeker niks meer hebben?" En dan zeg ik dat dat zo helemaal niet gaat.'

(Diëtiste som-vph, 25 april 1990)

Gewoonlijk heeft de keuzevrijheid van bewoners op de afdeling betrekking op schijnbaar triviale zaken. Dat wil niet zeggen dat bewoners geen belangrijke en meestal definitieve besluiten moeten nemen over bijvoorbeeld hun financiën, hun eigen huis of hun bezittingen. Maar in de dagelijkse zorg manifesteert de keuzevrijheid zich vooral in kleine dingen, die zich over het algemeen vaak herhalen. Het zijn juist de kleine, alledaagse dingen die de bewoner voortdurend bewust maken van zijn onvermogen en afhankelijkheid en daarom vinden verzorgenden het belangrijk voor bewoners dat ze kunnen kiezen welke kleding ze willen dragen, waar ze willen zitten en hoe ze hun koffie willen drinken:

'Als de mensen hier zitten dan geef ik ze een melkkannetje en een suikerkannetje en dan vraag ik: 'Wilt u koffie?' en dan mogen ze zelf de melkkan en de suiker doorgeven. Ik laat ze ook zelf nadenken van: "Mag ik wel suiker?" of "Wil ik suiker?" Terwijl op de afdeling wat je vaak ziet is gewoon er zit al melk doorheen, standaard, of ze melk willen is niet ter sprake want er zit gewoon al melk in de kan. En de keukenzuster weet wie er suiker in de koffie of thee wil, dus er gaat gewoon al suiker in. En roeren, ja ze krijgen zo'n plastic lepeltje, maar vaak is dat ook al gebeurd.'

(Activiteitenbegeleider som-vph, 11 december 1991)

De maaltijd is een ander veelgenoemd voorbeeld. Een geïnterviewde vertelt wat een leerling meemaakte:

'Mensen van de vooropleiding zijn vaak kritisch, ze komen er kersvers in, zijn bloedserieus bezig met alles, met zoveel ja's en maar's. (...) Ik vroeg pas aan een leerling: "Hoe ging dat nu dat helpen met eten?" en die was daar eigenlijk heel kwaad over, want ze zei: "De persoon gaf te kennen dat hij genoeg had, dus hield ik op met eten geven." Een gediplomeerde komt erbij en die zegt: "Oh, dat doet ie altijd zo hoor en die pakt die lepel uit mijn hand en hop, hop, hop het eten wordt naar binnen gepropt." En dan wordt er volledig voorbijgegaan aan wat de patiënt wil, hij wil niet meer, nee hij mot.'

(Opleidingscoördinator som-vph, 27 februari 1990)

Dat er al dan niet bewust aan de keuze van de bewoner voorbij werd gegaan, riep ergernis op bij de leerling en bij de geïnterviewde opleidingscoördinator.

Betekenis van het aspect zelfstandigheid

Verzorgenden streven naar het behoud en de bevordering van zelfstandigheid met het doel de onafhankelijkheid van bewoners te vergroten en ervoor te zorgen dat ze niet meer dan nodig op hulp van anderen zijn aangewezen. In het perspectief van verzorgenden op onafhankelijkheid spelen twee thema's een rol, die hierna aan de orde zullen komen: de bestrijding van hospitalisatie van bewoners en bewoners zoveel mogelijk controle geven over eigen leven. Bewoners worden volgens verzorgenden dikwijls geconfronteerd met de dingen die ze niet meer kunnen en dat kan gepaard gaan met een verlies van eigenwaarde. De stimulering van zelfzorg krijgt in het licht van dit verschijnsel een diepere betekenis, namelijk het gevoel van eigenwaarde van bewoners te vergroten.

Bestrijding van hospitalisatie van bewoners Onder hospitalisatie verstaan verzorgenden een complex geheel van gedragingen van bewoners, waarover de volgende uitspraken werden geregistreerd in de interviews:

- 'Gehospitaliseerd zijn is gewend zijn aan een inrichting, dat het voor je gedaan wordt en dat je zelf ook gaat denken dat je het niet meer kan.'
- 'Het hospitalisatieproces draagt eraan bij dat interesses afnemen, alles wat buiten gebeurt dat raakt de mensen niet meer.'
- 'Hospitalisatie is ook het afnemen van zelfstandigheid, het meegaan in het ritme, geen zin meer hebben in iets anders, aanpassing aan regels. Initiatieven nemen is niet meer nodig.'
- 'Die mensen worden heel erg passief, ze denken niet meer, ze hospitaliseren heel erg.'
- 'Hospitalisatie is echt helemaal naar zichzelf gericht van nu moet mijn bordje pap komen, nu moet ik naar de wc, nu moet ik naar bed. Alles afgestemd op uur en tijd.'

Het gemeenschappelijke element in deze uitspraken is dat bewoners door hospitalisatie hun zelfstandigheid verliezen: ze denken niet meer na, nemen geen verantwoordelijkheid meer en doen niets meer zelf. Gehospitaliseerde bewoners interesseren zich niet voor wat er buiten hun eigen grenzen gebeurt en zijn erg op zichzelf gericht. Hun leefwereld is gereduceerd tot wat zich binnen het verpleeghuis afspeelt. Ze hebben geringe mogelijkheden om op veranderingen en onverwachte gebeurtenissen te reageren en ze passen zich het liefst volledig aan het dagritme in het verpleeghuis aan.

Als het hospitalisatieproces wordt verminderd, kan de zelfstandigheid van bewoners toenemen. In de ogen van verzorgenden zijn zelfstandigheid en verantwoordelijkheid essentiële facetten die behoren bij het leven van mensen. De gevolgen van het hospitalisatieproces, zoals hierboven genoemd, worden door verzorgenden beschouwd als ongewenst en stigmatiserend. Gehospitaliseerde bewoners functioneren volgens hen niet meer als zelfstandig denkende mensen en leiden een 'beperkt' leven:

'Als je mensen uit de hospitalisatie haalt dan *zijn ze weer mens*, want dan beslissen ze weer dingen over zichzelf waar ze naar toe willen, hoe ze het willen doen. Als ze in het hospitalisatieproces zitten dan zitten ze in een patroon, want dan denken ze niet meer. Alleen als het belletje in hun hoofd afgaat van: het is nu half elf, ik moet naar het toilet toe, reageren ze. Verder reageren ze eigenlijk nergens op, het zijn mensen die ook nooit vragen om naar buiten te gaan.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende reactivering/opname afd., 26 mei 1992)

Hospitalisatie is een verschijnsel dat zich in het verpleeghuis bij met name de chronische bewoners gemakkelijk voor kan doen. Deze groep is gedurende lange tijd op vrijwel alle levensterreinen afhankelijk van hulp, is onderworpen aan een groot aantal regels en onderhoudt slechts een beperkt aantal contacten met de wereld buiten het verpleeghuis. Wat die kenmerken betreft, lijkt het verpleeghuis op een totale institutie, waarin de mogelijkheden voor zelfstandigheid zeer beperkt zijn en de bewoners geneigd zijn hun 'eigen ik' op te geven (zie § 3.2). Bij het hospitalisatieproces wordt door een aantal geïnterviewden gesproken over de wisselwerking tussen het gedrag van de zorgverleners en dat van de bewoners. Hospitalisatie wordt door hen gezien als het resultaat van enerzijds het gedrag van verzorgenden die taken als vanzelfsprekend uit handen nemen van de bewoners, anderzijds van het gedrag van de bewoners die alles uit handen laten nemen en hun verantwoordelijkheid afstaan. Volgens de visie van een geïnterviewde zou de houding van de bewoners verband houden met het beeld dat de samenleving heeft van een verpleeghuis. Een onjuiste beeldvorming kan verkeerde verwachtingen wekken bij nieuwe bewoners:

'Mensen hebben hier toch vaak het idee: voor mij hoeft het niet meer, ik zit hier en jullie zorgen maar voor me. (...) Het gevoel van in een instituut te zijn beïnvloedt dit. Dat gevoel hebben ze misschien wel niet bewust, maar dat is van buitenaf vanuit de maatschappij het beeld van het verzorgingstehuis en het verpleeghuis. Het beeld van ouderen is toch: als ik in een instituut ben, wordt er voor me gezorgd, heb ik niets meer te zeggen, ben ik afhankelijk. Bijvoorbeeld financieel doen ze niets meer, want in het verzorgingstehuis loop het via de Gemeentelijke Sociale Dienst en krijgen ze zakgeld; hier in het verpleeghuis nemen de kinderen het over.'

(Maatschappelijk werkende som-vph, 5 maart 1990)

Het voorkomen en tegenhouden van hospitalisatie is een taak waaraan verzorgenden veel belang hechten. In het verlengde van dit streven ligt de motivatie om door vergroting van de zelfstandigheid van bewoners, ervoor te zorgen dat ze controle over hun eigen leven houden. Hierover gaat het vervolg van deze paragraaf.

Bewoners de controle over het eigen leven laten behouden Verzorgenden vinden het aspect zelfstandigheid belangrijk voor kwaliteit van zorg, omdat het de controle

van bewoners over het eigen leven vergroot en bewoners in staat stelt om zich te verzorgen of zich te ontspannen op een manier die ze zelf prettig vinden. Zelfzorg en participatie in de zorg dragen eraan bij dat bewoners gebeurtenissen naar hun eigen hand kunnen zetten en minder afhankelijk zijn van anderen:

‘Ze worden totaal afhankelijk als jij alles doet en dat is nooit goed. Want er zijn ook tijden dat er weinig personeel is en als jij zelf niet kan eten, staat mooi jouw eten koud te worden. Dat zijn toch dingen die op den duur voor de mensen in het nadeel gaan werken. Als jij jezelf kunt wassen dan hoef je niet te wachten tot er eindelijk iemand jou komt helpen. Je kunt iets doen op de manier en op de tijd waarop je dat zelf zou willen.’

(Verpleegkundige reactivering/opname afd., 26 mei 1992)

Onafhankelijkheid in de zin van controle over het eigen leven, is in de visie van verzorgenden nauw verbonden met een volwaardig leven. Verlies van onafhankelijkheid moet volgens hen dan ook zoveel mogelijk worden voorkomen. Het is belangrijk dat een bewoner voor zichzelf kan zorgen en invloed kan uitoefenen op voor hem belangrijke beslissingen, omdat dat een gunstig effect kan hebben op zijn gevoel van *eigenwaarde*.

‘...Als iemand hier blijvend is, kan die hier nog wel twintig jaar wonen. En als je stukje bij beetje teveel overneemt, dan zit iemand op een gegeven moment als een plantje in de dagzaal. Dat hij daar ingedumpt wordt en 's middags er weer uit gereden wordt. En op een manier van toch blijven stimuleren en dat mensen toch nog tot iets in staat zijn, dan probeer je iemand zijn eigenwaarde, ook al ziet zo iemand niet altijd dat het goed is voor zijn eigenwaarde, zo probeer je dat iemand over vijf jaar toch nog in staat is zelf iets te doen, al is het maar zelf zijn drinken te pakken.’

(Afdelingshoofd ongedif. afd., 6 april 1992)

Enkele geïnterviewde chronische zieken in het onderzoek van Charmaz (1983) gaven er blijk van met meer waardering over zichzelf te denken, als ze meer zelfstandigheid ervoeren. Zij rapporteerden dat ze zich minder afhankelijk en beperkt voelden, alleen al door het idee dat ze enige zelfstandigheid konden behouden (Charmaz 1983, p. 172). Verzorgenden houden goed in de gaten dat ze geen bezigheden van de bewoners vragen die ze niet (meer) kunnen, omdat dat juist hun gevoel van eigenwaarde zou ondermijnen, zoals een activiteitenbegeleider aangeeft:

‘Meestal is het dat ze denken dingen te kunnen en dat jij daarvoor moet oppassen. Bijvoorbeeld iemand wil borduren en die deed dat vroeger heel veel, maar ziet nu heel slecht. Dan stel ik voor om te gaan lintweven. (...) Je moet daar vreselijk mee oppassen, dat je ze niet iets aanbiedt, wat ze niet kunnen. Want dan zeggen ze al heel gauw: “Zie je wel, dat kan ik niet, ik kan ook niets.” Er zijn mensen die vroeger hele kabeltruien breiden en

nu geen naald meer kunnen breien zonder drie steken te laten vallen. Voor ons is dat een belangrijke rol om dat te doorbreken en daarom doen we dingen die mensen nog wel zelf kunnen.'

(Activiteitenbegeleider som-vph, 11 december 1991)

De mogelijkheden voor zelfzorg en keuzevrijheid zijn door de organisatie en de aanwezige regels beperkt. Om die reden proberen verzorgenden de bewoners er toe aan te zetten, om de beslissingsruimte die ze hebben zoveel mogelijk te benutten. In het verpleeghuis heeft zelfstandigheid in veel gevallen betrekking op een kleine mate van zelfzorg en een geringe participatie. Daarmee wordt nogmaals duidelijk dat het belang van zelfstandigheid niet in de eerste plaats gelegen is in het aandeel dat de bewoners hebben in de totale verzorging en het werk dat ze verzorgenden uit handen nemen, maar in het effect dat zelfstandigheid en onafhankelijkheid volgens verzorgenden hebben op het zelfvertrouwen en het gevoel van eigenwaarde van de bewoners.

5.2.3 Aandacht

Omschrijving

Onder aandacht verstaan verzorgenden de verschillende activiteiten waarmee ze willen voorzien in de door hen waargenomen of veronderstelde behoefte van bewoners aan sociale contacten en gezelschap.

Betekenis

- De sociale isolatie en eenzaamheid van bewoners tegengaan.
- Het verpleeghuis tot een thuis maken voor de bewoners.

Omschrijving van het aspect aandacht

Het aspect aandacht kwam in de aspectbenaderingen in de literatuur voor, maar verzorgenden bleken er iets anders onder te verstaan. Het begrip aandacht is rechtstreeks ontleend aan de terminologie van de verzorgenden en de omschrijving werd geformuleerd door de verschillende uitspraken over 'aandacht' te clusteren. Aandacht heeft bij uitstek betrekking op de relatie tussen verzorgenden en bewoners en is zeer belangrijk in de betekenis die verzorgenden toekennen aan de dagelijkse situatie in het verpleeghuis. Synoniem voor aandacht is ' bezig zijn met de bewoners' en 'tijd hebben voor de mensen'.

Activiteiten gericht op sociale contacten en gezelschap Het is opvallend dat verzorgenden geen nauwkeurige omschrijving van aandacht kunnen geven, terwijl ze het aspect vaak ter sprake brengen in interviews en gesprekken. Ze kunnen ook niet precies aangeven hoe en wanneer ze aandacht geven aan bewoners. Als hen in het onderzoek wordt gevraagd wat ze met aandacht bedoelen, sommen ze meestal een lijst op met verschillende activiteiten:

'Nou gewoon, als het niet druk is, een praatje maken met de mensen: "Hoe voelt u zich vandaag?", even bij de mensen gaan zitten, als mensen zitten te lezen dan is het: "Goh, wat zit u te lezen?", of je zet een muziekje aan in de dagzaal, je maakt het een beetje gezellig voor de mensen. Je doet eens wat met de mensen, er is niet vaak tijd voor een spelletje dus dan maak je gewoon een praatje, dat gaat eigenlijk vanzelf. Als iemand kan lopen vraag je of iemand de plantjes wil water geven of als er een uitstapje is vraag je of iemand mee gaat en dan zeggen ze: "Nee, want ik ben zo ziek en dit en dat" en die probeer je toch te activeren, zodat ze zeg maar 's middags met het uitstapje meegaan.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende ongedif. afd., 8 april 1992)

Een inventarisatie uit de verschillende interviews levert de volgende activiteiten op, die verzorgenden uitvoeren onder de noemer aandacht:

- aanwezig zijn en bij de mensen gaan zitten;
- hier en daar een praatje maken;
- het gezellig maken op de afdeling;
- een luisterend oor bieden;
- troosten of geruststellen;
- een sigaretje rollen in de huiskamer;
- wat met de mensen gaan doen, zoals zingen of borduren;
- een spelletje doen;
- naar buiten gaan wandelen met de bewoners;
- een uitstapje maken met de bewoners.

Het gemeenschappelijke van deze activiteiten is dat ze op de één of andere manier tegemoet komen aan sociale behoeften van bewoners, die verzorgenden aanwezig achten bij bewoners of bij hen hebben waargenomen. Op basis hiervan is het aspect aandacht omschreven als: de verschillende activiteiten waarmee verzorgenden willen voorzien in de door hen waargenomen of veronderstelde behoefte van bewoners aan sociale contacten en gezelschap.

Aan aandacht schrijven verzorgenden positieve effecten toe voor de bewoners en ze beschouwen het als panacee voor allerlei problemen in de patiëntenzorg. Dat toont zich in verzuchtingen, zoals: 'Als we maar meer tijd hadden voor de bewoners.' of 'Als we maar meer aandacht konden geven aan de mensen.' Het geven van aandacht aan de bewoners kan zelfs als officieel afdelingsdoel worden geformuleerd. Hoe gunstige effecten op bewoners door aandacht precies teweeg worden gebracht, is niet zo duidelijk. Op een dubbelzorg-afdeling gaven verzorgenden aan dat de bewoners minder gilden en riepen dan voorheen, dat ze meer praatten en dat ze het meer naar hun zin hadden. Waardoor ze deze resultaten hadden bereikt was de verzorgenden niet goed duidelijk, maar aandacht speelde daarin volgens hen wel een rol:

'Ze zijn dan rustig, praten gezellig en natuurlijk hebben ze af en toe nog weleens een uitbarsting, maar dat kan niet helemaal over zijn. Maar niet

zoals je in overdrachten leest van andere afdelingen dat ze hele dagen zitten te gillen. (...) Hoe dat komt dat weet ik niet, dat vraag ik me ook wel eens af. Dat kan zo zijn dat het aan ons ligt, maar ik weet niet hoe ze daar met de bewoners omgaan. Ik denk dat het aan de aandacht ligt.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende dubbelzorg afd., 22 april 1992)

Aandacht kent in het verpleeghuis verschillende vormen, omdat verbale communicatie lang niet met alle bewoners mogelijk is, zoals met dove bewoners, bewoners met spraakstoornissen (bijvoorbeeld na een CVA) of dementerenden. Verzorgenden zoeken dan naar andere middelen om contact met hen te krijgen, zoals gebaren, het gebruik van schriften met geschreven woorden of plaatjes en aanraking. Aanraking is een belangrijk middel om contact te krijgen met bewoners, al hebben ze het idee dat het in sommige gevallen ernstig tekort schiet:

'Als iemand doof is of slecht ziet en dan onrustig is, tikt of op de grond spuugt, dan is het moeilijk om iemand op dat moment te bereiken. Daar heeft iedereen dan op dat moment moeite mee, dat is best triest. Daar kan je niet doorheen dringen, dan kun je iemand zijn hand vasthouden, aaien, maar niet zoveel meer.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende dubbelzorg afd., 22 april 1992)

Bij coma-patiënten en verplegingsbehoefte dementen die niet meer met woorden zijn te bereiken, zijn verzorgenden volledig aangewezen op non-verbale communicatie. Aanwezig zijn, een hand vasthouden, een arm om iemand heenslaan of knuffelen, kan dan wonderen doen en een zeer geruststellende werking hebben op de bewoners, zo is hun ervaring. Aanraking van bewoners is voor verzorgenden tevens een manier om de bewoners te 'verwennen', omdat ze deze vorm van aandacht fijn vinden: 'Bij wassen kun je ook aandacht geven, misschien lekker afdrogen of goed de rug schrobben, dat vinden ze ook lekker, daar genieten ze van.'

Naast het verschil tussen verbaal en non-verbaal contact, maken verzorgenden onderscheid tussen de intensiteit waarmee ze aandacht geven. Bij oppervlakkige vormen van aandacht, denken ze bijvoorbeeld aan spelletjes doen of praten over koetjes en kalfjes. Dit soort contacten doen zich meestal voor op toevallige momenten op de dag, tussen de drukke werkzaamheden door en tijdens activiteiten die in gezelschap van de andere bewoners worden uitgevoerd, zoals het nuttigen van de warme maaltijd in de huiskamer. Er is dan te veel afleiding om zich op een persoonlijk gesprek te concentreren.

Tot persoonlijke en meer intensieve vormen van aandacht, rekenen verzorgenden persoonlijke gesprekken met bewoners waarin gelegenheid is om serieuze onderwerpen naar voren te brengen. Zoals bijvoorbeeld problemen met het ziek zijn, verwerking van een handicap of het naderend sterven, de verkoop van het eigen huis, de kinderen die weinig op bezoek komen of de omgang met pijn en verdriet. Voor een intenser contact achten verzorgenden het van belang dat beiden behoefte hebben aan het contact en het op prijs stellen, dat ze samen zijn

met een bewoner en dat er rust en ruimte is om met elkaar te praten. Deze vorm van aandacht zal dus bij voorkeur plaatsvinden tijdens een wandeling of gedurende de late avonduren als het rustig is op de afdeling.

Als verzorgenden 's ochtends tijdens hun drukke werkzaamheden merken dat een bewoner behoefte heeft aan aandacht, zullen ze proberen om stil te staan bij zijn problemen. Een geïnterviewde drukte de spanning die zij op dat moment voelt tussen hard doorwerken en luisteren, als volgt uit:

'Als iemand zich alleen voelt dan probeer je wel echt aandacht te geven. Als bijvoorbeeld iemand 's ochtends opeens begint te huilen en dan denk je oh, ik moet die en die nog op de wc zetten enzovoort, maar dan blijf je bij de patiënt zodat die uit kan praten enzo. Dan maak je er op dat moment tijd voor vrij.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende ongedif. afd., 8 april 1992)

Volgens verzorgenden voelen bewoners heel goed aan of er tijd voor hen is of niet. Een afdelingshoofd vergeleek in dat verband de ervaring van bewoners bij de fysiotherapie en bij de verzorging op de afdeling:

'De fysiotherapeuten betekenen heel veel voor de mensen. Soms zijn er dingen voorgevallen op de afdeling en dan komen ze daar en dan kunnen ze wat meer praten. Ze hebben tijd, ze kunnen luisteren. Hier gaat het allemaal zo gehaast, zo vluchtig. Daar hebben ze een kwartier, iemand is een en al oor en de bewoner weet: er wordt naar me geluisterd. Bewoners voelen heel scherp aan dat ze het niet hoeven af te breken voor het werk.'

(Afdelingshoofd ongedif. afd., 18 april 1990)

De uitdrukking 'vragen om aandacht' is typerend voor verzorgenden in het onderzoek en verdient dan ook enige toelichting bij de behandeling van dit aspect. Verzorgenden kunnen van mening zijn dat een bewoner terecht om hun aandacht vraagt. Bijvoorbeeld als een bewoner zich in hun ogen in een dusdanig moeilijke situatie bevindt, dat hij volgens hen (extra) aandacht nodig heeft. Soms hoeft hij dan niet eens om aandacht te vragen, om het toch te krijgen. Verzorgenden behoren, zo vinden ze zelf, oog te hebben voor zulke situaties:

'Bijvoorbeeld bij de dodenherdenking. Als je 's avonds langs de bedden liep, dan had je mensen die geen hulp nodig hadden, maar wel de aandacht, omdat juist zij zich nu bewust zijn van wat er weer gebeurt. Als je dan goed luisterde, dan hoorde je iemand huilen. Je moet er alert op zijn, het moet in je zitten. Soms zie je mensen gewoon kijken van: zeg wat tegen me, geef me aandacht.'

(Personeelsconsulent som-vph, 4 april 1990)

Het is een ander geval als een bewoner volgens de verzorgenden zoveel aandacht en tijd opeist, dat het ten koste gaat van de overige patiënten. Een bewoner vraagt

dan meestal niet letterlijk om 'aandacht', maar stelt concrete vragen (om andere kleding aan te trekken, om zijn bril schoon te maken, om naar het toilet te mogen) die door verzorgenden worden geïnterpreteerd als vragen om aandacht:

'Er zijn ook mensen die heel mondig zijn en voor zichzelf opkomen. Dan vragen ze om drinken, dan of ze even naar de wc mogen. Dat moet je wel eens kort houden, anders vragen ze zoveel aandacht en dat is niet eerlijk vergeleken bij anderen, die dat niet kunnen. Sommigen, zoals mevrouw L. die is hier al heel lang, al tien jaar, en die vindt dat zij op grond daarvan eisen mag stellen en mensen mag claimen. Naar wat wij kunnen bieden vraagt ze teveel.'

(Afdelingshoofd ongedif. afd., 6 november 1991)

Als verzorgenden vinden dat de bewoner ten onrechte zoveel vragen stelt om aandacht te krijgen, zullen ze er minder snel op ingaan. Over het algemeen echter stellen ze contacten met bewoners zeer op prijs, omdat ze op die manier veel voor hen kunnen betekenen en het idee hebben hen echt te kunnen helpen met hun problemen.

Betekenis van het aspect aandacht

Aandacht is volgens verzorgenden een belangrijk aspect van de zorg, omdat het de sociale isolatie en eenzaamheid van bewoners kan verminderen. Ook kunnen gezelschap en gezelligheid eraan bijdragen dat bewoners zich meer thuis gaan voelen in het verpleeghuis. Positieve sociale contacten kunnen bewoners het idee geven dat ze wat voor anderen betekenen, dat ze waardevol zijn en verzorgenden veronderstellen dat dat een gunstig effect heeft op het gevoel van eigenwaarde van bewoners.

De sociale isolatie en eenzaamheid van bewoners tegengaan De verzorgenden in het onderzoek vinden dat mensen die hun verdere leven in het verpleeghuis doorbrengen, een relatief geïsoleerd bestaan leiden. De wereld van de meeste bewoners is beperkt, omdat zij door hun geringe mobiliteit nauwelijks meer buiten het verpleeghuis komen en de contacten die ze met de buitenwereld onderhouden, over het algemeen slinken naarmate de duur van de opname langer is. Als gevolg hiervan brengt een deel van de bewoners, de dag zwijgzaam door op de afdeling. Sociale isolatie is een belangrijke consequentie van het leven met chronische ziekten die ernstige beperkingen met zich meebrengen. Eenzaamheid is niet alleen een probleem voor chronische zieken die zijn opgenomen, maar ook voor thuiswonende chronische zieken (Charmaz 1983). Charmaz concludeert dat het gebrek aan contacten met andere mensen, de aanleiding kan zijn voor een negatieve verandering van het zelfbeeld: 'Since selves ordinarily are situated in networks of social relationship, social isolation typically fosters loss of self.' (Charmaz 1983, p. 176)

Vanuit de gedachtengang dat het zelfbeeld van een persoon voor een belangrijk deel wordt gevormd door interacties met anderen in de omgeving, beschouwt

Charmaz sociale contacten als een mogelijkheid om een waardevol zelfbeeld te ontwikkelen. De bevestiging van anderen, en dat kunnen zowel familieleden, medebewoners als medewerkers zijn, speelt daar een grote rol in. Door positieve contacten kan de zieke zich gewaardeerd weten ondanks zijn beperkingen:

‘When ill persons receive positive reflections of self in interaction and take them as credible and real, they are more apt to regard themselves positively. But when demeaned and discredited by those to whom they attach significance – even during the briefest of interactions – then maintaining a positive self-image becomes problematic.’ (Charmaz 1983, p. 181)

Zij vervolgt dat voor chronische zieken die in een relatief geïsoleerde positie verkeren, de weinige contacten met het medisch en verpleegkundig personeel van zeer groot belang worden: ‘Discrediting definitions of self from medical personnel, especially physicians, become increasingly significant for an isolated ill person.’ (ibid, p. 184)

Toegepast op de situatie in het verpleeghuis, betekent het dat de contacten tussen verzorgenden en bewoners uitermate belangrijk zijn voor het zelfbeeld van bewoners. In de sociale contacten kunnen verzorgenden bewoners het gevoel geven dat hun leven betekenis heeft en ze in hun *eigenwaarde* bevestigen. Tussen bewoners die veel en die weinig bezoek krijgen, kunnen verzorgenden verschil maken in het geven van aandacht:

‘Sommige mensen hebben nog zoveel: die gaan in het weekend weg, of ze gaan bij familie op bezoek, er komen mensen langs, ze hebben uitstapjes, kunnen zelf nog brieven schrijven en telefoneren. Dus die hebben een heel circuit van aandacht. Maar bij anderen die er verminkt uitzien, of vrienden zijn al overleden, partner is overleden, als je negentig bent zijn je kinderen ook al bijna zeventig dan wordt dat allemaal een stuk moeilijker. Dus die mogen dan ook best wat meer aandacht tijdens het wassen en aankleden.’

(Afdelingshoofd ongedif. afd., 6 november 1991)

Vanuit de invalshoek van verzorgenden zijn plezierige contacten en gezelschap, noodzakelijke voorwaarden voor de bewoners om sociaal te overleven. Ze proberen te voorkomen dat bewoners vereenzamen en in een isolement terecht komen:

‘Contacten zijn heel belangrijk voor iedereen, anders raak je geïsoleerd. Dan sterft het letterlijk af. De wereld van de bewoners wordt al erg klein en beperkt. En ook van de kant van de familie wordt het vaak al afgebroken en wordt alles afgezegd. Je hoeft niet in je kist te liggen voor je dood bent. Want dat gebeurt letterlijk.’

(Activiteitenbegeleider som-vph, 2 april 1990)

Een belangrijk moment waarop verzorgenden contacten met bewoners kunnen aangaan is tijdens de verzorging. Voor verzorgenden is het heel belangrijk dat ze dan aan de bewoner laten merken dat ze met hem bezig zijn en dat het prettig is om met hem om te gaan. Hebben ze hun gedachten niet bij het werk, dan ontbeert de bewoner persoonlijke aandacht en ontmenselijkt de zorg:

‘Als ze aan het wassen zijn en je hoort ze dan over de schermen heen met elkaar praten, dan ben je verkeerd bezig. Praat dan met iemand als je aan het wassen bent, dat is ook individuele aandacht. Met eten geven ook, het is net of je met een dier bezig bent als je dan met elkaar gaat zitten praten. Je wordt dan *een ding*.’

(Voormalig afdelingshoofd ongedif. afd., 26 maart 1990)

Aandacht heeft ook de betekenis om het bewoners meer naar de zin te maken op de afdeling en ze zich meer thuis te laten voelen in het verpleeghuis.

Het verpleeghuis tot een thuis maken voor de bewoners Het gezellig maken van de afdeling maakt deel uit van de poging van verzorgenden om het verpleeghuis zoveel mogelijk tot een thuis te maken voor de bewoners. Ze trachten met het scheppen van sfeer op de afdeling, de belevingswereld van de bewoners te manipuleren. Daarbij realiseren ze zich heel goed dat de opname in het verpleeghuis voor bewoners betekent dat ze hun eigen vertrouwde omgeving hebben moeten opgeven, maar ze doen hun best om in het verpleeghuis een gezinssituatie na te bootsen, waarin ze zelf een belangrijke functie hebben als vervangende familie en als initiators van gezelligheid:

‘Je probeert hier een zo prettig mogelijke sfeer te maken. De thuissituatie zo dicht mogelijk te benaderen. Dat geeft veiligheid. Mensen verblijven hier tot het eind van hun leven, wonen hier. Het is daarom belangrijk dat ze zich op hun gemak voelen. (...) Je probeert een huiskamersfeer te maken. Ze wonen hier en ze moeten zich hier op hun gemak voelen.’

(Gediplomeerd ziekenverzorgende verplegingsbehoefte afd., 24 oktober 1991)

Het is voor verzorgenden niet eenvoudig om hun streven te realiseren. De meeste bewoners zitten in het verpleeghuis omdat het niet anders kan, maar kunnen moeilijk aanvaarden dat dit hun nieuwe thuis moet zijn:

‘...Dit is uw nieuwe thuis. Máák het ook thuis, vooral nu met de feestdagen hoor je: “Ik ga geen kerstfeest vieren, want thuis deed ik dit en thuis deed ik dat.” Wat is de reden dat u dat hier niet doet? Waarom zou je het hier niet gezellig maken? Ze zien het niet als thuis. Ze zien het hier als een gevangenis: ik zit hier tegen mijn wil en ik kan er niet uit. Niemand wil hier zitten, niemand. (...) Maar de laatste Kerst hier was heel leuk, heel gezellig.’

lig. Maar dat beeld van vroeger hè, Kerst thuis toen de kinderen nog klein waren. Die vergelijking speelt bij een aantal mensen heel sterk.'
(Activiteitenbegeleider som-vph, 11 december 1991)

In hun streven naar een thuissituatie en naar gezelligheid maken verzorgenden onderscheid tussen bewoners die langdurig in het verpleeghuis 'wonen' en bewoners die er kortdurend reactiveren (een onderscheid dat ook naar voren kwam bij het aspect zelfstandigheid). Bij de laatste groep houden ze de contacten soms opzettelijk zakelijk en koel. De reactiveringspatiënten mogen het verpleeghuis niet als een thuis gaan beschouwen, omdat ze gemotiveerd moeten zijn om het verpleeghuis zo snel mogelijk te verlaten:

'Ik maak een onderscheid tussen blijvers en mensen die naar huis gaan. Voor de blijvers is het van belang dat je ze liefde geeft, dat het een huis voor ze is, dat ze vertrouwen krijgen. Ik probeer toch een soort familie voor ze te zijn. Dat geven is makkelijker als ze blijven, bijvoorbeeld bij terminale patiënten dan moet je er zijn. Als ze weggaan is het contact zakelijker.'

(Teamleider ongedif. afd., 5 november 1991)

Verzorgenden zijn gemotiveerd om de sfeer op de afdeling te verbeteren, omdat het resulteert in een betere stemming van de mensen en omdat het een belangrijke zingeving is aan hun werk.

5.3.4 *Behulpzaamheid*

Omschrijving

Met behulpzaamheid doelen verzorgenden op het aanbieden van zorg die adequaat en op tijd in de hulpbehoefte van de bewoners voorziet.

Betekenis

- Vermindering van het gevoel van afhankelijkheid bij bewoners.

Omschrijving van het aspect behulpzaamheid

Verzorgenden associëren het aspect behulpzaamheid met klaar staan voor de bewoners zodat ze niets tekort komen. In de bestaande aspectbenaderingen komt dikwijls het aspect beschikbaarheid voor, waarmee bijna altijd wordt bedoeld op de bereikbaarheid van beroepsbeoefenaars en de toegankelijkheid van voorzieningen. Dit aspect is de basis geweest om het aspect behulpzaamheid te formuleren, waarmee bepaalde activiteiten van medewerkers binnen het verpleeghuis worden aangeduid. Het begrip behulpzaamheid verdient de voorkeur boven het begrip beschikbaarheid om het aspect mee aan te duiden, omdat het voortkomt uit de terminologie van de verzorgenden.

Het aanbieden van adequate zorg Behulpzaamheid wordt door verzorgenden omschreven als het aanbieden van zorg die adequaat en op tijd in de hulpbehoefte van bewoners voorziet. Het idee zieken of ouderen te kunnen helpen, is een sturende factor bij de keuze voor het beroep van ziekenverzorgende (zie § 7.2). Uit de regelmaat waarmee in de vraaggesprekken over dankbaar werk en liefdewerk – wat niet gelijk is aan werk zonder betaling – wordt gesproken, mag de conclusie worden getrokken dat het voor verzorgenden belangrijk is dat ze liefde geven aan bewoners en dat ze hen behulpzaam zijn:

‘Dat je er toch nog voor hen kunt zijn, hoe moeilijk ze het ook vaak hebben. Dat je ze toch nog die liefde kan geven om dat laatste, zware loodje te vergemakkelijken voor ze.’

(Gediplomeerd ziekenverzorgende reactivering/opname afd., 25 mei 1992)

Soms worden ze voor hun inzet ‘beloond’ met een succesvolle reactivering en kan de bewoner terug naar huis of naar het verzorgingstehuis:

‘En dan denk ik voor mezelf dus ook van zo, die mevrouw doet het weer even zelf, dat hebben we toch maar weer even gedaan. Dat is voor jezelf ook lekker dat je die mensen weer een beetje vooruit ziet gaan en dat ze toch weer naar huis kunnen. Dat is natuurlijk het allerleukste. Een soort dankbaarheid krijg je dan wel van die mensen. (...) En als ze dan toch weer zwaaiend weggaan en bedankt dat jullie me zo goed hebben geholpen, dan is dat toch een lekker gevoel voor jezelf.’

(Gediplomeerd ziekenverzorgende reactivering/opname afd., 25 mei 1992)

Maar dikwijls moeten ze hun motivatie en voldoening van het werk ontleen aan andere resultaten en beloningen, zoals een blik van een bewoner of dankbaarheid voor de ontvangen hulp:

‘Het is soms plezierig werk, mensen geven je wat terug in de vorm van dank of een blik. Je ziet dat ze blij zijn dat je ze helpt. Sommige mensen zeggen heel vaak dankjewel. (...) Je krijgt voldoening, soms krijg je een blik die laat zien dat mensen blij zijn dat je ze helpt.’

(Gediplomeerd ziekenverzorgende ongedif. afd., 7 mei 1990)

Verzorgenden geven op verschillende manieren hulp aan de bewoners. Veel hulp in het verpleeghuis verlenen ze op eigen initiatief. Het is voor hen routine binnen hun dagelijks werk om bij activiteiten van bewoners, zoals wassen, aankleden, kofiedrinken, eten, uitkleden en naar bed gaan, op geregelde tijden hulp te geven of te vragen aan een bewoner of hij hulp nodig heeft. Als er iets bijzonders is, zal een bewoner met hen moeten overleggen, bijvoorbeeld over de tijd waarop hij

kan opstaan of naar bed geholpen kan worden. Op een aantal onderzochte afdelingen werd ook automatisch hulp aangeboden bij de toiletgang, waarvoor op vaste tijden toiletronden waren ingesteld.

Naast de dagelijkse routines anticiperen verzorgenden op situaties waarin naar hun mening hulp nodig is, terwijl de bewoner er zelf niet om vraagt. Ze schudden bijvoorbeeld de kussens op zodat een bewoner comfortabeler kan zitten of liggen, ze verschonen iemand die incontinent is of gemorst heeft met eten. Bij de psychogeriatric speelt het eigen initiatief van verzorgenden een grotere rol dan in de somatiek, omdat psychogeriatric bewoners minder goed duidelijk kunnen maken wat er aan mankeert en waar ze behoefte aan hebben. Om vast te stellen wat in een bepaalde situatie adequate hulp is, moeten verzorgenden het vermogen bezitten zich in de bewoner in te leven om te zien wat hij nodig heeft. ('Je moet zien wat er is, wat ze aangeven, wat ze mankeren. Je moet eigenlijk denken aan dingen die ze zelf niet meer weten.') Het volgende voorbeeld laat dit zien:

'Als je eten voor iemand neerzet, snappen ze dat niet. Eten zegt ze niets meer. Je moet tegen iemand zeggen: "Uw eten is er" en je moet daarbij helpen. Niet zoals in het ziekenhuis: "Had u geen trek?" en het weghalen. Je moet het aanbieden, maar we dwingen niet. (...) In het ziekenhuis zijn ze daar niet op ingesteld. Ze hebben er geen inzicht in, ze begrijpen het niet en ze hebben er geen tijd voor.'

(Afdelingshoofd verzorgingsbehoefte afd., 18 november 1991)

De mogelijkheid bestaat ook dat de bewoner zelf om hulp vraagt door rechtstreeks een verzorgende te roepen of door de bel te gebruiken. Verzorgenden hebben dikwijls het idee dat de vraag om hun hulp nooit stopt ('Die bel zou ik er vanaf rukken!') en dat idee is zeer bepalend voor de ervaring van hun werk (zie ook § 6.2). Dit maakt het begrijpelijk dat ze de vraag als het ware eerst beoordelen, alvorens een volgens hen adequate reactie te geven. Bij de beoordeling van 'de vraag om de zuster' laten ze zich door een aantal factoren leiden, zoals: de aard van het werk dat ze aan het doen zijn op het moment dat de vraag wordt gesteld; de ernst en urgentie waarmee ze de vraag inschatten; de investering die is vereist om in de behoefte te voorzien en de reputatie van de bewoner. Als een bewoner bekend staat als iemand die veel vraagt en vaak belt, dan zullen verzorgenden hem minder haastig te hulp schieten.

Behulpzaamheid betekent voor verzorgenden niet alleen dat ze hulp aanbieden, maar tevens dat ze in de gelegenheid worden gesteld om hun werkzaamheden af te maken. Deze schijnbare vanzelfsprekendheid hangt samen met het karakter van de hulp in het verpleeghuis. Die hulp bestaat veelal uit een serie van handelingen die logisch met elkaar samenhangen en een natuurlijk geheel vormen. Zo kan een verzorgende pas beginnen met het wassen van een bewoner, nadat ze vele voorbereidingen heeft getroffen, zoals handdoeken pakken, kleding uit de kast halen, water halen, de bewoner uitkleden en eventueel verband of zalf klaarleggen. Na de wasbeurt wordt de bewoner geholpen met aankleden, haren kammen en eventueel scheren en krijgt hij zijn bril, gehoorapparaat, tas, gebit en vest-

je aangereikt. Deze afronding van de zorg is volgens verzorgenden voor bewoners erg belangrijk, omdat ze zich dan klaar voelen en gereed zijn voor de dag.

Tijdens de uitvoering van een serie van handelingen, zijn er legio momenten waarop een verzorgende kan worden gestoord. Ze vinden het zeer onplezierig, wanneer de samenhang tussen de handelingen wordt doorbroken. Van grote invloed op het optreden van onderbrekingen, is de wijze waarop de verpleging is georganiseerd. Bij functionele verpleging vinden veel vaker onderbrekingen plaats, dan bij teamverpleging.⁵ De eigen veldaantekeningen tonen dat functionele verpleging in de zuivere vorm niet zoveel meer voorkomt en dat volledige teamverpleging ook zeldzaam is. In de praktijk komen vooral varianten en mengvormen voor, zodat op de meeste afdelingen waar teamverpleging is ingevoerd, ook nog functionele vormen zijn te vinden, zoals toiletronden, douchedagen en wondenronden.

Bij functionele verpleging werken verzorgenden taakgericht en dat zou volgens Clark en Bowling (1990) veel eerder leiden tot, wat zij noemen *batch treatment*. Dit begrip ontleen de auteurs aan *Totale instituties* van Goffman en zij verstaan eronder dat bewoners achter elkaar dezelfde behandeling ondergaan. Ieder moet in een rij op zijn beurt wachten tot zijn voorganger klaar is. De resultaten uit de door hen onderzochte Britse verpleeghuizen, duiden erop dat *batch treatment* veelvuldig voorkomt (zie ook § 7.3.1). Verzorgenden in het verpleeghuis duiden deze werkwijze aan met lopende-bandwerk.

Na deze omschrijving van het aspect behulpzaamheid, zal worden ingegaan op de wijze waarop verzorgenden het aspect interpreteren in het kader van kwaliteit van zorg.

Betekenis van het aspect behulpzaamheid

Het gevoel van afhankelijkheid bij bewoners verminderen Aan de basis van het aspect behulpzaamheid ligt de opvatting dat de bewoners totaal afhankelijk zijn van de hulp van anderen. Er ontstaan levensbedreigende situaties als zij de (basis)zorg niet zouden ontvangen. Vanuit deze visie is het begrijpelijk dat verzorgenden zich zeer verantwoordelijk voelen voor het wel en wee van de bewoners en goed en op tijd hun werk willen doen. De verantwoordelijkheid uit zich bijvoorbeeld in de bewoordingen 'mijn bewoners', 'je eigen bewoners' en 'je bent er hier voor de mensen'. Verzorgenden proberen om klaar te staan voor de bewoners en ervoor te zorgen dat ze niets tekort komen:

5 Bij functionele verpleging worden de werkzaamheden functioneel verdeeld over de uitvoerenden. Eén persoon wordt belast met de uitvoering van een specifieke taak bij alle patiënten, zoals nagels knippen of medicijnen delen. Dit in tegenstelling tot teamverpleging of geïntegreerde verpleging, waarbij aan een beperkt aantal verzorgenden met aan het hoofd een teamleider of teamoudste, een groepje bewoners wordt toegewezen. De bedoeling is dat één verzorgende zoveel mogelijk alle hulp geeft aan een bewoner en verantwoordelijk is voor de uitvoering van zijn individuele zorgplan.

'Goed mijn werk doen is dat de mensen niks tekort komen. Dat ze echt wanneer ze wat vragen dat het gebeurt en niet van straks gebeurt het, maar nu gelijk. En niet dat ze eerst een half uur moeten gaan zitten wachten en dat je er constant voor die mensen bent en je afspraken nakomt. (...) Ik vind ik ben er voor die mensen, dit is mijn beroep en ik ben daar gewoon voor, dus ik moet dat ook doen. Ik wil het gewoon waarmaken.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende reactivering/opname afd., 25 mei 1992)

Een geïnterviewde omschrijft afhankelijkheid als: 'Afhankelijk voelen wil zeggen: ik zou het wel zelf willen doen, maar ik kan het niet, ik heb die ander daarvoor nodig.' Verzorgenden hopen door behulpzaamheid te bereiken dat bewoners de afhankelijkheid zo min mogelijk voelen.

Afhankelijkheid toont zich vooral als bewoners moeten wachten tot ze worden geholpen. Wachten drukt bewoners op het feit dat ze niet voor zichzelf kunnen zorgen:

'De afhankelijkheid van andere mensen, dat je als patiënt zijnde eigenlijk geen gelijkaardige relatie hebt, je bent afhankelijk, je bent aangewezen op de grillen van de desbetreffende hulpverlener. Dat merk je heel duidelijk. Je hoeft hier maar op de gang te lopen en iemand zegt: "Zuster, ik moet naar het toilet", en een zuster zegt zacht: "Ik kom er zo aan hoor." En een andere zuster loopt er heel hard langs en heeft het al tien keer gehoord.'

(Activiteitenbegeleider som-vph, 11 december 1991)

Afhankelijkheid en wachten op hulp kan bij bewoners het gevoel van *eigenwaarde* aantasten en het idee doen ontstaan dat ze lastig zijn voor anderen (zie ook § 5.3.2). In haar onderzoek vond Charmaz (1983) dat de angst om afhankelijk te worden en een last te zijn voor anderen, chronisch zieken in hoge mate bezighoudt. Het kan zelfs een zeer bepalend element worden van hun sociale identiteit:

'Since becoming a burden is rooted in physical dependency and immobilization, ill persons usually recognize that their illnesses have become their major source of social identity. (...) Becoming a burden affirms and intensifies immobility and stands in symbolic contrast to the way these persons wish to conceive of themselves.' (Charmaz 1983, p. 188)

Situaties waarin de bewoner moet wachten, treden ook op als eenmaal begonnen handelingen niet worden afgemaakt en een bewoner half gewassen en ontkleed in een nat bed moet wachten of te lang op de wc of een po-stoel blijft zitten. Zulke situaties zijn pijnlijk en kwetsend voor de bewoners en kunnen een gevoel van onveiligheid veroorzaken. In dit verband werd in de interviews met name gewezen op de functionele verpleging en *batch treatment* dat daarvan het gevolg kan

zijn. Verzorgenden voeren aan dat deze manier van werken zowel de bewoners als henzelf, de persoonlijke verantwoordelijkheid en voorkeur ontnemt. Ze voelen zich dan een robot die een lopende band bedient en waarvoor alleen het resultaat telt. Een verpleegkundige uit openlijk haar kritiek over het lopende band werk bij de verzorging van bewoners:

'Ik heb dat ook gezien dat ze met meerdere tegelijk gewassen werden, maar ik vind dat verschrikkelijk. (...) Ik vond dat op een pg-afdeling [psychogeriatrische afdeling] zo *mensonterend*; ze stonden echt allemaal tegelijk te wachten en dan werden ze eerst ingezeept en daarna afgespoeid, allemaal achter elkaar. Ik vond dat heel mensonterend. En dan in diezelfde rij stond weer iemand ze aan te kleden. De één soppen, de ander spoelen en de ander aankleden. Dat is echt lopende band werk en zo ga je niet met mensen om. Ik kan dat voor mezelf niet.'

(Verpleegkundige reactivering/opname afd., 26 mei 1992)

Het belangrijkste bezwaar dat verzorgenden tegen *batch treatment* hebben, wordt in dit citaat helder verwoord: bewoners worden door een dergelijke werkwijze niet menswaardig behandeld. Ze worden van een volwaardig, normaal individu gereduceerd tot 'dingen' waar wat aan moet gebeuren. Kwaliteit van zorg vereist onder meer dat de verzorgende en de bewoner een menselijke omgang met elkaar kunnen hebben. Verzorgenden willen hulpvaardig zijn om gevoelens van afhankelijkheid, angst en onveiligheid bij bewoners te beperken. ('Ze het gevoel geven van ja, hier ben ik thuis en op jou kan ik rekenen als ik je nodig heb.') Daarmee hopen ze verlies van eigenwaarde bij bewoners te voorkomen.

5.3.5 Privacy

Omschrijving

Met privacy bedoelen verzorgenden de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van bewoners en het respecteren van hun plaats en bezittingen.

Betekenis

- Bescherming van autonomie over het eigen lichaam.
- De eerbiediging van de behoefte aan een eigen territorium.

Omschrijving van het aspect privacy

Uit de vergelijking van de uitspraken en veldaantekeningen over privacy, kwam een zeer heterogeen beeld naar voren. Verzorgenden brengen privacy in verband met het sluiten van de bedgordijnen tijdens de verzorging zodat anderen de bewoner niet kunnen zien, met de vertrouwelijke omgang met informatie over bewoners, met het respecteren van de (zit)plaats van bewoners en het niet zonder toestemming aan hun bezittingen komen, enzovoort. Op grond van die bevindingen

gen is er uiteindelijk voor gekozen om privacy te omschrijven als de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van bewoners en het respecteren van hun plaats en bezittingen.

Schnabel (1990) merkt op dat er voor privacy in de gezondheidszorg weinig ruimte is, zeker in de intramurale gezondheidszorg van ziekenhuizen, verpleeghuizen en psychiatrische klinieken. Hij vervolgt:

‘Bij zijn binnenkomst in deze instellingen levert de patiënt om te beginnen eigenlijk zowat alle ruimtelijke, sociale, informatieve en communicatieve privacy in: zijn verleden wordt in de anamnese in kaart gebracht, zijn lichaam is openbaar gebied geworden, zowel van buiten als van binnen en in veel gevallen is ook zijn geest een publiek domein geworden, waar anderen vrij toegang hebben. Lichaamsverzorging, sociale contacten, persoonlijke wensen en strevingen, gevoelens en gedachten, het is in principe allemaal onderworpen aan een min of meer strikt medisch regime.’ (Schnabel 1990, p. 12)

Bij deze uitspraak dringt zich de vergelijking op met Goffman's totale instituties, waar welbewust de privacy van bewoners gereduceerd is. Zoveel mogelijk activiteiten vinden collectief plaats, zodat de bewoner vrijwel altijd binnen het gezicht en gehoor van anderen is en onder toezicht staat van de staf. Volgens Schnabel is het opheffen van privacygrenzen onverbrekkelijk verbonden met de gezondheidszorg, maar tracht men in tegenstelling tot de instituties die Goffman beschrijft, juist een sfeer van respect voor de persoonlijke levenssfeer te creëren. Wat verzorgenden onder privacy verstaan wordt hieronder behandeld.

Bescherming van de persoonlijke levenssfeer tijdens de verzorging In het verpleeghuis moet de grens tussen privé en publiek noodgedwongen vervagen, omdat de bewoners bij veel persoonlijke verrichtingen (wassen, toiletbezoek, verschoneren, etcetera) hulp nodig hebben van verzorgenden. Daarmee wordt de kans groter dat ook anderen kennismaken van die handelingen doordat ze zien, horen of ruiken wat er gebeurt: de toiletdeur blijft op een kier staan, geuren en geluiden komen door het bedgordijn en bij het transport van de douche naar de slaapzaal wordt de bewoner over de ‘openbare’ gang gereden.

Om onnodige inbreuken op de privacy van bewoners te voorkomen, nemen verzorgenden allerlei maatregelen. Ze kunnen bijvoorbeeld de volgorde aanpassen waarin ze mensen op de slaapzaal helpen, zodat een patiënt van wie het stoma moet worden verzorgd als laatste aan de beurt is. Ze kunnen een naakte bewoner toedekken met een deken, een handdoek of een duster, ze kunnen deuren sluiten en bedgordijnen dichttrekken. Een ziekenverzorgende vertelde in een interview dat een bewoner duidelijk behoefte had aan privacy en graag wilde dat de bedgordijnen en de deur werden gesloten:

‘Die man is nog zo goed, die wordt ’s ochtends uit bed gehaald en met zijn luier om aan tafel gezet. Geen gordijn ervoor, iedereen kan hem zien en dat weet die man. (...) Die man heeft een schaamtegevoel. En als je hem

goed benadert dan heb je er geen last mee. Als je hem netjes wast en aankleedt zoals hij gewend was, heb je nergens moeite mee en dat is een kwestie van aanvoelen. Anderen houden geen rekening met zijn privacy en dat is slordigheid.'

(Leerling-ziekenverzorgende verzorgingsbehoefte afd., 12 mei 1992)

Verzorgenden zien het ook als hun verantwoordelijkheid om de privé-sfeer te beschermen van bewoners, die daar zelf niet toe in staat zijn of geen besef hebben van privacy. Dat kan bijvoorbeeld worden veroorzaakt door decorumverlies, een verschijnsel dat deel uit kan maken van het dementeringsproces en waarmee wordt bedoeld dat de bewoners hun gevoel voor fatsoen en schaamte verliezen. Bij bescherming van de persoonlijke levenssfeer hoort ook dat anderen niet zomaar over vertrouwelijke informatie kunnen beschikken. Medebewoners of bezoekers kunnen informatie krijgen over de bewoner, die hij misschien liever voor zichzelf wil houden. Bij de bescherming van informatie wordt in de eerste plaats gedacht aan de zaken die de bewoner in vertrouwen aan de verzorgende vertelt. Tevens refereren verzorgenden aan gegevens uit de status en het verpleegplan, waarin meestal ook de levensgeschiedenis van de bewoner is terug te vinden, die is verkregen bij de opname. Verzorgenden vinden dat ze die zorgvuldigheid ook moeten toepassen op informatie, die van hen niet direct het predicaat 'vertrouwelijk' krijgt. Gegevens betreffende de vochtbalans, de ontlasting, de temperatuur en dergelijke zouden niet voor iedereen zichtbaar of hoorbaar moeten zijn, vinden ze.

Respecteren van de plaats en bezittingen van bewoners Verzorgenden denken bij privacy ook aan het respecteren van de vaste plaats van bewoners, waar ze zich kunnen afzonderen van anderen en hun bezittingen kunnen neerzetten. In het bijzonder omdat als gevolg van de beperkte ruimte op de meeste afdelingen de bewoners noodgedwongen veel tijd met medebewoners en/of verzorgenden moeten doorbrengen en omdat de gelegenheid om eigendommen te bewaren zeer minimaal is. De mogelijkheid die bewoners wordt geboden om zich terug te trekken, is in het verpleeghuis gering, want slechts een enkeling heeft het voorrecht op een eenpersoonskamer te verblijven. De anderen delen een kamer met één of meer medebewoners. Verzorgenden zouden een grotere ruimte willen voor de bewoners:

'Een eigen plek, een eigen kamer of desnoods met z'n tweeën of een fijne stoel die van jouw is, met een tafeltje erbij. Je eigen kamertje dat je gewoon nog een paar eigen dingetjes hebt. Het is de laatste fase meestal en die moeten ze nu slijten met z'n allen op één slaapzaal met een onpersoonlijk nachtkastje erbij. En ook als ze bezoek krijgen, dat ze daar nou eens even rustig mee in hun eigen hokje of hun eigen kamer of desnoods in een tweepersoonskamer, maar dat ze toch een klein stukje hebben wat van hen is.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende reactivering/opname afd., 25 mei 1992)

Volgens Van Weert c.s. (1986) brengen bewoners privacy dan ook vooral met de fysieke eigen ruimte in verband; psychisch-sociale ruimte ontbreekt slechts als gevolg van het gebrek aan de mogelijkheid tot fysieke afzondering.

Met name in de wat oudere verpleeghuizen is de omvang van de slaapzalen klein en is er nauwelijks ruimte om bezittingen neer te zetten. Meestal moeten bewoners het doen met een bed, een nachtkastje, een hangkast en een prikbord boven hun bed, waarop ze kaarten, tekeningen en foto's kunnen hangen. Het is niet verbazend dat het afstand doen van de eigen spullen één van de meest pijnlijke momenten is van een opname in het verpleeghuis:

'Alleen eens valt de beslissing, en dat is gewoon het moeilijkste, van niet terug naar het eigen huis of naar de verzorging [het verzorgingstehuis]. En dat valt gewoon heel zwaar voor iedereen (...), want het is natuurlijk niks om hier de rest van je hele leven te moeten blijven. Daarvoor is het gewoon te weinig privé: je zit met z'n vieren op een slaapkamer, je hebt een nachtkastje en een kledingkast en that's all. En dan heb je nog een eigen plekje ergens op de dagzaal, waar iedereen alles van je kan horen en zien. Het meeste wat ik hoor is "mijn eigen spulletjes". Het is nog niet zozeer "ik zit hier", maar "mijn eigen spulletjes".'

(Afdelingshoofd ongedif. afd., 6 april 1992)

In de huiskamers is plaats voor zo'n tien tot vijftien bewoners. Daar bevinden ze zich vrijwel altijd in het gezelschap van hun medebewoners. Ook hier is de ruimte beperkt en moet de 'loopruimte' voldoende zijn om rolstoelen te kunnen laten passeren. Op enkele afdelingen hebben medewerkers kans gezien om nog enkele stoelen en meubels van bewoners neer te zetten. Dit geeft een wat huiselijker aanblik aan de ruimte waar de bewoners het grootste gedeelte van hun dag doorbrengen, waar ze gezamenlijk eten, spelletjes doen, dutten en televisie kijken. Zelfs bezoek ontvangen ze dikwijls in de overvolle huiskamers.

In de huiskamers zien veel bewoners er kans toe om hun vaste plaats aan een tafel iets persoonlijks te geven. Sommigen markeren de plaats door een plantje, tijdschriften of foto's neer te leggen. De beperkte privacy die verzorgenden signaleren, doet hen ertoe besluiten om in ieder geval de behoefte van mensen aan een eigen plaats te respecteren en voorzichtig met de schaarse bezittingen om te gaan.

Betekenis van het aspect privacy

Bescherming van autonomie over het eigen lichaam Het belang dat verzorgenden aan privacy hechten is grotendeels te begrijpen vanuit hun opvatting dat autonomie over het lichaam, een van de weinige dingen is die de bewoners nog rest. Ze hebben al zoveel verloren en zoveel op moeten geven, maar over hun lichaam zijn ze zélf de baas en daarover nemen ze zélf waar mogelijk beslissingen. Dit vereist een zorgvuldige benadering van de bewoner en bescherming van de privé-sfeer tegen inbreuken door anderen:

'Gordijnen zijn belangrijk omdat een buurvrouw niet hoeft te zien hoe de ander er bloot uit ziet. *Hun lichaam is van hen*. Dat blijft belangrijk en dat doe je ook voor jezelf. Je merkt in de verzorging dat door het afschermen mensen meer concentratie hebben. Je krijgt beter contact met ze.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende verplegingsbehoefte afd., 24 oktober 1991)

Vooraf tijdens de verzorging wanneer bewoners zich overgeven aan de verzorgenden, zijn ze kwetsbaar in hun naaktheid en afhankelijkheid. ('...Als je elke dag gewassen wordt door een vreemde, is dat toch een inbreuk op je privacy. Zolang je dat zelf nog kan, dan is je lichaam toch beschermd.')

De bescherming van het lichaam neemt in belang toe, omdat sommige bewoners uiterlijke tekenen hebben van hun ziekten, zoals decubituswonden, huiduitslag, sterke vermagering, vergroeiingen, verlammingen, amputaties, misvormingen of zichtbare prothesen (zie ook § 5.3.1). Een verandering van het lichaam kan de *eigenwaarde* aantasten en daarom trachten verzorgenden te voorkomen dat buitenstaanders het zien. Dat houdt tegelijkertijd in dat ze zorgvuldig omgaan met informatie over de gezondheidstoestand van de bewoner en dat ze zijn vertrouwen in dat opzicht niet willen beschamen:

'Het is ook niet netjes als je zegt dat de billen van mevrouw R. rood zijn en dat een andere verzorgende dan later zegt: "Ik zal uw billen eens insmeren, want die zijn zo rood hé?"'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende ongedif. afd., 7 oktober 1991)

Eerbiediging van de behoefte aan een eigen territorium De vaste plaats die voor bewoners zo belangrijk is, wordt door verzorgenden zoveel mogelijk gerespecteerd, omdat ze ervan uitgaan dat elk mens behoefte heeft aan een eigen ruimte. De afgebakende plaats aan de tafel is hun territorium en daar wordt door verzorgenden zoveel mogelijk naar gehandeld. Aan hun bezittingen hechten mensen eigen gevoelens en daarom gaan verzorgenden ook daar netjes mee om:

'En je moet de privacy in takt houden. Het lukt niet altijd even goed, maar als je dat voor elkaar krijgt dat stellen mensen heel erg op prijs. Dat geldt voor iedereen. Privacy is heel erg strikt, ze hebben een stoel aan een tafel en een stukje waar ze hun spullen neerleggen. Nou, daar komt niemand aan. Dat is van hun en dat is dat stukje privacy. Je hebt een bed, een nachtkastje en een kast voor de spullen en daar komt niemand anders in, want dan staan ze gelijk op hun achterste poten. Dat willen ze niet. Je moet ook aan een patiënt vragen of je in hun kast mag en niet zomaar die kast ingaan.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende reactivering/opname afd., 26 mei 1992)

Op de meeste afdelingen is getracht om bewoners die bij elkaar passen aan dezelfde tafel te plaatsen. Verzorgenden beogen hiermee niet slechts een specialisatie van de verzorging te bewerkstelligen, maar tevens het sociaal functioneren van de bewoners te optimaliseren en de aanwezigheid van medebewoners aangenaam en op zijn minst draaglijk te maken. Het belangrijkste criterium voor deze informele differentiatie is het functioneren van de bewoners (bijvoorbeeld communicatiemogelijkheden), andere criteria die daarbij worden gehanteerd zijn gelijkgezindheid, opleidingsniveau, interesses en hobby's.

De mogelijkheden voor bewoners om zich af te zonderen blijven beperkt, terwijl verzorgenden verwachten dat juist verpleeghuisbewoners daar behoefte aan kunnen hebben. In het bijzonder denken ze daarbij aan ernstig zieke en terminale bewoners. Terminale patiënten hebben over het algemeen meer privacy, omdat ze naar een eenpersoonskamer worden overgeplaatst. Ze kunnen daar rustig liggen en eventueel doorlopend bezoek ontvangen, zonder dat er medebewoners aanwezig zijn. Dat een eenpersoonskamer in het verpleeghuis moet worden beschouwd als een voorrecht, behoeft op deze plaats dus enige nuancering. Eenpersoonskamers zijn tevens ruimten waar patiënten in een terminaal stadium naar toe worden gebracht. Dat maakt ze tot dubieuze verblijfplaatsen, waar sommige patiënten heel erg bang voor zijn, omdat het betekent dat het 'met je is afgelopen'.

5.3.6 Continuïteit

Omschrijving

Met continuïteit duiden verzorgenden op de opbouw van een langdurige relatie met een bewoner tijdens de periode dat hij in het verpleeghuis verblijft.

Betekenis

- Persoonlijke verzorging op basis van vertrouwen en herkenning.

Omschrijving van het aspect continuïteit

Gegevens die werden verzameld en gecodeerd met het trefwoord 'continuïteit', hadden betrekking op het tijdsverloop in de relatie tussen verzorgende en bewoner. In de geraadpleegde literatuur over aspectbenaderingen, wordt met continuïteit meestal verwezen naar een adequate overdracht van met name medische gegevens van de ene zorgverlener naar de andere. Dit element werd in de interviews met verzorgenden teruggevonden, maar continuïteit in het verpleeghuis bleek vooral betrekking te hebben op de opbouw van een langdurige relatie tussen verzorgende en bewoner. Op dit laatste element is hier het accent gelegd. Telkens terugkomende onderwerpen daarbij waren de uitwisseling van (persoonlijke) informatie, herkenning en vertrouwen.

De opbouw van een langdurige relatie tussen verzorgende en bewoner Continuïteit betekent dat verzorgenden de bewoner gedurende langere tijd verzorgen en daardoor in staat zijn meer persoonlijke informatie van hem te weten te komen. Daar-

mee bedoelen ze in de eerste plaats dat ze de 'gebruiksaanwijzing' van een bewoner willen leren kennen: de kennis die nodig is om een persoonlijke verzorging te geven. Die kennis bevat de antwoorden op vragen als: Wat zijn iemands eigenaardigheden? Hoe wil iemand verzorgd worden? Wat vindt iemand prettig? en Waar wordt iemand boos van? Als verzorgenden de 'gebruiksaanwijzing' niet kennen, kunnen ze in een pijnlijke situatie belanden, die de relatie tussen beiden nadelig beïnvloedt:

'Het is belangrijk dat je weet wat iemand nog zelf kan, hoe iemand reageert, of ze ergens verdrietig van wordt, of je iets wel of niet moet vertellen. (...) Het kan heel kwetsend zijn als ik moet vragen: "Kunt u zich aankleden of niet?" en iemand zegt dan: "Dat doe ik toch elke dag zelf?" '

(Praktijkbegeleider som-vph, 26 april 1991)

In de tweede plaats kunnen verzorgenden meer informatie verkrijgen over het leven dat de bewoner heeft gehad voor de opname. Zoals het beroep dat iemand heeft uitgeoefend, de wijze waarop iemand in zijn leven met ziekte en pijn is omgegaan, het belang van de partner of de kinderen in zijn leven, etcetera. De indruk moet worden vermeden dat het om een eenzijdig proces zou gaan, waarbij alleen de verzorgende informatie over de bewoner krijgt. Dat is namelijk niet zo, omgekeerd leert de bewoner ook de verzorgende kennen:

'Dezelfde zorgverlener is wel belangrijk. Ze herkennen je, ze kennen je naam en leren je slechte en goede kanten kennen. Dus bijvoorbeeld waarom je iets niet doet, omdat je dat niet goed kan. Het vertrouwen is belangrijk. Mensen geven zich letterlijk en figuurlijk bloot en zijn angstig voor hun ziekte en de toekomst.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende ongedif. afd., 7 oktober 1991).

Verzorgenden zijn van mening dat ze beide typen informatie vrijwel alleen kunnen verkrijgen door de bewoners zelf te verzorgen. Dan pas merken ze 'wat bewoners willen en wat hun eigenaardigheden zijn'. Verpleeg- en zorgplannen kunnen aan de overdracht van persoonlijke informatie wel een bijdrage leveren, maar verzorgenden beschouwen ze vooral als hulpmiddelen: overdrachten zijn nooit volledig, omdat er over dit soort gegevens moeilijker is te praten en omdat ze lastig op papier zijn te zetten.

Naast de persoonlijke informatie kan de min of meer technische of zakelijke informatie worden onderscheiden, die eveneens nodig is voor een goede behandeling, verpleging en verzorging. Dat betreft bijvoorbeeld gegevens over wondverzorging, ziekteverloop, temperatuur, ontlasting, medicatie en de zelfstandigheid bij de dagelijkse levensverrichtingen. De overdracht van technische gegevens is nodig om ieders bijdragen af te stemmen en overlappingsen, hiaten en tegenstrijdigheden in de zorg te voorkomen.

Verzorgenden zijn bij het aspect continuïteit niet alleen maar geconcentreerd op informatie: (persoonlijke) gegevens zijn voor hen slechts een middel om gemak-

kelijker een band met een bewoner te krijgen. Ze kunnen het ontstaan van onderlinge binding stimuleren door van gedachten te wisselen en te praten over gezamenlijke interessegebieden:

‘Toen ik hier kwam heb ik eerst al de statussen nagekeken om de levensgeschiedenissen te bestuderen. Ik ben ook achtenveertig dus ik heb de hele opbouw na de oorlog meegemaakt, de watersnood en noem maar op. De rotte periode na de oorlog. Ik ben zelf ook nogal thuis in de geschiedenis dus ik vraag ze ook weleens hoe het was in de crisistijd. Dan kan ik merken dat ik aanknopingspunten heb. Of mensen die een bepaald beroep hebben gehad, die is bakker geweest of die is groenteboer geweest en dan ga je daarop door en dan heb je al veel gewonnen.’

(Leerling-ziekenverzorgende verzorgingsbehoefte afd., 12 mei 1992)

Niet alleen voor de bewoners is continuïteit in de relatie prettig, verzorgenden zelf stellen het ook op prijs om bewoners te verzorgen die ze kennen. Een activiteitenbegeleider legt uit dat ook hulpverleners moeten wennen aan de bewoners:

‘Voor de mensen is het belangrijk, maar voor de hulpverleners denk ik dat het ook heel belangrijk is. Zet mij maar in een ander verpleeghuis en ik kan weer van voor af aan beginnen, dan weet ik echt niets. En dan kun je me alle gegevens en dossiers geven, maar je kent de namen niet, je kent de mensen niet, het is hartstikke eng. Je weet niet hoe mensen zullen reageren.’

(Activiteitenbegeleider som-vph, 11 december 1991)

Een voorwaarde om een langer durende relatie op te kunnen bouwen, is dat verzorgenden in staat worden gesteld om zoveel mogelijk dezelfde bewoners te verzorgen. Beslissend hiervoor is de wijze waarop de verpleging is georganiseerd: bij teamverpleging krijgen verzorgenden elke dag de zorg voor een klein groepje dezelfde bewoners, terwijl het bij functionele verpleging afhankelijk is van de dagindeling en het rooster of een verzorgende bekende bewoners krijgt toegewezen of niet. In het vervolg van de paragraaf wordt ingegaan op het belang van een langdurende relatie tussen bewoners en verzorgenden.

Betekenis van het aspect continuïteit

Persoonlijke verzorging op basis van vertrouwen en herkenning Verzorgenden zijn van mening dat zowel de beschikbaarheid van persoonlijke als van technische informatie van belang is om de zorg op de bewoner af te stemmen. In de relatie tussen verzorgenden en bewoners zijn het vooral de persoonlijke gegevens van de bewoner, die een zorgvuldige aansluiting bij zijn wensen en gewoonten mogelijk maken. (‘Kleine dingen zijn heel belangrijk, maar je moet ze wel eerst te weten komen.’) Juist deze kennis blijft veelal behoren tot de ervaring die een individuele verzorgende met een bewoner opdoet, als gevolg van de moeilijke overdracht en

de geringere oriëntatie op dit type informatie. Dit laatste doet verzorgenden ervoor pleiten om hen zoveel mogelijk dezelfde bewoners te laten verzorgen, waardoor de continuïteit wordt gewaarborgd en de mogelijkheid bestaat een langer durende relatie op te bouwen:

'Je gaat met teamverpleging veel bewuster aan het werk. Je kan iets beginnen en afmaken, dat is misschien een groot woord. Maar je kan iets wel oppikken wat je een dag tevoor met iemand in een gesprek hebt laten liggen. En dat kan je niet als je de volgende dag weer op een ander kantje staat [een andere helft van de afdeling]. Je kan niet verder gaan. Want ja, je schiet er eigenlijk niet zoveel mee op, allebei niet.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende dubbelzorg afd., 22 april 1992)

Door gedurende langere tijd dezelfde mensen te verzorgen, wordt het mogelijk om een relatie met hen op te bouwen en die te verdiepen. Een relatie waarin wordt gesproken over gemeenschappelijke interesses en waarin herkenning, vertrouwen en binding een plaats krijgen. Dat ontstaat niet van de ene op de andere dag, maar vergt veel tijd: 'Je hebt het vertrouwen nodig van de mensen en dat krijg je stukje bij beetje in kleine stapjes.' Goede contacten met verzorgenden kunnen de bewoner in zijn *eigenwaarde* bevestigen (zie § 5.3.3).

Bij patiënten met communicatiebeperkingen, bijvoorbeeld dementerende bewoners of bewoners die een CVA hebben gehad en afatisch zijn geworden, wordt het belang van continuïteit door verzorgenden nog meer benadrukt. In situaties waarin de mogelijkheden om te communiceren langzaam verminderen en de bewoner niet meer kan aangeven wat hij wil, wordt continuïteit extra belangrijk:

'Het is belangrijk dat je iemand nog in zijn goede dagen hebt gekend, toen er nog wel uitingsvormen waren, toen je nog wel iemand kon verstaan of begrijpen. Als dat niet het geval is, zie je mensen gewoon wegwijnen. Op een nieuwe afdeling begrijpen ze iemand niet, weten niet wat de herhaling van eenzelfde woord betekent, of wat een bepaald geluid betekent. Welke gewoonten iemand heeft of wat het betekent als iemand heel onrustig wordt. Je kunt dat natuurlijk wel schriftelijk en mondeling overdragen, maar dat is toch altijd beperkter dan als je dat hebt gezien. En je hebt natuurlijk een band met zo iemand.'

(Afdelingshoofd begeleidingsbehoefte afd., 23 oktober 1991)

Sommige auteurs leggen er de nadruk op dat een opname en verblijf in een instelling een breuk kan veroorzaken in iemands levensloop (Grypdonck 1989). Volgens Grypdonck zijn persoonlijke gegevens van belang om deze breuk zo beperkt mogelijk te houden en de overgang zo soepel mogelijk te laten verlopen. De relatie tussen verzorgenden en bewoners is vanuit dat gezichtspunt nodig om een breuk in de levenslijn te voorkomen of te beperken.

Verzorgenden vinden het belangrijk dat ze contacten met bewoners kunnen aangaan. Veel leerlingen worden door dit element van het werk gemotiveerd om de

opleiding tot ziekenverzorgende te gaan volgen (zie § 7.2). De mogelijkheid zich in de sociale situatie van de bewoners te kunnen verdiepen trekt hen aan. Verzorgenden die op een psychogeriatrische afdeling hebben gewerkt, en dan met name op een verplegingsbehoefte afdeling, zeggen wel dat ze terug wilden naar 'wakkere mensen', naar mensen met wie ze zouden kunnen praten en contact zouden kunnen krijgen. Ze hechten er belang aan dat een bewoner in het verpleeghuis van zijn opname tot zijn ontslag of overlijden een persoonlijke verzorging krijgt.

5.4 Conclusie: eigenwaarde van bewoners als kernthema

Kwaliteit is voor verzorgenden synoniem aan goede zorg. In hun visie is sprake van goede zorg als de bewoners bij de verzorging als uitgangspunt worden genomen en als de zorg op hun behoeften en wensen wordt afgestemd. Er zijn twee criteria geformuleerd die verzorgenden gebruiken om hun (totaal) oordeel over kwaliteit te vormen. Het eerste criterium houdt in dat de zorg voor de bewoners net zo goed moet zijn, als de zorg die ze zouden verlenen aan hun eigen ouders. Het tweede criterium luidt dat de zorg zo goed moet zijn, dat ze zelf indien nodig in het betreffende verpleeghuis opgenomen zouden willen worden.

In dit hoofdstuk zijn zes aspecten van zorg geïnventariseerd, die verzorgenden vanuit hun perspectief relevant vinden voor de kwaliteit van zorg die ze de bewoners geven. Ook is de betekenis bestudeerd die ze aan de aspecten toekennen. De volgende zes aspecten zijn uit het onderzoek naar voren gekomen: bejegening, zelfstandigheid, aandacht, behulpzaamheid, privacy en continuïteit. De relationele aspecten van zorg, die betrekking hebben op de sociale interactie tussen verzorgenden en bewoners, hebben het accent gekregen in het onderzoek. Zij blijken tezamen een belangrijke categorie te vormen in de ervaring van verzorgenden over kwaliteit.

Het belang van de aspecten is alleen te begrijpen als inzicht bestaat in de situatie van de bewoners in het verpleeghuis en in de wijze waarop verzorgenden die situatie definiëren. Enkele elementen die samenhangen met de ziekten van bewoners en hun verblijf in het verpleeghuis, spelen een belangrijke rol in de betekenis die verzorgenden toekennen aan hun werksituatie in het verpleeghuis. Bijvoorbeeld sociale isolatie en eenzaamheid, afhankelijkheid, hospitalisatie, een verandering van het uiterlijk, 'afwijkend' gedrag en spraakproblemen. Enkele van deze eigenschappen zijn aangeduid als stigmata: kenmerken die in de samenleving van minder wenselijke aard worden geacht en die iemand onderscheiden van de anderen in de categorie mensen waar hij in zou moeten passen. Een persoon met een stigma wordt door anderen in gedachten gezien als een persoon waarmee iets mis is en op grond daarvan niet geheel wordt geaccepteerd.

Door verzorgenden worden deze stigmatiserende kenmerken beschouwd als de oorzaak van het verlies van eigenwaarde, dat zij bij bewoners veronderstellen. In de betekenis die ze op grond daarvan toekennen aan de zorg voor de bewoners, stellen zij centraal dat ze het gevoel van eigenwaarde van de bewoners willen be-

houden of vergroten. Onder eigenwaarde verstaan ze de manier waarop een bewoner over zichzelf denkt, zichzelf waardeert en of hij zijn leven zinvol acht. Het belang dat verzorgenden hechten aan de zes genoemde aspecten, kan in dit licht worden uitgelegd.

Uit de analyse van de verzamelde onderzoeksgegevens is gebleken dat verzorgenden globaal op drie manieren aan het gevoel van eigenwaarde van bewoners bijdragen. De eerste manier is de bewoners zo onafhankelijk mogelijk te laten functioneren. Daarbij hoort dat ze hospitalisatie bestrijden (bewoners moeten zelf denken en verantwoordelijkheid nemen) en dat ze hun zoveel mogelijk controle over eigen leven geven (het aspect zelfstandigheid). Tevens trachten ze bewoners de afhankelijkheid zo min mogelijk te laten voelen (het aspect behulpzaamheid) en ze indien mogelijk een eigen ruimte te geven (het aspect privacy).

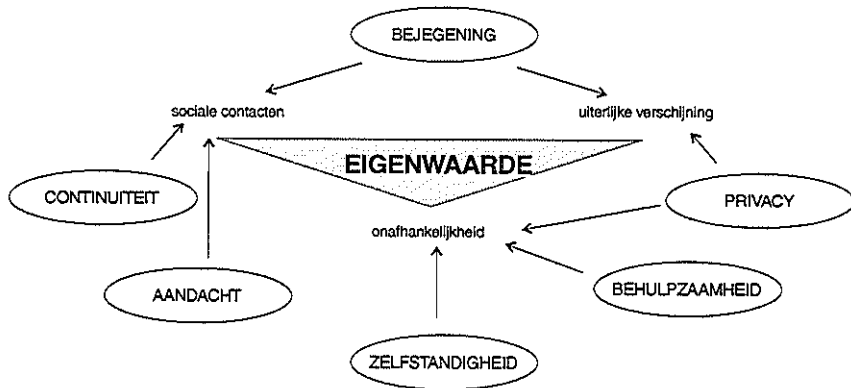
De tweede manier bestaat eruit dat ze een positieve verandering proberen te bewerkstelligen ten aanzien van het uiterlijk en het zichtbare gedrag van de bewoners. Bij bewoners kunnen het uiterlijk en het gedrag veranderen als gevolg van hun ziekten, zoals een verlamming, amputatie, misvorming, beven, 'vreemd' gedrag of ongepaste reacties. Veranderingen van het lichaam of het gedrag, kunnen het zelfbeeld ongunstig beïnvloeden. Om dat tegen te gaan letten verzorgenden op een nette verzorging en schone kleding (het aspect bejegening) en beschermen zij het lichaam van bewoners in bepaalde situaties, zoals tijdens het wassen (het aspect privacy).

De derde manier van verzorgenden om bij te dragen aan de eigenwaarde van bewoners, is door positieve contacten met hen aan te gaan. Daardoor kunnen bewoners zich gewaardeerd weten en wordt duidelijk dat ze het waard zijn om beleefd en vriendelijk te worden benaderd. Positieve contacten leggen verzorgenden door de bewoners beleefd te behandelen (het aspect bejegening), door hen gezelschap te houden en met hen te praten en te ontspannen (het aspect aandacht). Tevens proberen ze bewoners persoonlijk te benaderen op basis van wederzijdse kennis en herkenning. Volgens verzorgenden is het hiervoor noodzakelijk dat ze bewoners gedurende langere tijd verzorgen (het aspect continuïteit). In figuur 5.1 staan de centrale concepten weergegeven en de relaties die daartussen kunnen worden gelegd.

Het onderzoeksmateriaal gaf niet bij elk aspect evenveel steun aan de relatie met het begrip eigenwaarde. Bij de aspecten bejegening en zelfstandigheid legden verzorgenden nadrukkelijk zelf de relatie met eigenwaarde, bij de aspecten aandacht en behulpzaamheid was de relatie minder sterk aanwezig, maar werd het verband ondersteund door de bevindingen uit de literatuur. Bij privacy en continuïteit kwam de relatie eveneens minder sterk tot uiting in de directe uitspraken van de verzorgenden, maar waren overeenkomsten te vinden met de andere aspecten en was dezelfde achterliggende interpretatie herkenbaar.

Er zijn dus voldoende aanwijzingen om eigenwaarde als kernthema te beschouwen. De verwevenheid van het begrip met alle andere begrippen in dit hoofdstuk, is een aanwijzing dat de categorie eigenwaarde een belangrijke positie inneemt. De nadruk die andere onderzoekers leggen op eigenwaarde of begrippen van een gelijke strekking, zoals zelfwaardering, zelfbeeld of identiteit, kan eveneens wor-

Figuur 5.1 Aspecten van zorg in relatie tot hun betekenis voor kwaliteit van zorg



den gezien als een aanwijzing dat deze thema's in relatie met (chronische) ziekten en institutionalisering van belang zijn.

Het belang van een kernthema als eigenwaarde is gelegen in de ordening die het aanbrengt in het complexe onderzoeksveld en in het inzicht dat het verschaft in de essentie van de beleving van de onderzochten. De inzichtgevende functie heeft het begrip, omdat het afkomstig is uit het onderzoeksveld zelf en gefundeerd is in de onderzoeksgegevens. Het behoort tot de terminologie van de verzorgenden en verwijst niet naar een abstract theoretisch verschijnsel. Het begrip heeft een plaats in de betekenis die verzorgenden aan hun leefwereld toekennen en maakt begrijpelijk waarom verzorgenden uiteenlopende aspecten in verband brengen met kwaliteit van zorg.

In het volgende hoofdstuk komt aan de orde welke problemen verzorgenden tegenkomen in hun poging om de aspecten te verwezenlijken, die zij relevant vinden voor kwaliteit van zorg voor de bewoners. Dan zal duidelijk worden waarom zij vanuit hun perspectief niet altijd kwaliteit van zorg kunnen realiseren.

6 Enkele problemen bij de realisatie van kwaliteit

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komt de tweede fase van het onderzoeksmodel aan de orde, waarin enkele problemen worden geïdentificeerd, die verzorgenden ondervinden bij de realisatie van kwaliteit van zorg (zie § 2.3.2). De behandeling van de eerste fase van het onderzoeksmodel, heeft in hoofdstuk 5 geresulteerd in de beschrijving van zes relationele aspecten die verzorgenden belangrijk vinden voor de kwaliteit van zorg. De interpretatie van de aspecten vond plaats in het licht van het gunstige effect dat ze kunnen hebben op het gevoel van eigenwaarde van de bewoners.

Bij de verwezenlijking van kwaliteit van zorg worden verzorgenden geconfronteerd met problemen. Problemen zijn gedefinieerd als moeilijke situaties die keuzen vereisen van betrokkenen om adequaat te kunnen handelen. Het gaat om complexe vraagstukken, waarbij de verschillende oplossingen niet gemakkelijk zijn te realiseren in de dagelijkse praktijk en ze zowel gewenste als ongewenste effecten met zich mee kunnen brengen. Omdat verzorgenden vele problemen noemden, is het onmogelijk om ze allemaal te behandelen. Er is voor gekozen om alleen de problemen uit te werken, die de verzorgenden uit het onderzoek beschouwen als de grootste bedreigingen voor de kwaliteit van zorg met betrekking tot de zes aspecten. Deze problemen waren telkens weer het gespreksonderwerp in de interviews en ze werden door de geïnterviewden gedetailleerd toegelicht.

De drie belangrijkste problemen zijn: de opgave van het nooit eindigende werk, de onzekerheid over het verloop van contacten met bewoners en het probleem van de spanning tussen distantie en betrokkenheid. Deze categorieën zijn geformuleerd door de vier fasen van de analyse (zie § 4.5) te doorlopen. In de exploratiefase zijn aan fragmenten uit interview- en observatieverslagen trefwoorden toegekend, die de problemen of knelpunten van verzorgenden zo goed mogelijk weergaven. Dit leverde een scala van zeer verschillende problemen op, waardoor het noodzakelijk was om in de specificatiefase te zoeken naar de grootste problemen en naar het onderling verband tussen de problemen.

Tijdens de reductiefase is structuur aangebracht door clusters te vormen van de kleinere categorieën en ze onder te brengen bij een grotere categorie. Zo bleken 'de deprimerende werkomgeving' en 'het achteruitgaan en sterven van bewoners' beide betrekking te hebben op het spanningsveld dat verzorgenden ervaren tus-

sen betrokkenheid en distantie bij hun werk. Dit begrippenpaar bleek het probleem het best aan te duiden. Het bleek moeilijk om de problemen te benoemen met termen die verzorgenden zelf gebruikten. Eén van de oorzaken daarvan was, dat ze in interviews vooral voorbeelden gaven van problemen, maar dat ze de problemen zelden in meer globale termen formuleerden of de verschillende deelproblemen met elkaar in verband brachten.

In de daarop volgende fase van de analyse, de integratiefase, zijn de problemen met de aspecten uit de vorige fase in verband gebracht. De relatie van een probleem met één of meer aspecten vanuit het standpunt van verzorgenden, geeft inzicht in de ernst van het probleem en in de bedreiging van de afzonderlijke aspecten. Vervolgens is een begin gemaakt met het zoeken naar de oplossingen die de verzorgenden gebruiken om de problemen te hanteren. Het in kaart brengen van de oplossingen, kon de problemen soms nog verduidelijken.

In dit hoofdstuk wordt aan ieder probleem één paragraaf besteed. Na een inleiding wordt het probleem geanalyseerd en wordt begrijpelijk gemaakt hoe het verzorgenden belemmert in hun streven naar kwaliteit van zorg. In § 6.5 tot slot wordt beschreven welk verband verzorgenden zien tussen hun problemen en de aspecten van zorg.

6.2 De opgave van het nooit eindigende werk

Het grootste deel van het dagelijks werk van verzorgenden in verpleeghuizen bestaat uit de basiszorg, die ze als de kern beschouwen van hun activiteiten. De basiszorg omvat de technische werkzaamheden die verzorgenden uitvoeren in het kader van de behandeling, verpleging en verzorging van de bewoners. De relationele zorg die betrekking heeft op de sociale interactie tussen bewoner en verzorgende (§ 5.1), wordt dikwijls verleend tijdens de basiszorg, maar kan ook als een afzonderlijke taak worden beschouwd.

Verzorgenden constateren dat hun totale takenpakket zo omvangrijk is dat ze niet alle werkzaamheden met evenveel zorgvuldigheid kunnen uitvoeren. Door de werkdruk zien ze zich gedwongen om taken te laten liggen en prioriteiten te stellen om overbelasting te voorkomen. Een hoge werkdruk is niet exclusief voor de verpleeghuizen, het is een probleem dat in de gehele gezondheidszorg wordt geconstateerd. In de sectoren waar patiënten langdurig zorg behoeven, zoals in de zwakzinnigenzorg, de psychiatrie en de verpleeghuizen (*care*), zal het spanningsveld tussen de relationele zorg en de technische zorg naar verwachting van een andere aard zijn dan in de acute sector, zoals de ziekenhuizen (*cure*). Bij de afweging zal het gewicht dat aan beide taken wordt toegekend verschillen, omdat bijvoorbeeld in de verpleeghuizen de relationele zorg meer op de voorgrond staat en behandelen en genezen minder centraal staan (zie § 1.1).

Dit spanningsveld vormt voor de medewerkers een groot probleem, omdat ze zich verantwoordelijk voelen voor de verschillende categorieën werkzaamheden en vinden dat ze tekortschieten als ze deze taken niet allemaal kunnen uitvoeren. Voor het probleem verder wordt geanalyseerd, zal nu eerst een overzicht worden

gegeven van de samenstelling van het takenpakket van verzorgenden. Het overzicht is niet volledig en wil slechts een indicatie zijn voor de taakstelling van verzorgenden in het verpleeghuis. De presentatie is gebaseerd op de ordening die verzorgenden tijdens interviews zelf hebben aangebracht in hun taken, door sortering van kaartjes waarop werkzaamheden stonden (zie § 4.4 en bijlage V).

De basiszorg bestaat uit de zorg en hulp bij de activiteiten van het dagelijks leven, zoals eten en drinken, opstaan en naar bed gaan, wassen, aankleden en het toiletbezoek. Tevens behoren hiertoe de werkzaamheden van verpleegtechnische aard, waaronder de verzorging van wonden, het klaarzetten en toedienen van medicatie, catheter- en stomaverzorging en het geven van sonde-voeding. Observatie van bewoners om veranderingen in de ademhaling, temperatuur en uitscheiding te signaleren en de handhaving van de rust op de afdeling, completeren de basiszorg.

Verzorgenden besteden een substantieel deel van hun tijd aan de huishoudelijke zorg, zoals het opruimen van de huis- en slaapkamers, het werk in de spoelkeuken, de bereiding en verzorging van broodmaaltijden, het serveren van dranken en het aanvullen van voorraden medicijnen, gazen, incontinentiemateriaal, handdoeken en washandjes. De onderzochte verpleeghuizen verschillen in de mate waarin deze taken zijn uitbesteed aan bijvoorbeeld schoonmaakbedrijven.

Voor een doeltreffende en efficiënte uitvoering van de basiszorg en de huishoudelijke taken zijn voorwaarden nodig. Verzorgenden vatten dit samen met de uitdrukking 'dat de afdeling goed moet lopen'. Ze zetten hun kundigheid in voor de organisatie van de afdeling:

'Van jong gediplomeerden heb je na een jaar de indruk dat ze pas lekker meedraaien. Mensen zijn natuurlijk opgeleid, hebben bepaalde ervaringen opgedaan en verschillende dingen moeten leren. Maar eer ze dat helemaal eigen zijn, eer ze dat helemaal integreren in het hele afdelingsgebeuren ... Dat ze rekening houden met alle facetten; op het moment dat jij als gediplomeerde iets ziet welke consequenties heeft dat dan, welk verloop heeft dat, een stukje voor de totale verantwoording, hoe ga je om met kritiek naar collega's, naar leerlingen, feedback geven dat soort dingen, hoe toon je jezelf verantwoordelijk bij een overlegsituatie, bij een patiëntenbespreking.'

(Opleidingscoördinator som-vph, 7 april 1992)

Onder de organisatie van de afdeling rekenen ze aspecten als de begeleiding van de leerlingen, de rapportage bij de overdracht van de diensten, de deelname aan werkbesprekingen, de samenwerking met de andere disciplines, de administratie, het opstellen van de dienstenroosters en het voeren van gesprekken met de familie, enzovoort. Een deel van deze taken is voorbehouden aan personeelsleden met speciale taken, zoals de teamleiders en de afdelingshoofden (leiding van de teams respectievelijk de afdeling) en de werkbegeleiders (begeleiding van leerlingen).

Verzorgenden hechten veel belang aan de deskundigheid en de technische com-

petentie die nodig zijn om de instrumentele taken uit te voeren. Dat geldt voor de verzorgende taken, maar meer nog voor de verpleegtechnische handelingen: des te meer verpleegkundige taken iemand mag uitvoeren, hoe hoger zijn positie. Voor leerlingen betekent de bevoegdheid om taken zelfstandig uit te voeren dat ze weer een stap dichterbij de diplomering zijn.

Omdat verzorgenden vinden dat hun takenpakket omvangrijk is en ze zich geconfronteerd zien met schaarste aan personeel, ervaren ze een hoge werkdruk. Door de werkdruk voelen ze zich gedwongen om prioriteiten te stellen tussen de basiszorg, de huishoudelijke en organisatorische taken en de relationele aspecten. Daarbij staan ze voor een aantal keuzeproblemen, zoals wel of niet rekening te houden met de privacy van de bewoner als bescherming van de privacy betekent dat daardoor de wasbeurt langer duurt, of de zorg bij een bewoner afmaken of onderbreken als een andere bewoner om hulp vraagt. Op de ervaring van de werkdruk zal in het vervolg van deze paragraaf worden ingegaan en vervolgens zullen enkele keuzeproblemen worden bestudeerd met relevantie voor de relationele zorg. Tot slot wordt nagegaan hoe moeilijk dit probleem is voor verzorgenden in het verpleeghuis.

De ervaren werkdruk

Vanuit het gezichtspunt van de verzorgenden bestaat er bij de bewoners een vrijwel onbegrensde behoefte aan hulp en bijstand. In hun beleving is de nooit eindigende 'vraag om de zuster' zeer prominent aanwezig (zie bijvoorbeeld de vraag om aandacht in § 5.3.3 en de vraag om hulp in § 5.3.4). Verzorgenden zien zich hierdoor gedwongen om een enorme hoeveelheid werk te verrichten waaraan geen einde lijkt te komen en ze krijgen het idee dat ze 'nooit klaar zijn met hun werk'. Die werkdruk ontstaat ook omdat ze de zorgverlening, in het bijzonder de basiszorg, absoluut noodzakelijk vinden: als de bewoners behandeling, verpleging en verzorging moeten ontberen, komt hun leven in gevaar (zie het aspect behulpzaamheid in § 5.3.4). Maar ook de relationele zorg zou volgens hen, zoals in hoofdstuk 5 uitgebreid naar voren is gekomen, voldoende aan bod moeten komen.

Verzorgenden voelen zich, zo valt af te leiden uit hun visie op de basiszorg en de daarbij horende werkzaamheden, uitermate verantwoordelijk voor hun werk. Er ontstaat een indruk van de werkdruk die verzorgenden ervaren, als dit verantwoordelijkheidsgevoel wordt gecombineerd met het grote beroep dat bewoners doen op verzorgenden:

'...Als je op een gegeven moment op de afdeling bent en je hebt er twee zalen uitgehaald en je bent hartstikke moe. Maar het loopt tegen elf uur en dan beginnen de mensen alweer van: "Ik wil graag voor het eten nog naar het toilet." Dus je blijft constant lopen en dat gaat na het eten ook door, want na het eten willen ze weer rusten of naar het toilet. En daarna komt de familie met allerlei vragen. Van acht tot vier ben je constant aan het lopen.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende reactivering/opname afd., 26 mei 1992)

Verzorgenden voelen een constante druk om aan het werk te blijven en geen rust te nemen zolang er nog van alles is te doen op de afdeling. Het hoort bij hun beroepshouding om geen werkzaamheden te laten liggen en ook geen taken af te schuiven op collega's. Een groot deel van de basiszorg doen ze in de ochtend en daarbij hanteren ze de norm, dat de mensen uit bed moeten zijn voor de warme maaltijd om twaalf uur 's middags. Die norm heeft te maken met wat ze onder kwaliteit van de basiszorg verstaan. De teamleden moeten harder werken om het af te krijgen, als er weinig personeel is of als er veel bewoners zijn opgenomen die een intensieve verzorging nodig hebben. Een verzorgende geeft een beeldende omschrijving van de manier waarop ze dan te werk gaat:

'Eigenlijk is het net zo als anders alleen je moet harder werken. Je begint dan 's ochtends met wassen, je hebt weinig personeel dus je doet extra hard je best. Maar inderdaad, je praat minder met de mensen, dus je wast ze, je doet ze in de rolstoel en dan weg. Je rijdt ze gewoon naar de dagzaal.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende ongedif. afd., 8 april 1992)

Onder invloed van de gevoelde werkdruk komt het aspect aandacht nauwelijks tot zijn recht en dat is één van de redenen dat de huiskamer, die een gezellige ontmoetingsplaats zou moeten zijn, op veel afdelingen is verworpen tot een 'rangeerterrain' waar mensen zitten, eten en drinken. Het dagelijks werken onder tijdsdruk, heeft als consequentie dat verzorgenden worden opgejaagd en ook later op de dag niet meer de rust vinden voor relationele zorg:

'...Maar aan de andere kant ik zit niet graag stil. Ik ben het liefst eigenlijk maar heel de tijd bezig. Dat is misschien niet goed, maar ook als je met iemand een praatje zou maken, ik heb gewoon de rust niet om te gaan zitten, omdat er toch in je achterhoofd ... Kijk als je alles hebt gedaan wat op een dag moet gebeuren, dan ben je klaar. Maar er zijn vaak nog zoveel extra werkzaamheden die gebeuren moeten. Ja, ik gun me de tijd niet om te gaan zitten.'

(Tweedejaars leerling-ziekenverzorgende pg-vph, 15 april 1992)

Veel verzorgenden zijn van mening dat de werkdruk de laatste jaren groter is geworden, al is niet iedereen het hiermee eens. De vergroting wordt geweten aan de verscherping van de indicatie voor opname, waardoor de bewoners met een grotere zorgbehoefte binnenkomen:

'Vroeger had je veel mensen die liepen met een looprekje, je had niet zoveel rolstoelen. Er zijn nu meer rolstoelpatiënten en dat is bewerkelijker, lichamelijk en geestelijk. Hierdoor is het werk ook zwaarder geworden. Een voorbeeld is dat als vroeger iemand zelf naar de wc kon, je nu met twee personen moet tillen. Wassen en aankleden moet je helemaal zelf doen, vroeger zette je ze bij de kraan en dan hoefde je alleen te controleren.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende ongedif. afd., 7 mei 1990)

De noodzaak om efficiënt te werken en prioriteiten te stellen

De ervaring van het nooit eindigende werk noodzaakt verzorgenden tot het stellen van prioriteiten en tot doelmatig werken. Het stellen van prioriteiten betekent dat verzorgenden keuzen moeten maken tussen de taken die ze wel en niet uitvoeren. Medewerkers noemen eigenlijk twee typen keuzen die relevant zijn voor de relationele zorg. In de eerste plaats noemen ze de afweging tussen het al dan niet uitvoeren van de relationele zorg tijdens de instrumentele taken, als daardoor de efficiëntie waarmee ze de taken uit kunnen voeren in hun ogen vermindert. In de tweede plaats praten ze dikwijls over de keuze die ze moeten maken tussen de uitvoering van de instrumentele zorg óf de relationele zorg. Het eerste probleem zal worden verduidelijkt met enkele voorbeelden. Het is voor verzorgenden over het algemeen sneller om de bewoners zelf te wassen en aan te kleden, dan om hen de gelegenheid te geven zoveel mogelijk zelf te doen. Het aspect zelfstandigheid wordt afgewogen tegen de doelmatigheid waarmee de verzorgende handelingen kunnen worden uitgevoerd:

'Als je iemand zelf laat wassen, zijn ze wel twintig minuten bezig; hoe moet dat hemd, hoe moet die onderbroek. Als je het echt goed wil doen, ben je wel een half uur bezig. Maar als er echt personeelstekort is, moet je alles overnemen.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende verzorgingsbehoefte afd., 11 mei 1992)

Nog een voorbeeld:

'Een heel makkelijk voorbeeld, de fysiotherapie vraagt: "Ga met die mevrouw stukjes lopen" en de verpleging zet ze met de rolstoel op het toilet. Waarom? die mevrouw doet er tien minuten over om uit haar stoel te komen en dat stukje over de gang te lopen en er is geen tijd voor, om naast die vrouw te blijven lopen. Vooral 's ochtends niet.'

(Activiteitenbegeleider som-vph, 11 december 1991)

Bij privacy wordt een soortgelijke afweging gemaakt. Verzorgenden werken sneller als ze de bedgordijnen openlaten, terwijl ze de bewoner op bed aan het wassen zijn. Ze werken onhandiger en langzamer met gesloten gordijnen en dat is minder efficiënt voor de instrumentele zorg. Ze hebben dezelfde ervaring voor wat betreft het voeren van een gesprek tijdens de verzorging. De doelmatigheid waarmee de instrumentele zorg kan worden uitgevoerd, wordt vergroot door standaardisatie en taakverdeling, waarvan *batch treatment* het gevolg kan zijn (zie § 5.3.4). Dit is een efficiënte manier om veel bewoners tegelijk te verzorgen, maar relationele zorg vereist het tegenovergestelde: diversificatie in de behandeling van patiënten. Dit is een belangrijk keuzeprobleem waarmee verzorgenden in de dagelijkse zorg worden geconfronteerd.

Het tweede keuzeprobleem betreft de afweging tussen de instrumentele en organisatorische aspecten enerzijds en de relationele aspecten anderzijds. Deze keuze

doet zich duidelijk voor bij de intensieve vorm van aandacht geven, waarvoor verzorgenden tijd vrij moeten maken. Aandacht geven betekent dan, dat ze andere taken moeten laten liggen. Dit probleem doet zich ook voor als ze een afweging moeten maken tussen hun observatie- en signaleringsfunctie en het aspect privacy. Als een bewoner vraagt om alleen te zijn op de slaapzaal en zich wil terugtrekken, betekent het voor verzorgenden dat ze hem minder goed kunnen observeren en geen toezicht op hem kunnen houden, wat bijvoorbeeld nodig kan zijn als er gevaar bestaat dat de bewoner valt.

In de praktijk liggen de keuzeproblemen dikwijls nog complexer. Ze moeten de kwaliteit van de zorg voor de verschillende bewoners tegen elkaar afwegen: aandacht voor de ene bewoner in de ochtenduren, kan betekenen dat anderen langer op bed liggen. De verbetering van het ene aspect kan een vermindering van een ander aspect tot gevolg hebben. Bijvoorbeeld bij een revalidatiepatiënt de zelfzorg stimuleren tegen zijn wil in. Er moet op deze plaats wel een nuancering worden gemaakt: voor veel keuzen in de zorg staan verzorgenden niet alleen. Beslissingen in gecompliceerde situaties, waarbij vele aspecten een rol spelen en verschillende beroepen zijn betrokken, worden over het algemeen in het multidisciplinair team genomen. Maar op de alledaagse beslissingen op de afdeling, hebben verzorgenden de grootste invloed.

Om te begrijpen hoe verzorgenden keuzen maken en prioriteiten stellen, is inzicht nodig in hun waardering van de verschillende werkzaamheden en de criteria die ze daarbij gebruiken. Strauss c.s. (1985, p. 140) kwamen tot de conclusie dat de door hen met *sentimental work* en *comfort work* aangeduide werktypen, zich vaak bevonden in de marges van de activiteiten die werden aangemerkt als *real (medical) work*. Dat die typen werk, die vergelijkbaar zijn met relationele zorg, minder prominente en soms zelfs inferieure plaatsen innamen, werd voor Strauss en zijn medeonderzoekers begrijpelijk door te letten op de eigenschappen van de specifieke typen werk.

Van dat idee is gebruik gemaakt door de kenmerken te bestuderen van de werktypen in het verpleeghuis vanuit de invalshoek van verzorgenden. Daarvoor is aan verzorgenden gevraagd om door middel van de kaartjes-methode (zie § 4.4) een indeling te maken in hun werkzaamheden, om aan te geven hoe ze tot die indeling komen en welke taken ze prioriteit geven. Deze manier van dataverzameling, leverde het volgende resultaat op. Eerst zullen de eigenschappen van de instrumentele aspecten, dat zijn de basiszorg, de huishoudelijke taken en de organisatorische werkzaamheden, aan de orde komen en daarna die van de relationele aspecten.

Verzorgenden zijn het er over eens dat de *instrumentele aspecten* veelal *noodzakelijk* zijn. De instrumentele zorg moet plaatsvinden en daarvoor kunnen verzorgenden *verantwoordelijk* worden gesteld. Door de verpleeghuisarts of door het afdelingshoofd kunnen ze op de uitvoering van de werkzaamheden worden aangesproken:

‘Kijk, als ze een dag zeggen: “Ik lust het niet, ik voel me niet lekker”, dan laat ik het. Maar als je elke dag zegt: “Ik lust het niet”, dan moet je wel eens een keertje optreden, dat ze wel wat eten. Want als ze niet genoeg

drinken hebben, dan komt de dokter of wie dan ook op je af: "Er staat nergens genoteerd dat ze eet of drinkt en ze is uitgedroogd, hoe komt dat?" ' (Verpleeghulp dubbelzorg afd., 28 april 1992)

Met het gegeven dat iemand ter verantwoording kan worden geroepen, wordt het belangrijk om deze aspecten *vast te leggen* in de dossiers, de verpleegstatus, de zorgplannen en de overdrachten (zie § 5.3.6). Zowel van de opdracht tot, als van de uitvoering van de taak kan schriftelijk of mondeling verslag worden gedaan. Dit werk leent zich goed voor *standaardisering*, dat wil zeggen dat het middels een vaste procedure kan worden uitgevoerd. Standaardisatie kan bijdragen aan een verhoging van de snelheid waarmee het werk kan worden uitgevoerd. Meestal levert de uitvoering van deze taken *zichtbare resultaten* op, zodat duidelijk is dat een taak is gedaan en afgerond. Het is waarneembaar als bijvoorbeeld de voorraad handdoeken in de kast is aangevuld, als de spoelkeuken is schoongemaakt en als er twaalf mensen uit bed zijn gehaald en gewassen.

Karakteristiek voor veel van de instrumentele taken is dat ze *voorspelbaar* zijn en veelal gebonden aan een dagindeling. De routineuze aard draagt eraan bij dat deze taken zijn terug te vinden in de dienstenroosters en de verschillende dagdelen en diensten afbakenen: opstaan en wassen gebeurt bijvoorbeeld 's ochtends, rapporten schrijven en medicijnen aanvullen wordt bijvoorbeeld 's middags of 's nachts gedaan, de broodmaaltijd en het naar bed brengen horen thuis in de avonddienst, etcetera. De taken zijn niet altijd te voorzien; verzorgenden kunnen het bijvoorbeeld niet aan zien komen dat een bewoner die incontinent is, op een bepaald moment verschoond moet worden.

Door de mogelijkheid verslag te leggen van de taken, door de zichtbare resultaten van de uitvoering en de mogelijkheid tot standaardisatie, zijn de instrumentele werkzaamheden gemakkelijk *controleerbaar* door anderen. De snelheid, verzorgenden spreken van tempo, waarmee de taken worden gedaan, kan deel uitmaken van controle.

Tot slot werden nog enkele eigenschappen van dit type werk genoemd. Bijvoorbeeld dat het voor een deel kan worden uitgevoerd door meer verzorgenden tegelijk. Vooral tijdens de huishoudelijke taken is de mogelijkheid voor onderlinge *contacten* groot. Verder worden bijvoorbeeld de huishoudelijke en de organisatorische taken niet direct in het kader van de individuele patiëntenzorg uitgevoerd en is het mogelijk om contact met de patiënten te vermijden.

De eigenschappen die naar voren kwamen bij de *relationele aspecten* wijken op een aantal essentiële punten af van de instrumentele zorg. In tegenstelling tot het instrumentele werk wordt het achterwege blijven van deze taken niet als levensbedreigend beschouwd voor de bewoners en wordt het wat meer aan de individuele verzorgende overgelaten om de zorg wel of niet uit te voeren. Dit *minder dwingende* karakter hangt samen met het feit dat bewoners over het algemeen niet zullen overlijden als niet in de relationele behoeften wordt voorzien. Dat neemt de directe noodzakelijkheid weg, die bij de meeste instrumentele taken wel wordt gevoeld.

De relationele zorg is vaak *moeilijk te voorzien*. Het is dikwijls *niet* van te voren *georganiseerd*, maakt geen deel uit van het dienstrooster en gebeurt meestal ad hoc. Daarbij kan de relationele zorg *moeilijk* worden *gestandaardiseerd* en verloopt het veel minder routinematig, omdat het zeer afhankelijk is van de specifieke omstandigheden op de afdeling en de situatie waarin een bewoner zich bevindt.

De onderlinge *verantwoordelijkheid* en rekenschap is *geringer* en dat maakt ook de *noodzaak* tot een *goede overdracht kleiner*. De overdracht wordt tevens beperkt doordat de verslaglegging van de gegevens heel wat *moelijker* is. De mondelinge en schriftelijke overdrachten vinden wel plaats, maar de persoonlijke informatie over houdingen, gevoelens en wensen is moeilijk helder te verwoorden (zie het aspect continuïteit in § 5.3.6).

Deze eigenschappen tezamen zorgen ervoor dat het werk *moelijk gecontroleerd* kan worden en dat het zich niet goed leent voor het afleggen van verantwoording aan elkaar. De uitvoering van de relationele zorg levert lang *niet* altijd een *zichtbaar* resultaat op, waarop verzorgenden elkaar kunnen aanspreken. In die zin is de relationele zorg meer procesgericht, dan resultaatgericht in vergelijking met de instrumentele zorg. Tijdens het verlenen van relationele zorg, het proces, heeft een verzorgende *direct contact* met de bewoner.

Samenvattend hebben verzorgenden de volgende criteria gebruikt om hun verschillende soorten werkzaamheden te onderscheiden:

- ervaren noodzakelijkheid en dwingendheid;
- verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid;
- mogelijkheid van standaardisatie;
- voorspelbaarheid en mate van organisatie;
- zichtbaarheid van het resultaat of het proces;
- mogelijkheid tot vastlegging en overdracht;
- controleerbaarheid;
- gelegenheid tot contact met collega's of bewoners.

De relationele zorg blijkt op deze criteria essentieel te verschillen van de instrumentele zorg.

Verzorgenden zullen hun werkzaamheden waarderen en prioriteiten stellen, op grond van deze door henzelf gebruikte criteria. De prioriteiten die een team van verzorgenden stelt, behoren tot de vaste patronen, waarmee een team over het probleem van het oneindige werk nadenkt en het oplost. Deze denk- en handelingen komen in het volgende hoofdstuk aan de orde.

De complexiteit van het stellen van prioriteiten

Verzorgenden vinden het moeilijk om afdoende oplossingen te vinden voor het werken onder tijdsdruk, met naar hun gevoel te weinig personeel en ontoereikende middelen. Als ze lange tijd onder die omstandigheden werken, kunnen ze lichamelijk en psychisch vermoeid raken. De lichamelijke klachten, zoals rug- en knieklachten en vermoeidheid worden vooral in verband gebracht met het zware tilwerk, de combinatie van leren en werken, de onregelmatige diensten en het

hoge tempo waarin wordt gewerkt. De emotionele belasting staat in relatie met de ervaring nooit klaar te zijn en met het idee de bewoners niet voldoende te kunnen helpen ('Je voelt je soms erg schuldig dat je tegen mensen moet zeggen "even wachten".'). Beide vormen van belasting komen tot uiting in de volgende uitspraak:

'Je hebt zo weinig tijd voor alles. Ik zou me best wel voldaan voelen als ik nou eens echt een goed gesprek met iemand heb gehad of zo. En niet omdat ik er 's ochtends een keer zeven heb gewassen in plaats van vijf. Soms is het net een wedstrijdje wie het snelste kan wassen. En dan heb je echt het gevoel, van je gaat gewoon veel harder dan je zelf kan, omdat iedereen zo hard werkt. En als ik dan een dag heb gewerkt dan ben ik vreselijk moe, maar niet dat ik dan denk: hè lekker, wat heb ik veel gedaan vandaag. Want je bent dan net zo'n machine.'

(Leerling-ziekenverzorgende som-vph, 15 april 1992)

De manier van werken geeft verzorgenden het gevoel dat ze een robot zijn of een machine, die geen gevoel heeft en mechanisch zijn opdrachten uitvoert. Het onbehagen van verzorgenden neemt toe als ze zich vergelijken met enkele andere medewerkers en beroepen in het verpleeghuis. Als ze zich spiegelen aan gastvrouwen, vrijwilligers en activiteitenbegeleiders is er sprake van een zekere afgunst, omdat ze een uitholling van hun beroep constateren. Deze personeelsleden nemen in hun ogen de taken over waar zij niet meer aan toekomen:

'Vooral met vrijwilligers en verpleegassistenten, die dingen van je overnemen waar jij zo'n voldoening aan hebt, zoals buiten wandelen. Jij bent altijd druk in de weer met van alles en nog wat en dat zijn dingen die nu overgenomen worden. Koffie delen, spelletjes doen met de mensen. Dan denk ik ook weleens: dat zou ik ook weleens willen in plaats van zo te lopen zwoegen.'

(Teamleider begeleidingsbehoefte afd., 4 juni 1992)

De meeste verzorgenden vinden dat het probleem de laatste jaren groter is geworden. Ze merken dit omdat zich gedurende lange tijd, nauwelijks nog rustige periodes hebben voorgedaan. Verzorgenden kunnen niet meer uitrusten en komen voor hun gevoel niet meer op adem:

'Zorgelijk is dat er veel te weinig plaatsen zijn. Voor verpleegbehoeftegen wordt goede zorg moeilijk, omdat ze steeds zwaarder binnenkomen. In eerste instantie was er soms nog wel rust, maar het wordt nu niet meer rustig. Het gevoel van "we zijn er weer doorheen gekomen" blijft.'

(Afdelingshoofd verplegingsbehoefte afd., 25 oktober 1991)

Oververmoeidheid en langdurig werken onder de druk dat het werk niet afkomt, kan uiteindelijk resulteren in opgebrande verzorgenden, ziekteverzuim of ont-

slag. De strategieën die verzorgenden hanteren bij het stellen van prioriteiten in de zorg, komen in hoofdstuk 7 aan de orde.

6.3 De onzekerheid over het verloop van contacten met bewoners

Een probleem van geheel andere aard is dat verzorgenden in het verpleeghuis voortdurend omgaan met gestigmatiseerden, met mensen die, zoals Goffman het uitdrukt, niet voldoen aan de normatieve verwachtingen van de maatschappelijke categorie waarin zij zouden moeten passen. De verpleeghuisbewoners zien er dikwijls anders uit, zijn oud en gebrekkig en sommigen van hen gedragen zich 'afwijkend'. In § 5.3.1 is aan de orde geweest dat mensen met een stigma niet als volwaardig worden gezien en behandeld, maar als personen met wie wat mis is en die niet helemaal meetellen. 'Normaal' zijn degenen die niet in negatieve zin afwijken van bepaalde verwachtingen (Goffman 1979, p. 12).

Een belangrijk gevolg van stigmatisering is dat interacties tussen de gestigmatiseerde en de normale problematisch zijn. Ze brengen veel onzekerheid en spanning met zich mee en verlopen dikwijls moeizaam. Voor de gestigmatiseerde omdat hij niet zeker weet hoe zijn identiteit wordt getaxeerd en hoe de ander hem tegemoetreedt, maar ook voor de persoon met wie hij communiceert, omdat die zich met zijn houding geen raad weet en zich ongemakkelijk voelt. Bij hem bestaat bijvoorbeeld de angst om zijn belangstelling voor de situatie van de ander te overdrijven, onzekerheid omdat de reacties van de ander onvoorspelbaar zijn of terughoudendheid in het stellen van eisen. Dit soort gevoelens en gedachten dragen bij aan het geforceerd verloop van het contact.

Vanuit Goffman's visie zijn verzorgenden die in het verpleeghuis werken, te beschouwen als zogenaamde 'ingewijden': 'normalen' die door hun specifieke situatie zeer goed op de hoogte zijn geraakt van het gestigmatiseerden-bestaan en daardoor in staat zijn met hen mee te voelen (Goffman 1979, p. 32). Zij weten zoveel van de levenswijzen en de problemen van de bewoners, dat zij hen kunnen begrijpen en tolereren. Dat zij ingewijden zijn, wil echter geenszins zeggen dat zij geen problemen hebben in de omgang met de bewoners en dat onwennigheid, onzekerheid en spanning in de contacten met hen geen rol (meer) spelen.

In het vervolg van deze paragraaf wordt ingegaan op het problematisch karakter van de omgang tussen verzorgenden, de 'normalen', en de verpleeghuisbewoners, de 'gestigmatiseerden', en op de onzekerheid die dit bij de verzorgenden veroorzaakt. Ondanks hun deskundigheid en ervaring in de omgang met verpleeghuisbewoners, blijven de gewone omgangsregels eveneens een belangrijk referentiekader. En juist aan de sociale normen die daarvan deel uitmaken, kunnen chronisch zieken, en met name de bijzonder kwetsbare mensen die in het verpleeghuis verblijven, zich niet conformeren door hun fysieke en/of psychische invaliditeit. Dit gegeven gepaard met de lastige beoordeling van de precieze mogelijkheden van de bewoners, vormt voor verzorgenden een belangrijk probleem.

Het moeizame verloop van alledaagse interacties

In hoofdstuk 5 is gebleken dat het herstel van de eigenwaarde van bewoners een kernthema is in de denk- en handelwijzen van verzorgenden. Hun handelen kan uitgelegd worden als een poging om de eigenwaarde van bewoners te herstellen, door minder wenselijke, stigmatiserende, eigenschappen of de gevolgen daarvan op te heffen of te verminderen, zoals psychische stoornissen, sociaal isolement, afhankelijkheid en lichamelijke handicaps. Welke eigenschappen dat precies zijn en welke vermoedens en verwachtingen verzorgenden hanteren ten aanzien van de sociale categorie die in het verpleeghuis verblijft, zal worden geïllustreerd met enkele voorbeelden. Mensen zijn zich over het algemeen niet bewust dat ze zulke eisen stellen. Pas op het moment dat er niet of onvoldoende aan voldaan dreigt te worden, realiseert men zich dat allerlei maatstaven worden gehanteerd over wat voor iemand de ander had moeten zijn (Goffman 1979, p. 10).

Inzicht in de opvattingen van verzorgenden kan worden verkregen, door te letten op hun uitspraken over verwachtingen van 'normale' mensen. Bijvoorbeeld in het onderstaand geval waarin een verzorgende toelicht, waarom ze het erg vindt dat een 'gewone' bewoner haar dagen tussen de andere bewoners moet doorbrengen:

'Er is hier een bewoner, een vrij jonge vrouw nog en die is heel *pienter* en heel erg *bij de tijd* nog. Ja, je kan zeg maar een *goed gesprek* met d'r houden, omdat ze van alle dingen wat afweet. Dus *gewoon* een vrouw zoals je *vaak tegenkomt* en ze is zeker niet gehospitaliseerd ofzo. Een *gewone* vrouw en dat vind ik best wel moeilijk en dan vind ik het zielig en triest dat ze dag in dag uit tussen *allemaal van die mensen* zit die *geen besef meer hebben* voor zichzelf, die zo in de stoel zitten om daar de hele dag tussen te zitten. Iedereen wil *normale* mensen, maar om daar tussen te zitten, als heel normaal persoon, die eigenlijk gewoon *thuis zou kunnen zijn* geestelijk, dat vind ik verschrikkelijk.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende ongedif. afd., 8 april 1992)

Dit citaat toont hoeveel verwachtingen en eisen verzorgenden in het algemeen hanteren ten aanzien van de categorie mensen waartoe de bewoners behoren. In dit citaat komen normen naar voren over: de algemene kennis waarover een persoon van een bepaalde leeftijd hoort te beschikken ('pienter', 'bij de tijd', 'van alles wat afweet'); hoe het activiteitenpatroon eruit hoort te zien ('niet gehospitaliseerd', niet 'zo in de stoel zitten', 'besef hebben van zichzelf', 'thuis zou kunnen zijn'); op welke manier de communicatie zou moeten verlopen ('goed gesprek met d'r houden').

Verzorgenden zijn ingewijd in de problemen waar de verpleeghuisbewoners mee kampen en zij krijgen ook nog regelmatig te maken met de opvattingen, verwachtingen en vermoedens van 'buitenstaanders'. De confrontatie daarmee zal hen telkens bewust maken dat zij dagelijks omgaan met personen die niet voldoen aan de geldende maatstaven jegens de oudere generatie. Dat de eigenschappen van bewoners stigmatiserend zijn, blijkt bijvoorbeeld uit de reacties en uitlatingen van

buitenstaanders, die soms uit de directe omgeving van de verzorgenden komen. De geïnterviewden vertelden dat hen regelmatig werd gevraagd hoe het was om 'te werken met senielen' of in soortgelijke bewoordingen uitgedrukt. Zij vonden dat getuigen van minderwaardigheid, zowel voor de bewoners als voor zichzelf. Illustreerend was ook de vraag van bezoekers bij het bezichtigen van een nieuw gebouwd verpleeghuis, waarom er geen tralies voor de ramen zaten, terwijl er toch 'gekken' zouden verblijven.

De familie en de regelmatige bezoekers zijn andere categorieën met wiens opvattingen de verzorgenden regelmatig worden geconfronteerd. Op alle onderzochte afdelingen waren zij een belangrijk referentiepunt voor de zorgverleners. Regelmatige bezoekers zullen als zij net kennismaken met het verpleeghuis, bij gebrek aan inzicht achter de schermen de zorgverlening beoordelen op de zichtbare onderdelen: hoe de bewoners zijn gekleed en of de afdeling ordelijk en net is. Pas als bezoekers ingewijden worden, doordat ze vaak op de afdeling komen en meer contacten hebben met de bewoners en de verzorgenden, krijgen ze mogelijk meer inzicht in de zorgverlening zelf en maken ze ook kennis met de ongewone situatie op de afdeling. Net als de verzorgenden worden ze geconfronteerd met mensen voor wie genezing en zelfstandigheid niet meer zijn weggelegd, met mensen die zich afwijkend gedragen, die niet meer alles kunnen en soms ook niet meer willen. Hoe moeilijk dit proces kan zijn, illustreert het volgende fragment:

'Op een verpleegbehoefte afdeling verblijft een bewoonster die voortdurend een pop draagt. Ze praat ertegen, koestert 'haar kind' en laat zich de pop niet afnemen. De familieleden die regelmatig op bezoek komen vinden het weinig respectvol dat het personeel dit gedrag toestaat. Ze vinden het raar dat hun moeder met een pop rondloopt die ze beschouwt als haar kind. De verzorging heeft daar een hele andere mening over en wijst de vrouw niet terecht. Het vasthouden van de pop maakt haar rustig en de verzorgenden vinden het helemaal niet getuigen van vernedering om haar in deze behoefte tegemoet te komen.'

(Veldobservatie verpleging pg-afd., 24 oktober 1991)

Opmerkelijk is dat de bewoners zich ook onderling meten met maatstaven en opvattingen, die ze in de samenleving hebben leren aanleggen. Ze hanteren de normen die in de samenleving in ruimere zin gelden, om hun 'soortgenoten' in een rangorde onder te brengen (Goffman 1979, p. 108). Dit gaat gepaard met ambivalente gevoelens over de mate waarin ze zich identificeren met de medegestigmatiseerden en deelnemen aan de groepsactiviteiten. Bewoners, vooral op somatische afdelingen, vergelijken zichzelf met andere bewoners op de mate van invaliditeit, op hun zelfstandigheid, hun kleding en het bezoek dat zij krijgen. Op grond van die criteria bepalen ze de onderlinge rangorde:

'Wat je thuis hebt, of in de buitenwereld, zijn de statussymbolen. En dat is hier binnen ook heel sterk, dat gaat gewoon door. Een mevrouw staat veel hoger op de ladder, want die loopt weer een beetje, en die heeft een doch-

ter die langskomt en iedereen cadeautjes geeft. (...) Sommigen staan veel hoger in aanzien, anderen die scheef zitten, kwijlen, roepen of in de war zijn die tellen absoluut niet mee. Daar wordt niet mee gepraat. Die mensen praten wel tegen mij en tegen de verpleging, maar onderling, nee hoor. Dat is ook totaal niet interessant, want wie wil er nou met zo'n gek omgaan? "Ik ben nog gewoon, ik ga nog met de verpleging om." Die anderen zie je ook gewoon vereenzamen.'

(Activiteitenbegeleider som-vph, 11 december 1991)

Verzorgenden worden dus telkens geconfronteerd met de maatstaven die in bredere zin worden gehanteerd ten aanzien van de groep die ze verzorgen en verplegen. Zij moeten omgaan met mensen die niet aan hun impliciete eisen en normen voldoen en krijgen te maken met het hele scala problemen dat zich in de contacten met hen voordoet. Zoals het wel of niet aandacht besteden aan een amputatie bij het wassen, iemands afhankelijkheid ter sprake brengen, omgaan met de schaamte van een bewoner die moet worden verschoond, iemand tegemoet treden die in een rolstoel zit, omgaan met gedrag dat ze bestempelen als achterdochtig, agressief, dwangmatig of wispelturig. Een verzorgende zegt in een interview dat ze vermijdt om bewoners te laten *blijken* dat ze anders-zijn. Daarmee geeft ze aan dat ze zich bewust is van hun anders-zijn en zelf de onzekerheid ervaart die daardoor ontstaat in contacten met bewoners:

'Als een ouder individu, die je toch *eigenlijk* zo normaal mogelijk moet behandelen. Als ze in een verpleeghuis komen krijgen mensen gauw een stempeltje, er wordt gauw gedacht dat ze of verward zijn of helemaal niets meer kunnen. Dat moet je sowieso vermijden, om dat te laten *blijken* natuurlijk. Dat vind ik een heel belangrijk iets, dat je als normale mensen met ze omgaat.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende reactiving/opname afd., 25 mei 1992)

Onzekerheid over het verloop van sociale contacten met bewoners, kan ontstaan door verschillende oorzaken. Bijvoorbeeld als 'normale' communicatie tussen verzorgende en de bewoner moeizaam verloopt of niet tot stand gebracht kan worden, zoals bij sommige bewoners die een afasie hebben of zoals in het onderstaand geval, omdat de bewoner geen communicatie wenst en gesprekken afhoudt:

'Er is een dame en die heeft best een hele hoge functie gehad en die heeft moeite met de situatie waar ze nu in zit. Ze heeft dat aan de psychologe duidelijk te kennen gegeven dat ze gewoon ook niet wil, omdat ze bang is dat ze het geestelijk allemaal niet meer bij kan benen de dingen die je vraagt. Die vindt het moeilijk omdat ze weet dat ze een goede baan heeft gehad en nu in deze situatie zit en ergens het niet helemaal accepteert.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende dubbelzorg afd., 22 april 1992)

Vanuit het gezichtspunt van de verzorgende leidt in dit voorbeeld de situatie waarin de bewoner zich bevindt (geestelijke achteruitgang en angst) tot de mislukking om met haar te praten en om haar positiever over zichzelf te laten denken. Het proces van aftakeling van een bewoner kan zo ver gaan, dat de sociale interactie met hem helemaal onmogelijk wordt:

'Mevrouw de T. is voor mij een mens waar dingen aan moeten gebeuren, maar ik heb verder geen binding met haar. Toen ze hier binnenkwam praatte ze wel, niet veel, maar ze zei ja en nee. En nu niets meer. Dat is ook hospitalisatie: je wordt in een stoel gezet en dan zie je de muur, als je op bed ligt zie je het plafond. Je hebt helemaal geen prikkels meer.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende ongedif. afd., 14 november 1991)

In deze situatie wordt bijzonder duidelijk dat het onvermogen tot communiceren, stigmatiserend werkt: verzorgenden kunnen bewoners als 'objecten' gaan beschouwen waar wat aan moet gebeuren, maar waar ze geen menselijk contact meer mee hebben. De menswaardigheid van het leven van de bewoner, staat dan voor hen ter discussie door de manier waarop bewoners eruit zien of zich gedragen:

'Dat leven is mensonwaardig, omdat veel mensen incontinent zijn van faeces en ze schamen zich daar soms voor. Of iemand die altijd echt een dame is geweest en nu met de handen in het eten zit. Ze weten het niet altijd, maar dat is mensonwaardig. Een vrouw wil zich telkens uitkleden en dat proberen we te voorkomen door de jurk achterstevoren aan te trekken, zodat ze niet bij de knopen kan.'

(Afdelingshoofd verzorgingsbehoefte afd., 2 december 1991)

Bij psychogeriatrische bewoners en bewoners op een dubbelzorg-afdeling, lopen verzorgenden tegen het gegeven aan dat bewoners zich afwijkend gedragen van de gewone omgangsregels. Zij kunnen schelden, zichzelf in het openbaar uitkleden, telkens dezelfde woorden roepen, knijpen of slaan of apathisch in een hoekje zitten. De onwennigheid met dit soort gebeurtenissen manifesteert zich duidelijk bij leerlingen die voor het eerst kennismaken met het verpleeghuis en ontdekken dat het er op de afdeling in bepaalde opzichten heel anders aan toegaat dan in het dagelijkse leven buiten het verpleeghuis. Zij ervaren dit afwijkend gedrag als een problematische situatie, waarin ze nog niet weten hoe ze moeten handelen (zie § 7.2).

Het verlies van decorum, de spontane uitingen en het 'overtreden van de regels' worden lang niet altijd als een probleem ervaren, een verzorgende vindt dit juist een van de leuke kanten van haar baan:

'Deze mensen zijn soms heel eerlijk, heel recht door zee. Als iets ze niet bevalt zeggen ze dat keihard en dat spreekt me heel erg aan. Misschien omdat ze een beetje ontremd zijn, omdat ze die grens niet goed meer we-

ten tussen wat beleefd is en wat niet. Dat is eigenlijk prima. Ze zeggen het gelijk, of ze schelden je uit of ze zeggen: "Joh stommerd, doe es even normaal, zie je niet dat je dat niet goed doet!"'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende dubbelzorg afd., 22 april 1992)

Verzorgenden ondervinden dat ze in hun werk omgaan met bewoners die zichtbaar en blijvend gestigmatiseerd zijn. De ouderdom en de gevolgen van de chronische ziekten, zoals incontinentie, immobiliteit, zwakheid, moeheid, spraakstoornissen, blindheid, doofheid, amputatie, verlamming of geheugenverlies, zijn permanent en onomkeerbaar. De omgang met bewoners verloopt bij tijd en wijle moeizaam en de verzorgenden ondervinden onwennigheid, onzekerheid en spanning in de omgang met bewoners. Enerzijds willen ze hen zo 'normaal' mogelijk tegemoet treden en anderszijds leidt de confrontatie met hun beperkingen telkens tot de ontdekking dat de omgang met hen niet verloopt zoals gebruikelijk. Dit probleem wordt nog gecompliceerd doordat het inzicht in de mogelijkheden en beperkingen van bewoners, lang niet altijd volledig is.

Complicaties van het probleem

De onzekerheid over de benadering van de bewoners wordt door een aantal factoren gecompliceerd. Op de eerste plaats door de twijfel over de oorzaak van de functiestoornissen en over de mogelijkheden van bewoners. Bij sommige bewoners is het onduidelijk wat ze nog kunnen, wat ze begrijpen, in welke mate ze nog kunnen revalideren of hoelang ze nog te leven hebben. Zulke onduidelijkheden vergroten de onzekerheid over bijvoorbeeld de beslissing om een bewoner zelf keuzen te laten maken, om hem op zijn gedrag of uitlatingen aan te spreken of om hem al dan niet te stimuleren deel te nemen aan activiteiten.

Op de tweede plaats wordt het probleem gecompliceerd door het gebrek aan deskundigheid en door onervarenheid met de problematiek van bepaalde bewoners. Verzorgenden in somatische verpleeghuizen weten dikwijls niet wat ze met patiënten aan moeten, die op de wachtlijst staan voor een plaats in een psychogeriatrisch verpleeghuis. Ze geven aan echt niet te weten hoe ze met deze 'geestelijk aftakelende mensen' om moeten gaan, want ze 'zijn er niet op ingesteld' en voelen zich er onvertrouwd mee. Een teamleider erkent dit:

'De drie dementerende vrouwen zitten hier in het verdomhoekje. We zijn daar hier helemaal niet op ingesteld. We weten niet hoe we ze aan moeten pakken en er is veel te weinig tijd voor. Je probeert de aandacht zo gelijk mogelijk te verdelen, maar onbewust worden sommigen wel achtergesteld. Je moet bij hen vooral non-verbaal contact proberen te maken.'

(Teamleider ongedif. afd., 5 november 1991)

Onwennigheid en onvoldoende deskundigheid op dit gebied worden als de oorzaak beschouwd:

'Als je kijkt naar de puur lichamelijke zorg en het omgaan met die categorie, dan lukt dat heel goed, er zit veel ervaring. Men staat niet meer gek te kijken als iemand dwaalt of van een decubituswond, maar ze staan wel gek te kijken in de zin van: wat kunnen we nou iemand die dwaalt bieden, wat voor prikkels kunnen we nog toedienen, welke methodieken kunnen we nog toepassen?'

(Lid van het managementteam som-vph 19 april 1990)

Op de derde plaats bestaat over een klein aantal bewoners het vermoeden dat ze op een afdeling in het verpleeghuis niet helemaal op hun plaats zijn en ergens anders beter aan hun trekken zouden kunnen komen (zie ook § 6.4). Bij zulke 'randgevallen' gaat het meestal om jongere of zwakzinnige bewoners, voor wie het aanbod en/of de deskundigheid in de ogen van verzorgenden tekort schiet. Volgens hen zouden zij beter naar een revalidatiecentrum kunnen worden overgeplaatst waar een betere opvang mogelijk is.

Een vierde complicerende factor is dat veel bewoners geen feedback geven op de ontvangen zorg. Het maakt een groot verschil voor de verzorgenden of bewoners laten merken dat ze de zorg die ze krijgen op prijs stellen of dat ze die liever anders zouden zien. De bewoner is een belangrijke referentie voor de vormgeving van de zorgverlening en als hun reactie ontbreekt, leidt dat tot een toename van de onduidelijkheid en onzekerheid. Feedback van bewoners kan ervoor zorgen dat verzorgenden over hun eigen optreden nadenken en het eventueel wijzigen, zoals het fragment laat zien:

'Er zijn bewoners die liggen de hele dag op bed en die zijn geestelijk heel erg goed. Die observeren je heel de dag, ze zien je voorbij lopen, ze zien je praten, ze zien je werken, ze maken eens een praatje met je. Ze zeggen het ook tegen je van: "Gaat het niet zo goed vandaag, ben je uit geweest?" (...) Als er een patiënt op wijst dan denk ik van: ho, er zit iets fout, want het is te goed te zien. En dan doe je er echt wel wat aan, want dat mogen ze niet zien, dat moet je niet laten merken. De meeste mensen zitten al in de problemen en die kunnen jouw problemen er niet bij hebben.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende reactivering/opname afd., 26 mei 1992)

Op de vijfde plaats leek het door een aantal onderzochte teams als een probleem te worden ervaren, dat er geen duidelijk afdelingsdoel was of dat het formeel vastgelegde doel geen houvast en zekerheid gaf over de mogelijkheden van de bewoners en het doel van de zorg op de betreffende afdeling.

6.4 Het probleem van de spanning tussen distantie en betrokkenheid

De beschrijving van de aspecten in hoofdstuk 5 heeft aan het licht gebracht dat verzorgenden zich inspinnen om goede relationele zorg te realiseren. Voor de

uitvoering daarvan vinden ze het noodzakelijk dat ze een goede houding hebben, waarmee ze bedoelen dat ze zich betrokken voelen bij de bewoners, zich in kunnen leven in hun situatie en liefde kunnen geven (zie § 5.2). Deze voorwaarden voor goede zorg komen sterk naar voren bij een aspect als aandacht, waar contact en gezelschap voorop staan en bij de aspecten continuïteit en behulpzaamheid waar herkenning, vertrouwen en binding een rol spelen.

Tegelijkertijd wordt een beroepsmatige distantie gevraagd, omdat een persoonlijke binding met bewoners het hen bemoeilijkt de gevoelens te verdragen en te verwerken, die ontstaan door de confrontatie met de aangrijpende situaties in het verpleeghuis. Aangrijpende gebeurtenissen zijn bijvoorbeeld: een overplaatsing van een bewoner naar een andere afdeling, de confrontatie met bewoners die veel verdriet of pijn hebben, de aanblik van mensen die niets zelf kunnen en geheel verzorgd moeten worden en de omgang met ernstig zieken of stervenden. Veel geïnterviewden vertelden dat ze een grote emotionele belasting ervaarden in hun werk, die ze toeschreven aan de betrokkenheid bij 'hun patiënten'.

De noodzaak voor verzorgenden om enerzijds betrokkenheid te tonen en anderzijds afstand te nemen, vormt een groot spanningsveld. Het betekent dat ze bij hun zorgverlening voortdurend bezig zijn om het wankеле evenwicht tussen beide polen te bewaren. Het evenwicht kan worden verstoord door gebeurtenissen in de directe werkomgeving, bijvoorbeeld als een verzorgende wordt gevraagd om een bewoner te begeleiden in een periode van achteruitgang of als een bewoner plotseling overlijdt. Daarentegen kan een verzorgende ook worden ontlast als een collega bijvoorbeeld haar taak van stervensbegeleiding overneemt. Ook veranderingen in het persoonlijk leven van verzorgenden hebben invloed op de balans die ze moeten houden tussen distantie en betrokkenheid.

Het begrippenpaar distantie en betrokkenheid is door Elias (1971) uitgewerkt in zijn essay *Problemen van distantie en betrokkenheid*. Hij wijst er nadrukkelijk op dat beide begrippen niet moeten worden opgevat alsof ze een scherpe scheiding aangeven tussen twee onafhankelijke groepen verschijnselen. Distantie en betrokkenheid verwijzen: 'Naar veranderende evenwichtsverhoudingen tussen groepen van mentale activiteiten, die de mens bij zijn relaties met andere mensen, met niet-menselijke objecten en met zichzelf betrekken of er juist van distantiëren.' (ibid, p. 158) Distantie en betrokkenheid vormen volgens Elias de twee polen van een continuüm. Wij kunnen mensen en uitingen van mensen waarnemen, zoals hun spraak of denkvormen en hun andere handelingen, en die meer of minder betrokken of gedistantieerd noemen.

Volgens Elias is de vraag: 'Wat betekent het voor mij of voor ons?' kenmerkend voor de menselijke betrokkenheid. De vraag 'Wat is het?' of 'Hoe hangen deze gebeurtenissen met elkaar samen?' is karakteristiek voor distantie. Als een ziekte met meer gedistantieerde vragen wordt benaderd (wanneer is het begonnen? wat zijn de symptomen?) dan verwijst de vraag naar empirische ervaringen, naar generaliseerbare gegevens, neergeslagen in wetenschappelijke kennis. Hieraan wordt een handelingsperspectief verbonden, namelijk 'wat kun je eraan doen?'. Als artsen of verpleegkundigen ernaar streven om de problematiek van de zieke hanteerbaar te maken, wordt de gedistantieerde benadering gekozen, die de na-

druk legt op dat deel van de problemen waar ze iets aan kunnen doen. Ze kunnen dan het probleem benaderen door de vraag te stellen 'wat is het?', omdat deze vraag impliceert dat ze daarmee elementen van distantie én beheersing inbouwen (Hofstede en Scavenius 1982, p. 353). Op de vraag naar de betekenis van een probleem of klacht voor de zieke, een betrokkenheidsvraag, is meestal een minder eenduidig antwoord mogelijk en is het moeilijker om relevante oorzaken aan te geven.

Het niveau van distantie dat in het werk van een groep aanwezig is, wordt volgens Elias (1971) bepaald door de cultuur binnen de groep. Die cultuur wordt in stand gehouden door bijvoorbeeld de opleiding, door verschillende vormen van sociale controle en sociaal bepaalde beperkingen en emotionele uitingen (ibid, p. 162). Op grond daarvan kan worden verondersteld dat er ook in een team van verzorgenden op een afdeling in het verpleeghuis, een bepaalde cultuur zal zijn met betrekking tot het niveau van distantie en betrokkenheid in de zorgverlening. De geldende opvattingen daarover in een team, zullen het gedrag van de afzonderlijke teamleden beïnvloeden. Al naar gelang kunnen er in een team uitingen en handelingen worden waargenomen die meer of minder betrokken zijn. Hiervan zal in hoofdstuk 7 verslag gedaan worden.

Wouters (1989) heeft met het oog op distantie en betrokkenheid de verpleging van stervenden in historisch perspectief onderzocht. Hij onderscheidt daarbij drie tijdsperiodes of fasen. In de traditionele omgang met sterven, van 1930 tot de jaren vijftig, moest de afweer – het ontkennen en verdringen – zowel stervenden, als voortlevenden, inclusief de (terminale) hulpverleners 'beschermen'. De laatste omdat een te grote betrokkenheid bij patiënten en stervenden in het bijzonder, hun professionele distantie en competentie zou schaden. In dit regime van de gewijde leugens werd er door een grote sociale druk van betrokkenen geëist hun emoties niet te uiten en er niet over te spreken (het flinkheidsideaal). In het begin van de jaren vijftig neemt de kritiek op de oude codes toe en begint de tweede periode die duurt tot het einde van de jaren zestig. Deze overgangperiode kenmerkt zich volgens Wouters door een groeiende verwachting van een respectvol en openhartig omgaan met sterven. Dit stelt hoge eisen aan het inlevingsvermogen en de openheid van degenen die erbij betrokken zijn (het sensitiviteitsideaal). De emoties rond het levenseinde worden onderkend en niet meer collectief onderdrukt, terwijl tegelijkertijd van degene die de zieke of stervende verzorgt, wordt gevraagd om de eigen gevoelens onder controle te houden en zich te beheersen.

Vervolgens geeft de auteur aan dat we ons vanaf 1970 tot nu in een periode lijken te bevinden, waarin omgangscodes uit de verschillende fasen naast elkaar bestaan en in strijd zijn met elkaar. Enerzijds wordt betrokkenheid gevraagd door inleving in stervenden en tegelijkertijd distantie door de zelfbeheersing van emoties die daarbij vrijkomen. Uit het huidige gedrag blijkt volgens Wouters dat distantie en betrokkenheid kennelijk geen uitsluitende polen zijn; ze vormen een spanningsboog, waarin de spanning in deze fase erg hoog lijkt te zijn opgevoerd:

'Deze strijd voert tot een nieuw ideaal van flinkheid, namelijk de flinkheid om in gelijkwaardiger verhoudingen voldoende zelfcontrole (zelfdwang) op te brengen die is geboden om zich in stervenden in te leven en de doodsangsten die zich zodoende aandienen onder controle te houden. Het is een strijd tussen twee omgangspraktijken en -idealen, die vrijwel iedereen tot op zekere hoogte ook met zichzelf zal voeren. Daarom is hier sprake van een voortgaande tweestrijd *tussen* en *in* de betrokkenen.' (Wouters 1989, p. 23)

Met deze schets van een spanningsboog deelt Wouters het uitgangspunt van Elias, maar door zijn metafoor voegt hij daaraan toe, dat de spanning tussen de polen van distantie en betrokkenheid groot of klein kan zijn. Dit toont dat het evenwicht geen statisch geheel is, maar een dynamisch proces.

In het vervolg van de paragraaf wordt het probleem van de spanning tussen distantie en betrokkenheid voor verzorgenden in het verpleeghuis aan de orde gesteld. Er worden twee facetten van hun werk behandeld, waarbij ze dit probleem ervaren: de confrontatie met een deprimerende werkomgeving en de achteruitgang van de gezondheid en het sterven van bewoners. Aansluitend wordt gezien waardoor dit probleem voor verzorgenden wordt verzwaard.

De confrontatie met een deprimerende werkomgeving

'Much of geriatric practice has to do with generating optimism in the face of negative expectations about what can be achieved. It is especially difficult to create a challenge in long term care.' (Philp e.a. 1991, p. 1056)

Het creëren van een optimistische sfeer, waarover Philp c.s. schrijven in het bovenstaande citaat, is voor de medewerkers in het verpleeghuis een zware opgave waar zij elke dag mee te maken hebben. Een uitdaging vinden in een omgeving waar veel mensen ernstig ziek zijn en sterven, is moeilijk. De geïnterviewden brengen dit onderwerp spontaan ter sprake in interviews, wat kan worden opgevat als een teken dat het door hen als een serieus probleem wordt ervaren.

De bevindingen bevestigen onder meer het onderzoek naar persoonlijke problemen van verzorgenden in een verzorgingstehuis (Tempelman 1984). De geïnterviewde verzorgenden ondervonden als grootste probleem de bewogenheid met de situatie waarin de bewoners verkeerden en de onmacht om er iets ten goede aan te veranderen. Dit probleem was gerelateerd aan de persoonlijke moeilijkheden die ontstonden als ze werden geconfronteerd met lichamelijke en geestelijke achteruitgang van bewoners, inclusief de verwerking van een overlijden.

De verzorgenden in de in dit onderzoek onderzochte verpleeghuizen, typeren hun werkomgeving zo nu en dan als triest en deprimerend. Zij constateren dat een groot deel van de bewoners die ze verzorgen, zich in een uitzichtloze situatie bevindt en dat het merendeel van hen de dag zittend doorbrengt:

'In een verpleeghuis toch vaak wel uitzichtloze situaties. Best wel triest is af en toe. Als je soms in de woonkamer kijkt en je ziet al die koppies naar beneden hangen dan geeft dat toch een hele trieste aanblik. Dan krijg je toch niet veel reactie terug.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende dubbelzorg afd., 22 april 1992)

Verzorgenden kunnen voor hun gevoel de bewoners niet veel meer bieden dan 'een bed, een kast en de dagelijkse zorg'. Verzorgenden trekken zich deze tekortkoming in de zorg aan en bestempelen het verpleeghuis als een noodoplossing, waar niemand voor zijn plezier verblijft. Volgens hen wordt het verpleeghuis door vrijwel geen van de bewoners als een thuis ervaren (zie § 5.3.3). Het is niet goed mogelijk om het de bewoners die lang in het verpleeghuis verblijven, naar de zin te maken. Verzorgenden zien bijvoorbeeld op het gebied van privacy veel tekorten:

'Ik vind dat als ze echt blijven, ja, alleen maar naar hun eind toe eigenlijk hè? Dat vind ik echt heel vervelend, omdat ze hier zo weinig privé hebben. Nu weet je van een heleboel mensen die gaan nog naar hun eigen spulletjes, die kunnen nog een beetje hun bezittingen hebben. Maar dat is op een verblijfsafdeling eigenlijk helemaal niet meer. Ze hebben daar eigenlijk alleen een kastje voor hun kleding en een nachtkastje. (...) Als je met z'n zessen op een zaal ligt en je ligt er altijd met z'n zessen, zeven dagen in de week en je hebt nooit meer iets anders en je weet dat het ook nooit meer anders wordt, dan vind ik dat best wel deprimerend.'

(Verpleegkundige reactivering/opname afd., 26 mei 1992)

Dat bewoners het verpleeghuis nooit als een thuis zullen zien, wordt door Van der Wulp (1986) verklaard door de conflictsituatie waarin de bewoners zich bevinden. Mensen die zoveel hebben moeten opgeven, die nog met zichzelf in het reine moeten komen en gedwongen in het verpleeghuis verblijven door gebrek aan een alternatief, kunnen het verpleeghuis eigenlijk niet of nauwelijks als een thuis beschouwen. Pas als ze in een evenwichtiger situatie komen, zou dat tot de mogelijkheden behoren, aldus Van der Wulp.

Omdat verzorgenden ondervinden dat bewoners het meestal niet naar hun zin hebben in het verpleeghuis, betreuren ze het des te meer dat volgens hen enkele patiënten op de afdeling of in het verpleeghuis verblijven, die niet op hun plaats zijn. Deze bewoners, meestal gaat het om jongere patiënten, komen naar hun idee veel tekort, omdat ze in een instelling voor zwakzinnigen of een revalidatiecentrum veel meer mogelijkheden zouden krijgen en beter aan hun trekken zouden komen qua onderwijs, activiteiten en contacten met leeftijdgenoten. Zo zegt een teamleider over een patiënt met epilepsie van midden vijftig:

'Die patiënt hoort hier gewoon niet. Hij zou eigenlijk in een huis moeten wonen waar hij gewoon met een groep kan verblijven. Maar hij blijft hier en hij moet hier nog jaren zitten en dat vind ik zielig.'

(Teamleider ongedif. afd., 5 november 1991)

De verlatenheid en eenzaamheid van bewoners kan verzorgenden beroeren. Kwaadheid en verdriet komen naar boven als de familieleden niet (meer) op bezoek komen bij de bewoners en ze laten zitten:

'Gewoon het idee dat het hier een eindstationnetje is voor mensen en geen kind die er naar kraait, nog niet eens kinderen die op bezoek komen of kleinkinderen. (...) En dat vind ik best triest en dan kost het je heel veel moeite om de persoon dan thuis te bellen als moeder op sterven ligt. Het gaat slecht met moeder en dan zie je ze wel komen en daar heb ik heel veel moeite mee.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende dubbelzorg afd., 23 april 1992)

Het isolement van bewoners kan zo ver gaan, dat er bij hun overlijden geen adres bekend is van de familie. Verzorgenden die voor de bewoner hebben gezorgd en er een band mee hebben gehad, worden met dit soort gebeurtenissen geconfronteerd en moeten met de gevoelens omgaan die dit bij hen teweegbrengt.

Achteruitgang en overlijden van bewoners

Er zijn veel situaties in het verpleeghuis die verzorgenden moeite kosten en die gevoelens bij hen oproepen. Zoals de lichamelijke aftakeling die gepaard kan gaan met de chronische aandoeningen en de ontredde die kan optreden bij een bewoner met dementie:

'Ik persoonlijk vind begeleiding [begeleidingsbehoefte bewoners] heel triest. Ze hebben het gevoel er gebeurt wat, ik kan het niet vatten, het niet kunnen stoppen, weten dat ze niet thuis zijn, nergens bijhoren en geen werk hebben bijvoorbeeld, zich afhankelijk voelen. Die ontredde mensen die naar huis willen of naar hun moeder. Dat vind ik heel zielig. Bijvoorbeeld meneer T. die staat dan bij de deur en wil weg. Toen zei ik: "Het is veel te koud buiten." "Nee", zei hij, "ik ben een sterke jonge kerel." Hij wist precies waar hij naar toe moest, maar hij mocht niet.'

(Afdelingshoofd verzorgingsbehoefte afd., 18 november 1991)

Soms maakt machteloosheid zich van hen meester als ze geen oplossingen kunnen vinden voor problemen van bewoners of geen vooruitgang kunnen boeken. Op een verzorgingsbehoefte afdeling waar medewerkers met veel inzet de *Validation-benadering*¹ toepasten, vond men het een teleurstelling voor de bewoners als ze niet reageerden op de benadering, terwijl ze daar bij anderen hele goede resultaten mee bereikten. Verzorgenden voelen zich machteloos als ze ondanks pla-

1 De *Validation-benadering* voor gedesoriënteerde ouderen is ontwikkeld door de Amerikaanse Naomi Feil (1991). De kern van de benadering is dat de hulpverleners zoveel mogelijk proberen de patiënt in zijn belevingswereld te bereiken, waarbij gevoelsaspecten ('Vond u dat prettig?') een veel belangrijker rol spelen dan de feiten ('Wie was er toen bij u op bezoek?').

tenboeken en gebaren, niet doorgronden wat een afasiepatiënt aan hen duidelijk wil maken of omdat ze pijn en ongemak niet altijd kunnen verhelpen of verzachten. Tijdens het veldwerk werd waargenomen dat verzorgenden moedeloos waren, toen een CVA-patiënt opnieuw een hersenbloeding kreeg, die de resultaten van wekenlang reactiveren weer teniet deed. Een verzorgende verzuchtte: 'Hoe je ook je best doet, mensen zijn altijd aan hun eind.'

Een afname van de gezondheid kan aanleiding zijn voor de gezamenlijke disciplines om de moeilijke beslissing te nemen te stoppen met therapie of revalidatie. Zo'n beslissing beleven de zorgverleners vrijwel altijd als een teleurstelling en wordt pas na lang proberen en afwegen genomen. Voor sommige patiënten kan dat betekenen dat een uitplaatsing naar een verzorgingstehuis niet doorgaat:

'Een overplaatsing is heel vervelend. We hebben dat vandaag. Die mevrouw is hier nog niet zo lang. Die dacht dat ze weer naar huis zou gaan, maar dat is onmogelijk, ze moet naar boven [naar een verblijfsafdeling]. Daar had ze zich wel mee verzoend, omdat ze het bij ons best wel naar d'r zin had, ze kende ons een beetje en dan moet ze vandaag naar boven. En dat is in een heel snel tempo gegaan, binnen een week weet ze waar ze terecht komt en nou heeft ze het er heel moeilijk mee en wij ook wel. Want ze is gekomen met het idee van ik ga weer naar het bejaardenhuis en dan moet ze blijven en dan gaat het ineens weer in zo'n tempo. Dat is voor oudere mensen heel moeilijk.'

(Verpleegkundige reactivering/opname afd., 26 mei 1992)

Verzorgenden kunnen afscheid van een bewoner moeten nemen door ontslag, overplaatsing of overlijden. Een overplaatsing is moeilijk, omdat verzorgenden niet weten hoe een bewoner verder wordt verzorgd en wordt opgevangen. Soms zien ze bereikte resultaten in stemming of gezondheidstoestand van de bewoner weer verloren gaan. Verzorgenden hebben de behoefte om de zorg zelf af te maken:

'Het is emotioneel erg moeilijk, verzorgenden proberen overplaatsingen tegen te houden. Zij voelen een weerstand omdat zij de persoon tot het eind toe willen verzorgen. Een overlijden is niet zo erg als het ware, als de verzorgenden hem of haar maar tot het eind toe hebben kunnen verzorgen, het af hebben kunnen maken en afscheid hebben kunnen nemen. Er is wat dat betreft een grote mate van betrokkenheid en hechting.'

(Veldobservatie pg-vph, 12 maart 1990)

Verzorgenden worden telkenmale geconfronteerd met het sterven van bewoners, al is de mate waarin afhankelijk van de aard van de afdeling waar ze op werken. Vooral leerlingen die vaak voor het eerst kennismaken met ernstig zieken en stervenden, ervaren dit als een moeilijk element van hun werk (§ 7.2). Leerlingen die hun opleiding niet afmaken, rapporteren regelmatig dat ze er niet tegen kunnen dat mensen zo ernstig moeten lijden en overlijden. Maar ook leerlingen die hun

opleiding wel afronden, noemen dit als een van de grootste probleemgebieden waar ze mee worden geconfronteerd in hun nieuwe werk.

In enkele onderzochte teams zijn door de onderzoeker bepaalde werkwijzen geobserveerd, die weergeven dat het sterven van bewoners een voornaam element is in de beleving van de teamleden. Kenmerkend is dat verzorgenden die een aantal dagen vrij hebben gehad, direct bij aankomst op de naambordjes van de deuren kijken en de mappen van de bewoners tellen, om te zien of 'ze er allemaal nog zijn'. In één onderzocht team ging men 's ochtends bij de wisseling van de nachtdienst en de dagdienst, in tweetallen langs de slaapzalen. Dit had naast de overdracht van de zorg tevens de functie te voorkomen dat de ochtendploeg een bewoner zou vinden die in de vroege ochtend was overleden.

De reactie van een verzorgende op een overlijden en de heftigheid van de gevoelens, worden het meest bepaald door de binding die een verzorgende had met de overledene. De binding wordt beïnvloed door de tijd dat een bewoner op de afdeling heeft gewoond en de sympathie en het begrip dat men onderling ondervond:

'Het scheelt ook met de één heb je een beter contact, als iemand al jaren in huis is. Je mag eigenlijk geen onderscheid maken, maar je bent mens. Mevrouw X mag je iets meer dan meneer Y en dan doet het je meer als mevrouw X overlijdt.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende ongedif. afd., 7 mei 1990)

Als een teamlid en een bewoner aan elkaar zijn gehecht, zoals is behandeld bij het aspect continuïteit (§ 5.3.6), krijgt een overlijden de betekenis van een verlies van iemand voor wie men sympathie voelde, die men respecteerde of bewonderde. Het is belangrijk om in te zien dat de consequentie van de persoonlijke inzet die men nodig acht om goede relationele zorg te kunnen verlenen, eraan bijdraagt dat de gevoelens over een overlijden heftiger zijn.

Naast de persoonlijke binding tussen een verzorgende en een bewoner, spelen collectieve ideeën over de persoon die sterft een rol bij het effect dat een sterfgeval heeft op de afdeling. Die collectieve opvattingen duiden Glaser en Strauss (1973, p. 41) aan met de term 'sociaal verlies'. Als een stervende persoon bepaalde waarden, die in de maatschappij een hoog aanzien hebben zoals jeugd, schoonheid, ouderlijke of echtelijke verantwoordelijkheid, opvallend belichaamt dan is het sociaal verlies van een stervende groter. Bij verzorgenden zijn dezelfde sociale waarden teruggevonden, waarvan de leeftijd van de bewoner de voornaamste is:

'De acceptatie is harder bij jonge mensen. Dat accepteer je niet zo snel, dan heb je veel meer iets van: waarom moet dat nou? of waarom hij? Bij de ouderdom hoort het meer. Dan scheelt het wel dat het niet eigen is, geen familie is. Dan heb je veel meer die vraag van: waarom hij? Hier kun je toch meer afstand nemen.'

(Teamleider ongedif. afd., 5 november 1991)

Met name als de kinderen of de ouders van een bewoner dikwijls op bezoek komen, reageren verzorgenden bij het overlijden van een jonge bewoner op het mogelijk verlies dat het voor hen betekent. De verpleging is dan zeer begaan met hun lot. Een speciale rol van een bewoner op de afdeling kan het sociaal verlies beïnvloeden. Zo schatte één team in dat het voor de afdeling een groot gemis zou zijn, als de bewoner zou overlijden, die een zeer opwekkende functie had op de afdeling en erom bekend stond dat ze de andere bewoners opvrolijkte:

‘We hebben een schat van een vrouw hier en we roepen weleens: “Als die er niet meer is, zal het wel stil zijn hier!” Iedereen behandel je hetzelfde, maar er is er toch eentje die er bovenuit springt. En maar vertroetelen en noem maar op en dat alleen om haar er bovenop te krijgen als ze ziek is. (...) Haar zouden we wel missen.’

(Teamleider dubbelzorg afd., 27 april 1992)

Verzwarende van het probleem

Het werken in de soms deprimerende omgeving en de verwerking van sterfgevallen, worden als zodanig al ervaren als zware opgaven. Daarbij komt nog dat elk teamlid de zorg voor meer bewoners tegelijk heeft. Dat betekent dat ze hun energie en inzet moeten verdelen over de bewoners op de afdeling en dat ze zich tegelijkertijd moeten inleven in hele verschillende situaties met de daarbij behorende gevoelens:

‘Als iemand ’s ochtends is overleden dan moet je er ’s middags tijdens de thee over praten, de beleving van emoties enzo. Maar dat gebeurt eigenlijk te weinig. Er is eigenlijk geen tijd voor om er aandacht aan te besteden, want je moet weer zo snel naar een volgende patiënt, die net bijvoorbeeld opa of oma is geworden en waar je dan weer heel blij moet zijn.’

(Opleidingscoördinator som-vph, 7 april 1992)

Verzorgenden kritiseren om die reden het opnamebeleid in de verpleeghuizen, dat erop is gericht een nieuwe bewoner te laten opnemen zodra er een plaats is vrijgekomen. De overleden bewoner wordt als het ware direct opgevolgd door een andere patiënt, die al hun aandacht en zorg nodig heeft. Ze vinden dat ze enige tijd nodig hebben om over het verlies van een bewoner heen te komen. Verzorgenden rapporteren dat de emotionele kant van hun werk de laatste jaren zwaarder is geworden. Ze signaleren een grotere hulpbehoefte van de patiënten bij opname en dat heeft voor de uitvoering van hun werk een aantal zwaarwegende consequenties. De patiënten vragen niet alleen een intensievere lichamelijke verzorging, maar ook meer bijstand en aandacht, bijvoorbeeld in de vorm van stervensbegeleiding. Een ‘zwaardere opname’ betekent in de meeste gevallen tevens dat de patiënt zeker is en korter in het verpleeghuis verblijft alvorens te overlijden. Enerzijds wordt er van de verzorgenden dus voor de kortere periode een grote betrokkenheid gevraagd, anderzijds is meer distantie vereist omdat ze vaker met sterfgevallen en ontslagen te maken krijgen.

6.5 Conclusie: problemen bij de realisering van kwaliteit in relatie tot aspecten van zorg

In dit hoofdstuk zijn drie problemen besproken die verzorgenden ervaren bij het verwezenlijken van kwaliteit van relationele zorg. Achtereenvolgens waren dat de opgave van het nooit eindigende werk, de onzekerheid over het verloop van de contacten met bewoners en het probleem van de spanning tussen distantie en betrokkenheid. Deze problemen vertonen grote overeenkomst met de problemen die door Goffman en door Kelk zijn gesignaleerd voor het uitvoerend personeel in totale instituties (zie § 3.2.2). Deze auteurs wezen op de spanning tussen enerzijds de humane zorg en persoonlijke betrokkenheid van het personeel en anderzijds de institutionele efficiëntie en noodzakelijke zelfbescherming van de medewerkers.

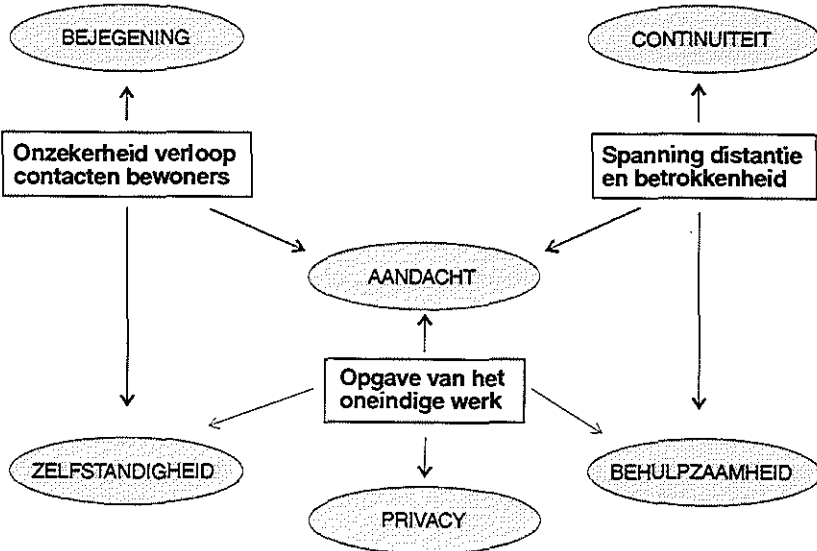
Bij de opgave van het nooit eindigende werk is ingegaan op de ervaring van verzorgenden dat hun werk nooit af is. Omdat de bewoners een groot beroep doen op verzorgenden voor hulp en deze zich verantwoordelijk voelen om aan de behoefte van bewoners aan basiszorg en relationele zorg te voldoen, staan verzorgenden voor het probleem dat ze het omvangrijke takenpakket niet geheel kunnen uitvoeren. Dat noodzaakt hen ertoe prioriteiten te stellen en efficiënt te werken. Dit is de specifieke invulling in het verpleeghuis van het bovengenoemde dilemma tussen doelmatigheid en bewonergerichtheid in totale instituties. Als de werkdruk lang aanhoudt en medewerkers ervaren dat ze te zwaar belast worden, bestaat de kans op overbelasting, die uiteindelijk kan resulteren in ziekte, uitval of ontslag. Het zijn vooral de aspecten zelfstandigheid, privacy, behulpzaamheid en aandacht die met dit probleemgebied zijn gerelateerd. De aspecten zelfstandigheid en privacy moeten worden afgewogen tegen de efficiëntie waarmee de basiszorg kan worden uitgevoerd. De aspecten behulpzaamheid en aandacht, nopen dikwijls tot een afweging met de uitvoering van de basiszorg.

Bij de onzekerheid over het verloop van contacten met bewoners is aandacht besteed aan de stigmatiserende kenmerken van bewoners. Door deze kenmerken tellen personen in de gedachten van anderen niet helemaal mee en worden ze niet geheel geaccepteerd (Goffman 1979). De stigmata van verpleeghuisbewoners, zoals spraakstoornissen, dementie, lichamelijke handicaps en misvormingen, zijn veelal onherstelbaar en blijvend. In de contacten van verzorgenden met anderen, waaronder mensen in hun eigen omgeving of regelmatige bezoekers in het verpleeghuis, worden zij er dikwijls aan herinnerd, dat de mensen die ze verzorgen niet voldoen aan de verwachtingen die ten aanzien van hun sociale categorie worden gehanteerd. Daarom zal voor de verzorgenden, ook al zijn ze ingewijden, de spanning en onzekerheid in de contacten met bewoners nooit geheel verdwijnen, maar hoogstens verminderen. Ook blijkt het moeilijk te zijn om bewoners tegemoet te treden die niet kunnen praten, geen activiteit meer ontplooiën, die in gedachten in een andere werkelijkheid leven of van wie het uiterlijk is geschonden. Dit probleem heeft vooral effect op de aspecten bejegening, zelfstandigheid en aandacht, omdat met name bij deze aspecten naar voren komt dat de onderlinge omgang afwijkt van de 'normale' omgang tussen mensen.

Het probleem van de spanning tussen distantie en betrokkenheid is voor de verzorgenden in het verpleeghuis sterk aanwezig, omdat enerzijds een persoonlijke inzet en binding met de bewoners is gewenst om de relationele zorg goed uit te voeren, anderzijds een beroepsmatige afstand nodig is om zichzelf te beschermen. De handhaving van het evenwicht is noodzakelijk omdat verzorgenden constant bloot worden gesteld aan gevoelens van anderen en die van zichzelf, als gevolg van het werken in een deprimerende omgeving waar ze worden geconfronteerd met zieke en stervende bewoners. De conclusies uit dit onderzoek sluiten wat dat betreft aan bij Goffman en Kelk, die constateren dat personeelsleden in totale instuties minder goed de officiële doelen van de organisatie kunnen bereiken, omdat ze zichzelf moeten beschermen tegen een te grote emotionele betrokkenheid bij de bewoners. Het handhaven van dit evenwicht speelt een rol bij de aspecten aandacht, behulpzaamheid en continuïteit, omdat juist bij die drie aspecten de persoonlijke communicatie, het inlevingsvermogen en de binding tussen verzorgenden en bewoners voorop staan.

Op basis van de gedane uitspraken door verzorgenden zijn relaties gelegd tussen de relationele aspecten van zorg en de problemen, maar deze relaties zijn niet zo scherp aan te geven. De aspecten worden beïnvloed door één of meer van de genoemde problemen, maar welk effect precies aan een afzonderlijk probleem is toe te schrijven en hoe de wisselwerking tussen verschillende problemen is, kan niet zo nauwkeurig worden beschreven. In figuur 6.1 zijn de relaties tussen de concepten weergegeven.

Figuur 6.1: De relatie tussen de problemen bij de realisatie van kwaliteit en de aspecten van zorg



De figuur geeft aan dat het aspect aandacht in de ogen van verzorgenden het meest in de knel komt als gevolg van de ervaren problemen. Alle drie de problemen brengen zij met aandacht in verband en die zorgen ervoor dat dit aspect in de dagelijkse praktijk niet tot zijn recht kan komen. De aspecten zelfstandigheid en behulpzaamheid worden elk door twee problemen belemmerd volgens de verzorgenden. Bij de aspecten privacy, bejegening en continuïteit ervaren verzorgenden voornamelijk één probleem. De opgave van het nooit eindigende werk beïnvloedt in de visie van verzorgenden de meeste aspecten. De twee andere problemen zijn daarmee niet onbelangrijk geworden, maar hebben vanuit hun visie effect op een kleiner aantal aspecten.

Elk probleem afzonderlijk vormt een belasting voor verzorgenden, maar in situaties waarin verschillende problemen elkaar versterken en gedurende langere tijd bestaan, kan de belasting aanzienlijk worden. Verzorgenden die onzeker zijn over de manier waarop ze bewoners kunnen benaderen om hen tot het middelpunt van hun zorg te maken, hebben eveneens moeite om te bepalen wat ze precies nastreven met hun werk en welke uitkomsten ze met hun zorgverlening wensen te bereiken. Dat maakt het problematisch prioriteiten te stellen tussen de verschillende taken: wat hebben bewoners precies nodig, met welke hulp wordt in hun behoeften voorzien en welke taken moeten prioriteit krijgen. In deze situatie is de twijfel van verzorgenden over hun eigen handelen groot en is het voor henzelf niet mogelijk om vast te stellen of ze hun problemen adequaat oplossen.

De opgave van het nooit eindigende werk kan interacteren met de spanning tussen distantie en betrokkenheid. De opvatting dat het werk nooit klaar is en het idee dat de bewoners op het gebied van de relationele zorg elke dag tekort wordt gedaan, kan op den duur aanleiding zijn voor lichamelijke en psychische klachten. Als dit probleem gepaard gaat met de emotionele belasting, bijvoorbeeld omdat enkele bewoners overlijden, kan het verzorgenden gemakkelijk teveel worden. Juist omdat ze aan de relationele zorg veel betekenis toekennen en daar ook veel arbeidsplezier aan ontnemen.

Het is daarbij nodig te letten op de oorzaak die verzorgenden aanwijzen voor de toename van de problemen. Die ligt volgens hen bij de aanscherping van de criteria die worden toegepast bij de vaststelling of iemand in aanmerking komt voor een opname. Als gevolg daarvan signaleren verzorgenden dat bewoners met een grotere zorgbehoefte worden opgenomen, waardoor verzorgenden niet alleen een intensievere basiszorg moeten leveren, maar ook meer bijstand en begeleiding zouden moeten geven. Tegelijkertijd nemen de mogelijkheden voor de relationele zorg af, omdat ze meer tijd kwijt zijn met de basiszorg en geen gelegenheid krijgen om een langer durende relatie met de bewoners op te bouwen. Bovendien vermeerdert de snellere opvolging van de bewoners de spanning tussen distantie en betrokkenheid, omdat in een kortere periode relatief meer bewoners zullen komen te overlijden. Het is niet moeilijk om in te zien dat verzorgenden door deze ontwikkeling gemakkelijk in een vicieuze cirkel terecht kunnen komen.

Om op een adequate manier te reageren op de problemen hebben verzorgenden een zekere ruimte nodig om te manoeuvreren. Om zelf te bepalen hoe ze met

afdelingsregels om willen gaan, hoe ze hun dag indelen, welke methoden en werkwijzen ze willen toepassen, hoe ze maatregelen van de leiding interpreteren, hoe ze hun taken willen verdelen en hoe ze de bewoners willen benaderen en bijstaan. Binnen een organisatie als het verpleeghuis zijn die mogelijkheden beperkt en het is de kunst voor verzorgenden om de beschikbare ruimte te benutten en binnen de marges, de voor hen meest adequate werkwijzen te ontwikkelen. Of en op welke wijze teams de ruimte benutten en hoe ze de problemen oplossen, is het onderwerp van hoofdstuk 7 waarin de strategieën worden beschreven waarmee ze de beschreven problemen oplossen.

7 Socialisatie van leerlingen en strategieën van verzorgenden

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de derde fase van het onderzoeksmodel. Deze fase bestaat uit de analyse van de oplossingen die verzorgenden gebruiken, voor de problemen die in het voorgaande hoofdstuk zijn behandeld. Het doel van deze fase is niet om beschrijvingen te geven van afzonderlijke en individuele oplossingen, maar om patronen te ontdekken in de oplossingen die binnen afdelingsteams gebruikelijk zijn. Bij de analyse van de oplossingen staat het in § 3.3 geïntroduceerde begrip strategie centraal, dat als volgt is gedefinieerd:

Een strategie is een patroon van activiteiten dat een actor regelmatig gebruikt om met (problematische) situaties om te gaan, daarbij refererend aan de gebruikelijke en geïnstitutionaliseerde wijze van voelen, denken en handelen in zulke situaties.

Van een strategie kunnen meer tactieken deel uitmaken, die elk concreter en minder omvattend zijn. Een strategie heeft betrekking op het handelen van een actor, een individu of een groep, dat wordt beïnvloed door de opvattingen van andere personen of groepen, die voor de actor van belang zijn. Deze zogenaamde referente anderen of referentiegroepen, kunnen het individu een perspectief verschaffen om de wijze waarop de omgeving wordt waargenomen en geïnterpreteerd te structureren (Shibutani 1978, p. 110). Het begrip perspectief duidt op de gedachtenwereld van een actor, waar het begrip strategie slaat op het handelen. Er is gekozen voor de definitie die Shibutani geeft van perspectief, zoals in § 3.3 is uitgelegd. Het domein waarop de definitie in dit onderzoek betrekking heeft, is beperkt tot de werksituatie van verzorgenden in het verpleeghuis:

'A perspective is an ordered view of one's world – what is taken for granted about the attributes of various objects, of events and of human nature. The environment in which men live is an order of things remembered and expected as well as things actually perceived. It includes assumptions of what is pausable and what is possible; it constitutes the matrix through which one perceives his environment.' (Shibutani 1978, p. 110)

Aan het begin van § 7.3 zal worden uitgelegd hoe de constructie is verlopen van zes strategieën, die verzorgenden gebruiken om hun problemen op te lossen. De strategieën zijn:

- 1 uniformering van de verzorging;
- 2 normalisatie van het dagelijks leven;
- 3 vermindering van communicatie met bewoners;
- 4 overleg over de prioriteiten in de zorg;
- 5 acceptatie van beperkingen van bewoners;
- 6 dosering van betrokkenheid bij de zorg.

Een strategie kan voor verzorgenden van belang zijn om vooral met één bepaald probleem om te kunnen gaan, maar kan ook bedoeld zijn om verschillende (deel)problemen te hanteren. De strategieën worden achtereenvolgens beschreven in de paragrafen 7.3.1 tot en met 7.3.6.

Uit de bevindingen komt naar voren dat om een bepaald probleem op te lossen, de meerderheid van de verzorgenden in één team, voor eenzelfde oplossing kiest. Hieruit volgt dat een individu een strategie kan toepassen, maar ook dat een groep personen, zoals een afdelingsteam, een strategie kan hanteren. Deze bevinding refereert aan dat deel uit de definitie van strategie, waarin sprake is van de sociale inbedding van een strategie ('gebruikelijke en geïnstitutionaliseerde wijze van voelen, denken en handelen'). In de beschrijvingen ligt de nadruk op de oplossingen, zoals die collectief door een team worden gehanteerd.

Tot besluit van dit hoofdstuk zal een poging worden gedaan, om de variatie in oplossingen die teams kiezen voor hun problemen, begrijpelijk te maken. Teams van verzorgenden hebben de mogelijkheid om verschillende oplossingen te kiezen om eenzelfde probleem op te lossen. Verschillende strategieën zullen in een min of meer stabiele combinatie voorkomen bij een bepaald team. Een combinatie van enkele strategieën om de problemen op te lossen, is te duiden vanuit een specifieke invulling van het perspectief op zorg van verzorgenden. Aan het eind van dit hoofdstuk zullen twee perspectieven worden onderscheiden: het Marta- en het Maria-perspectief.

Alvorens te beginnen met de behandeling van de strategieën, wordt ingegaan op de ontwikkeling van het perspectief van leerling-ziekenverzorgenden en de manier waarop ze de gebruikelijke strategieën leren. Deze ontwikkeling wordt geschetst in drie fasen die zij doormaken van het begin van de (theoretische) opleiding tot hun diplomering, na afronding van de stages in het verpleeghuis. Er bestaat een aantal redenen om op deze plaats in te gaan op de positie van leerling-ziekenverzorgenden.

Op de eerste plaats geeft het onderzoek naar de leerlingen weer hoe de oplossingen die vaste teamleden gebruiken, worden overgedragen en aangeleerd. Een fasegewijze analyse van het proces waarin de leerlingen de gebruikelijke oplossingen leren, de socialisatieperiode, kan bijdragen aan de kennis over socialisering in het algemeen en in het bijzonder over de wijze waarop dit bij ziekenverzorgenden verloopt. Deze kennis maakt begrijpelijk waarom een deel van de leerlingen de opleiding niet afmaakt, waarom anderen zich aan de werkwijzen in het team

aanpassen, maar bovenal verduidelijkt het de functies van de socialisering voor de vaste teamleden.

Op de tweede plaats zijn de problemen die in hoofdstuk 6 zijn beschreven nieuw voor de beginnende leerlingen en kennen zij nog geen vaste en beproefde oplossingen. Zij ervaren deze problemen naast specifieke 'leerling-problemen', zoals het slagen voor toetsen en de combinatie van leren en werken. Omdat ze geen ervaring hebben met de problematische situaties, reflecteren ze daarover en overwegen ze alternatieve oplossingen. Daarbij komt naar voren welke ze acceptabel vinden of juist verwerpelijk en op welke gronden ze tot die mening komen. Inzicht in de ervaringen van leerlingen kan de eerder gedane beschrijvingen van de problemen van de vaste teamleden bevestigen en ze tegelijkertijd verdiepen.

Op de derde plaats geeft het extra informatie over de oplossingen die vaste teamleden kiezen. Leerlingen bleken in interviews feilloos aan te kunnen geven hoe gediplomeerden zich gedroegen en hoe ze met hun problemen omgingen. Juist omdat de leerlingen de gediplomeerden beschouwen als voorbeelden en door hen onderwezen worden, observeren ze hen en bezitten ze veel informatie over het functioneren van het team. Daarnaast zijn leerlingen kritisch bij de vaststelling wat goede zorg is en om die reden zijn ze alert op discrepanties tussen de theorie die ze hebben geleerd en de praktijk en tussen hun eigen verwachtingen en de feitelijke verzorging. Welke ontwikkeling ze in hun denken en handelen doormaken, is het onderwerp van de volgende paragraaf.

7.2 De socialisatie van leerling-ziekenverzorgenden

Leerlingen die de inservice-opleiding tot ziekenverzorgende willen gaan volgen, solliciteren bij een verpleeghuis en doorlopen daar een sollicitatieprocedure. Degenen die worden aangenomen treden in dienst van het verpleeghuis. In de eerste zeven maanden, de zogenaamde beroepsvoorbereidende periode (BVP), volgen ze onderwijs op school en maken ze alleen in de vier stageweken kennis met de afdelingen in het verpleeghuis.

Na deze zeven maanden werken ze gedurende twee jaar in het verpleeghuis, inclusief een proefperiode van twee maanden, en keren ze zo nu en dan terug naar school voor aanvullende lessen. De twee jaren zijn verdeeld in een eerste en een tweede leerperiode. Tijdens het werk worden de leerlingen begeleid door gediplomeerd ziekenverzorgenden die als werkbegeleider zijn aangesteld. De in het verpleeghuis werkzame praktijkbegeleider en de opleidingscoördinator zorgen voor begeleiding op afstand en houden de voortgang van de studie en de afstemming tussen praktijk en theorie in de gaten.

Leerlingen die voor het eerst in een team op een verpleeghuisafdeling gaan werken, komen situaties tegen die nieuw zijn en waar ze geen ervaring mee hebben. Die moeilijke situaties vragen keuzen en nieuwe gedragsvormen van hen en derhalve is er sprake van problematische situaties. Leerlingen zijn niet op de hoogte van de gebruikelijke opvattingen over de problemen en van de gangbare oplossingen die de (meerderheid van de) leden van het team gebruiken. Willen ze een

volwaardig lid worden van het team dan moeten ze zich door vorming de definitie van de situatie eigenmaken die de groep hanteert. Ze moeten met andere woorden leren welk perspectief de teamleden hebben en welke strategieën ze toepassen. Dat leerproces en de aanpassing wordt socialisatie genoemd en wordt door Merton c.s. (1969) gedefinieerd als:

‘The processes by which people selectively acquire the values and attitudes, the interests, skills and knowledge -in short, the culture- current in the group of which they are, or seek to become, a member.’ (Merton e.a. 1969, p. 287)

Het doel van de beroepssocialisatie is dat het individu de waarden, normen, verwachtingen, kennis en vaardigheden binnen de beroepsgroep internaliseert en zich eraan conformeert. Beroepssocialisatie kan plaatsvinden door formele training of scholing en tijdens de feitelijke uitoefening van het beroep. Bij beroepen die kenmerken hebben van een professie, zoals geneeskundigen of advocaten, vindt een relatief groot deel van de socialisatie plaats gedurende de opleiding. Bij beroepen die daar verder van verwijderd zijn, vindt een groter deel plaats in de uitvoering van het vak. Ziekenverzorgenden worden gesocialiseerd tijdens de relatief korte, zeven maanden durende opleidingsperiode op school, maar de overdracht van de beroepsopvattingen zal vooral plaatsvinden op de afdelingen in het verpleeghuis, waar de leerling stage loopt en in de toekomst hoopt te gaan werken.

Socialisatie vindt voornamelijk plaats door interactie met personen die belangrijk zijn voor het individu. Voor leerlingen zijn dat bijvoorbeeld docenten op school, gediplomeerd ziekenverzorgenden, medeleerlingen, bewoners en hun familieleden. Deze personen of groepen functioneren voor de leerlingen als referentiegroepen of referente anderen (Shibutani 1978, p. 110). Shibutani noemt drie functies van referentiegroepen in het socialisatieproces. In de eerste plaats dienen ze als een referentiepunt, waarmee een persoon zich kan vergelijken. Dit gebeurt voornamelijk met het doel om een oordeel over zichzelf te vormen: ‘...that group which serves as the point of reference in making comparisons or contrasts, especially in forming judgments about one’s self.’ (ibid, p. 109). Leerlingen spiegelen zichzelf bijvoorbeeld voor wat betreft hun technische vaardigheden, aan medeleerlingen en vaste teamleden.

In de tweede plaats kan een referentiegroep verwijzen naar een groep waar het individu door wenst te worden geaccepteerd. Zo wensen leerlingen te participeren en te worden geaccepteerd in het team waar ze mee werken. In de derde plaats verschaft een referentiegroep een perspectief dat een individu zich kan eigenmaken, om zo de wijze waarop hij de omgeving waarneemt en interpreteert te structureren. Van deze laatste functie leidt Pavalko (1971, p. 89) nog een vierde functie van referentiegroepen af. Hij wijst op hun normatieve functie, waarmee hij bedoelt dat ze normen bieden voor behoorlijk gedrag.

Over de socialisatie van ziekenverzorgenden bestaat geen relevante literatuur. Om enig inzicht te krijgen in socialisatieprocessen kan literatuur op andere ge-

bieden dienst doen. Twee studies naar de wijze waarop de socialisatie van artsen verloopt, hebben veel bekendheid gekregen. Merton c.s. publiceerden in 1957 *The student-physician* en enkele jaren later verscheen *Boys in white* (Becker e.a. 1961). Beide studies verduidelijken het socialisatieproces, maar het belang van met name de studie van Becker c.s., is voor dit onderzoek gelegen in het inzicht dat het verschaft in de fasegewijze verandering van het perspectief van de studenten gedurende hun opleiding (zie hiervoor § 3.3). In het beginnersperspectief proberen de medische studenten alle studiestof te leren. Dit perspectief evolueert tot het tussentijds perspectief, omdat ze ervaren dat ze niet alles kunnen bestuderen. Ze proberen aanwijzingen te vinden om de relevante leerstof te kunnen onderscheiden van de onbelangrijke. Tot slot ontstaat het eindperspectief, waarin studenten alleen leren wat docenten belangrijk vinden en wat nodig is om te slagen voor tentamens.

In de ziekenverpleging is onderzoek gedaan naar socialisatieprocessen door bijvoorbeeld Simpson (1967), Oleson en Whittaker (1968) en Melia (1984). Simpson (1967) betrok in haar onderzoek 95 leerling-verpleegkundigen en onderscheidde eveneens drie fasen in hun socialisatie. De eerste fase kenmerkt zich door de keuze van de leerlingen voor de opleiding, die primair voortkomt uit de wens om mensen die lijden te willen dienen en te helpen. Maar omdat in hun opleiding vooral de nadruk wordt gelegd op het leren van allerlei technische taken en verpleegkundige procedures, gaan ze zich minder bezighouden met de brede sociale en humanitaire belangen en krijgen ze meer belangstelling voor de bekwaamheid en deskundigheid voor specifieke taken.

De tweede fase begint als het onderwijs is afgelopen en de leerlingen in het ziekenhuis gaan werken. Dan verschuift hun oriëntatie op de patiënt naar een oriëntatie op verpleegkundigen en artsen. Ze gaan zich meer bekommeren over de beoordeling van hun prestaties en gedrag door hun collega's, dan over de waardering door patiënten. De leerlingen gaan ook zelf hun collega's steeds meer beoordelen op hun professionele competentie. De derde fase is een verdieping van de tweede: de leerling internaliseert de professionele waarden en normen en gebruikt ze om zichzelf en anderen te beoordelen. Tegelijk met de verandering in oriëntatie treedt er een beweging op in de taken waaraan de verpleegkundigen de voorkeur geven: van directe en geïndividualiseerde patiëntenzorg naar de technische en administratieve bezigheden en werksituaties waarin ze in teamverband met collega's en andere hulpverleners kunnen samenwerken.

Elk socialisatieproces kent zijn eigen specifieke verloop, omdat beide partijen, enerzijds de beroepsgenoten en de personen betrokken bij de opleiding, anderzijds de aspirantleden van het beroep, hun verwachtingen hebben over de manier waarop elke beroepsgenoot eruit ziet, voelt, denkt en handelt. Dan rijst de vraag of zich bij leerling-ziekenuverzorgenden evenals bij de medische studenten en leerling-verpleegkundigen, een fasegewijze ontwikkeling van het perspectief voordoet en waardoor deze fasen zich kenmerken. De interviews en observaties geven aanwijzingen dat dit het geval is. In de analyse konden drie fasen worden gevormd, waarin zich specifieke opvattingen ontwikkelden en gedragingen zich wijzigden.

Voor de beschrijving van de drie fasen is gebruik gemaakt van zeven interviews met leerlingen en vijf pas gediplomeerden (korter dan drie maanden) die over hun recente ervaringen konden vertellen. Tevens is langer gediplomeerde ziekenverzorgenden gevraagd naar hun herinneringen over de periode dat ze leerling waren en naar de problemen die ze toen hadden. Vervolgens is deze informatie getoetst bij acht personen die leerlingen op school of in de praktijk begeleiden en werkzaam zijn als opleidingscoördinator, docent, personeelsconsulent of praktijkbegeleider. Deze vorm van triangulatie kan voorkomen dat een eenzijdige visie op het onderwerp van onderzoek ontstaat (zie § 8.2).

Tijdens de analyse bleek een redelijk coherent beeld te ontstaan van de problemen en ervaringen van leerlingen in de verschillende fasen van hun opleiding. Vaak gaven geïnterviewden zelf het tijdsverloop aan, door bewoordingen als 'vanaf dat moment', 'daarvoor', 'toen' of 'als ze dat hebben geleerd, dan ...'. De beschreven fasen zijn tot slot voorgelegd aan informanten op school, om te toetsen of ze voor hen herkenbaar waren, wat het geval bleek te zijn (zie § 8.2). In het vervolg komen de fasen aan de orde.

7.2.1 Het beginnersperspectief: contact hebben met de mensen

De meeste leerlingen die beginnen met de opleiding hebben een vaag beeld van het werk in het verpleeghuis en nogal idealistische verwachtingen. Als hen naar de motivatie voor de opleiding wordt gevraagd, noemen ze allerlei variaties van 'met oudjes willen werken' en 'zieke mensen willen helpen'. Een onduidelijk beeld van het werk bij de beroepskeuze wordt bevestigd door ziekenverzorgenden die inmiddels zijn gediplomeerd en door anderen die in een vroeg stadium met de leerlingen kennismaken. Er zijn ook leerlingen die een wat uitgesproken beeld van hun toekomstig werk hebben. Dat zijn bijvoorbeeld leerlingen van wie de grootouders in het verpleeghuis zijn verzorgd of die familieleden hebben die in het verpleeghuis of ziekenhuis werkzaam zijn. Door deze ervaringen kan het beeld meer uitkristalliseren.

Enkele elementen van het beginnersperspectief worden door de geïnterviewden duidelijker naar voren gebracht. Centraal in de beeldvorming van het werk door leerlingen, staan 'aandacht geven', 'praten met de bewoners' en 'contact hebben met de mensen'. Deze motieven komen overeen met de bevindingen in de literatuur (Simpson 1967). Leerlingen willen graag patiënten begeleiden die het moeilijk hebben, iets wat soms gepaard gaat met de behoefte om warmte en liefde te geven en iets voor de ander te kunnen betekenen. Ook de verwachting dat de bewoners blij zullen zijn met de zorg die ze krijgen, speelt een rol. De concrete uitwerking daarvan is dat de bewoners dankbaarheid zullen tonen en dat vormt voor een groep leerlingen een belangrijke reden om voor de richting te kiezen.

Bij sommige leerlingen lijkt de keuze voor de richting van de ziekenverzorging op een roeping. In deze context wordt daarmee bedoeld dat iemand al van jongs af aan wist dat hij dit beroep wilde gaan doen en dat hij daarvoor geschikt was. Ouders kunnen dat bevestigen en sturen:

'Het zorgen voor dat dat van thuis uit ook meegenomen wordt. Toch een beetje die roeping hè. "Ja, ik vond het vroeger al leuk om zuster te zijn, ik wil graag voor mijn broertjes en zusjes zorgen en dat zat er al gelijk in. Mijn moeder zei, daar ben je best wel geschikt voor." En zo wordt dat natuurlijk gestuurd.'

(Opleidingscoördinator som-vph, 7 april 1992)

Een ander deel van degenen die met de opleiding beginnen, waardeert niet zo zeer de opleiding zelf, maar vooral het werk, de baan, inclusief het geld dat ermee verdiend wordt. Voor hen hebben de school en het leren lang genoeg geduurd en ze zijn blij dat ze kunnen gaan werken. Deze leerlingen bestempelen zichzelf als doeners. In hun baan willen ze mobiel zijn, ze willen zelfstandigheid en vooral afwisselend werk zonder sleur. Factoren die indirect met het werk samenhangen kunnen aanleiding zijn voor de keuze, zoals de mogelijkheid om zelfstandig te gaan wonen.

In het algemeen stellen leerlingen zich het werk mooi voor, terwijl ze tegelijkertijd weinig kennis hebben van wat het precies inhoudt. Volgens geïnterviewden solliciteren slechts weinig leerlingen bewust bij een somatisch of een psychogeriatrisch verpleeghuis, terwijl het werk in beide huizen op een aantal terreinen sterk verschilt. De meesten kiezen voor een verpleeghuis dat dichtbij is of er gezellig uitziet. Ook is het opmerkelijk dat leerlingen weinig melding maken van zwaar werk of werkdruk. Dat zij hiervan niet op de hoogte zijn, is onwaarschijnlijk gezien de regelmatige berichtgeving hierover in de media. Eerder lijkt het dat ze dit wel degelijk beseffen, maar er een specifieke betekenis aan toekennen, bijvoorbeeld dat het wel zal meevallen, dat ze het werk op een andere manier zullen aanpakken of dat het niet misstaat om hard te werken in een verzorgend beroep. Degenen bij wie de kandidaten komen solliciteren in het verpleeghuis proberen wel zicht te krijgen op de motivatie van de potentiële leerlingen, maar dit blijkt een moeilijke opgave omdat de redenen zo vaag zijn en de leerlingen moeite hebben om hun motieven te verwoorden:

'Soms kun je het niet verwachten dat de jonge mensen die komen solliciteren, zich daarover uit kunnen spreken. Ze zijn soms erg kinderlijk. Sommigen kunnen zich niet uiten. Het kunnen ook ouderen zijn die rechtvaardiging zoeken, geen zelfvertrouwen hebben of zelf problemen hebben en zich dan in de gezondheidszorg storten. En dan is het belangrijk dat je kan doorvragen: "Wat denk je hier aan te treffen? Heb je weleens iemand gezien die overleden is? Heb je ervaring in je familie?" Dan kijk je hoe iemand reageert, of iemand erover kan praten of dat je een antwoord krijgt in de vorm van dat versier ik wel even, geen probleem.'

(Personeelsconsulent som-vph, 4 april 1990)

Over de werkelijke inhoud van het werk en de omstandigheden waaronder het moet worden uitgevoerd, doen leerlingen in deze fase zelf geen duidelijke uitspraken. Een geïnterviewde probeert de potentiële leerlingen tijdens de sollicita-

tie wel te doordringen van het feit dat er in het verpleeghuis behoorlijk hard gewerkt moet worden:

‘Ze zien dat begeleiden als een apart gebeuren. En ik vraag dan: “Hoe denk je dat dat praktisch ingevuld gaat worden als je met een team van vijf mensen dertig patiënten moet verzorgen, ze moeten allemaal worden gewassen en aangekleed worden, ze moeten allemaal eten en naar de wc?” En dan zie je ze nadenken van: eh, nou ja, als er tijd voor is. Op die manier probeer ik die verwachtingen te bevestigen: “Ja, je begeleidt inderdaad ook mensen, maar dat moet je wel in het totaalgebeuren zien en niet alleen van iemand is gewassen en daarna ga je hem begeleiden.” ’
(Opleidingscoördinator som-vph, 7 april 1992)

Een idealistisch beeld bij de beroepskeuze is heel gebruikelijk en zeker geen uitzondering die alleen geldt voor het beroep van ziekenverzorgende. Becker c.s. (1961) beschrijven dat de beginnende geneeskundestudenten vage, idealistische en algemene noties hebben van de medische professie, gebaseerd op lekenkennis over geneeskunde en dokters. De aankomende artsen wanen zich in opleiding voor *the best of all professions* (ibid, p. 72).

In de beroepsvoorbereidende periode (BVP), waarin leerlingen gedurende zeven maanden lessen krijgen op school, ontwikkelt zich een duidelijker beeld van het werk. Na afloop kunnen ze duidelijker verwoorden wat zorg inhoudt, wat er van hen verwacht zal worden en wat ze op grond daarvan zelf willen gaan doen. In die periode maken ze tijdens de stageweken heel kort kennis met het werk op de afdeling en tasten ze af hoe het er op de afdeling aan toe gaat. Soms merken ze tijdens hun stage al een verschil tussen de theorie die ze op school hebben geleerd en de manier van werken in het team. Dat roept enige verwarring op, waarmee ze teruggaan naar de docenten op school:

‘Dat begint al in de BVP, want de afgelopen stage kwamen de leerlingen terug, van: “Jullie leren ons van die mooie dingen, zoals gordijnen sluiten, bewoner inlichten, handen wassen. Ik ga dat doen en dan komt er een gediplomeerde en die zegt, dat doen we hier niet hoor, werken.” Dan staat de BVP-leerling even met z’n mond vol tanden. Als die er gehoor voor krijgt, van: “Dit heb ik geleerd en waarom doe jij dat niet?”, dan loopt zo’n relatie goed. Maar krijgt hij er geen gehoor voor, dan komen ze hier terug van: “Ik doe het zoals de school het zegt en ze lachen me uit, wat moet ik nu doen?” Wij proberen tegen die leerling te zeggen, gewoon doen wat je geleerd is, handen wassen, patiënt inlichten enzovoort, enzovoort.’
(Docenten opleidingsschool, 28 juni 1993)

Afgezien van deze korte perioden waarin leerlingen in aanraking komen met de praktijk, blijft de echte confrontatie uit tot ze gaan werken op een afdeling en participeren in het verzorgend team.

Na de BVP stopt een deel van de leerlingen (het percentage zou volgens enkele

geïnterviewden variëren tussen de 10% en de 15%) met de opleiding, met als voornaamste reden dat het niveau van de theoretische lessen te hoog is of bijvoorbeeld omdat de Nederlandse taal onvoldoende wordt beheerst.

7.2.2 Het tussentijds perspectief: opvoering van het werktempo

In de BVP worden leerlingen voorbereid op de alledaagse situatie in het verpleeghuis, maar desondanks blijkt de praktijk voor de meesten een teleurstelling te zijn. Leerlingen met hun idealistische noties worden geconfronteerd met de wijze waarop de vaste teamleden hun werk in de praktijk verrichten. Docenten van de opleidingsschool vragen zich af of ze leerlingen in de BVP meer moeten voorbereiden op de realiteit van de dagelijkse praktijk of niet. Maar zij kunnen en willen over het algemeen de opvattingen van leerlingen niet ontkrachten, omdat ze hen er nog niet rijp voor vinden en omdat ze een professionele en methodische versie van verplegen en verzorgen voorstaan:

‘We gaan niet de leerlingen een roze wolk aanbieden zodat ze als ze in de praktijk terecht komen, weer ontuchtend op de werkvloer staan. Wij schetsen in onze lessituaties ook praktijksituaties, maar wij moeten toch uitgaan van een individuele, bewonergerichte en leerlinggerichte visie, anders gaat ook de kwaliteit van het onderwijs naar beneden. (...) Maar dan komen ze in de praktijk en dat is vaak heel anders. Dan moeten ze onregelmatige diensten gaan draaien, ze moeten gaan leuren om hun doelen af te laten tekenen, weekenden werken, ze worden geconfronteerd met ontzettend zieke mensen en met een verhoogde werkdruk. Wij vertellen ze dat wel, maar daar zijn ze nog niet rijp voor. En in negen van de tien keer vallen ze in een behoorlijk gat.’

(Docent opleidingsschool, 13 april 1992)

In de periode die op de BVP volgt, worden leerlingen geconfronteerd met een aantal nieuwe problemen, waarvoor zij nog geen vaste en beproefde oplossing kennen. In het begin van deze fase en vooral tijdens de twee maanden proefperiode, zijn leerlingen voornamelijk bezig met het leren van (technische) handelingen die tot de basiszorg behoren. Ze leren bijvoorbeeld hoe ze bedden moeten opmaken, hoe ze een patiënt moeten wassen en later in de opleiding hoe ze een stoma moeten schoonmaken en een decubituswond volgens de regels moeten verzorgen. Het leren van deze instrumentele taken vinden leerlingen belangrijk, want als ze een bepaalde handeling een aantal malen onder toezicht hebben gedaan, wordt het punt afgetekend en mogen ze het voortaan zelfstandig doen. Zodra de technische vaardigheden routine worden, gaan ze meer aandacht besteden aan de vraag hoe ze moeten omgaan met gevoelens van patiënten en van zichzelf. In deze fase komen bij de handelingen die ze zich hebben eigengemaakt indrukken naar voren als: ‘Ik vind het zo vervelend voor die patiënt, want hij kan aan mijn gezicht zien dat het stinkt.’ Of ‘Ik ben bang dat er een patiënt met

slikstoornissen stikt, want ik weet niet wat ik dan zou moeten doen.' Een belangrijk onderdeel van het socialisatieproces is dat de leerlingen wennen aan dit soort situaties en met hun gevoelens bij de gebeurtenissen leren omgaan.

Leerlingen moeten vertrouwd raken met een situatie die vreemd voor hen is: de leefsituatie en de reacties van de bewoners, de vragen van de familie, het werken in teamverband, etcetera. De meeste leerlingen worden in het verpleeghuis voor het eerst geconfronteerd met blijvende invaliditeit, afhankelijkheid, dementie en sterven. Met name met het sterven van bewoners, hebben leerlingen veel moeite. Maar ook het werk kan tegenvallen, bijvoorbeeld omdat het prestatieniveau van de bewoners lager is dan zij hadden verwacht. Dat merkte ook een activiteitenbegeleider die het als volgt verwoordde:

'Als je net van school komt ben je heel enthousiast, je zit vol ideeën. Je leert op school technieken. In de praktijk merk je dat je dingen heel erg moet vereenvoudigen, moet versimpelen. Je leert ook niet zo resultaatgericht te zijn. Bijvoorbeeld dat mensen niet een keurig recht lapje breien waar je ook nog wat mee kan, maar dat sommigen nog net kunnen breien.'

(Activiteitenbegeleider som-vph, 23 april 1991)

In psychogeriatrische verpleeghuizen krijgen ze bovendien te maken met bewoners die zich anders gedragen dan ze gewend zijn. Dat heeft tot gevolg dat ze nog niet goed kunnen beoordelen wat de bewoners weten en kunnen en hoe ze zich daarbij als verzorgende op moeten stellen:

'In het begin heel afstandelijk met de mensen want ja, pg [psychogeratrie] je kunt er van alles van verwachten. Maar op een gegeven moment dan raak je *gewend* aan de situatie en dan ga je kijken wat anderen doen. Dan ga je precies hetzelfde doen en zo steeds verder en dan raak je *vertrouwd* met de situatie.'

(Tweedejaars leerling-ziekenverzorgende pg-vph, 14 april 1992)

Om met de problemen om te gaan ontwikkelt zich het tussentijds perspectief. Een voor de hand liggende oplossing in deze periode is, dat leerlingen afkijken bij de vaste teamleden hoe zij de problemen oplossen. De teamleden vervullen een voorbeeldfunctie. Zoals een leerling rapporteerde over de lichamelijke aanraking tijdens haar stage op een psychogeriatrische afdeling:

'Observeren, je eigen er voor open zetten. Dat je je daar voor openstelt om dat te doen, anders heb je verkeerd gekozen. En kijken wat andere collega's doen, want in het begin ben je niet zo vrij als je dat doet. Want toen ik die stage had, toen dacht ik: nou dat doe ik echt niet. Terwijl ik zeg maar aan het eind van die drie weken zat, dan doe je dat gewoon veel eerder. Hup, je arm om iemand heen slaan of zo. (...) In het begin heb je echt het idee dat iedereen denkt: jeetje, moet je die zien. Maar later valt

dat weg en hoort het er gewoon bij. En de familie vindt het heel leuk als je zo met de bewoners omgaat.'

(Tweedejaars leerling-ziekenverzorgende som-vph, 14 april 1992)

Maar met het nabootsen van oudere collega's krijgen leerlingen te maken met de moeilijke keuze tussen de belangen van de bewoners en de belangen van hun collega's. Dit spanningsveld manifesteert zich, omdat leerlingen zich vooralsnog met hun zorg oriënteren op de bewoners en ontdekken dat dit voor gediplomeerden niet vanzelfsprekend is. Ze zijn dan ook zeer teleurgesteld als ze ontdekken dat ze in sommige teams weinig gelegenheid krijgen om te praten met bewoners, omdat collega's andere prioriteiten stellen:

'En dan komt de familie en dan zit de bewoner helemaal onder de pies, omdat jij de kamertjes moet bijvullen. Ja, *wat is nou belangrijker?* Dat je even die bewoner tussendoor doet of ... Dat is niet op alle afdelingen zo, maar op deze afdeling is dat gewoon zo. Maar ik pak die bewoner gewoon beet en ik breng hem naar het toilet en ze kunnen m'n rug op voor mijn part. Af en toe dan heb ik dat echt hoor, echt zo'n baaldag en dan doe ik precies tegen de draad in. Maar ja, voor mijn gevoel *doe* ik het *dan goed*.'

(Tweedejaars leerling-ziekenverzorgende, 14 april 1992)

Er wordt hen weinig tijd gegund om te leren en het is hun ervaring dat ze als werknemer worden beschouwd en ingezet. De begeleiding door de teamleden vinden ze lang niet altijd voldoende en ze hebben het idee vooral op hun tempo te worden beoordeeld:

'Bij ons is het zo dat je een goede leerling bent als je echt hard kan werken, als je vlug bent en weet hoe alles zo'n beetje gaat. Daar kijken ze het meest naar. Natuurlijk ook wel hoe je met de bewoners omgaat, maar het komt toch vaak op het harde werken neer. Van mijn vorige afdeling kreeg ik dan te horen dat ze me graag terug wilden, want ik werkte zo hard. En dat is natuurlijk leuk, maar ze zullen nooit zeggen: "Kom je ook terug, want je gaat zo leuk met de bewoners om?" Dat wordt eigenlijk nooit gezegd.'

(Tweedejaars leerling-ziekenverzorgende pg-vph, 14 april 1992)

Deze bevinding ondersteunt het resultaat van een onderzoek onder Britse verpleegkundigen, dat de staf de leerling-verpleegkundigen voornamelijk beoordeelt op hun capaciteit om efficiënt te werken (Melia 1984, p. 143). Terwijl teamleden zich zorgen maken over de vraag of het werk wel afkomt, door Melia aangeduid als de *workload approach* (ibid, p. 138), betekent tempo vanuit het perspectief van leerlingen een verlies aan zorgzaamheid en aandacht voor de bewoner. Ze worden gedwongen om het werktempo op te voeren, maar voelen des te meer de spanning tussen de contrasterende eisen van de theorie en de belangen van de bewoner enerzijds en het team anderzijds.

Een belangrijke aanpak van leerlingen in deze fase bestaat uit het zoeken van steun en de uitwisseling van ervaringen, waarbij ze zich vooral op elkaar voelen aangewezen. Ook al werken leerlingen op verschillende afdelingen in een verpleeghuis, ze ervaren dat ze tot één groep behoren. Gedurende de observatieperiode is door de onderzoeker dikwijls waargenomen dat ze tijdens de lunch bij elkaar gingen zitten en praatten over gebeurtenissen die zich gedurende het werk hadden voorgedaan en over andere zaken die hen bezighielden, zoals de aftekening van hun punten, de toetsen en de verpleegkundige handelingen. Ook op school praten ze met leerlingen uit andere verpleeghuizen en vergelijken ze hun posities en ervaringen. De groep van leerlingen is relatief open: de samenstelling van de groep wisselt snel en nieuwe leerlingen worden al gauw beschouwd als één van hen.

Medeleerlingen zijn belangrijke anderen voor de individuele leerling. Zij vormen in de leerperiode een referentiegroep die voor de leerling een vergelijkingsfunctie vervult (zie § 7.2). Leerlingen van een bepaald jaar – eerstejaars of tweedejaars leerlingen – lopen als groep tegen dezelfde problemen aan en zoeken daarvoor oplossingen. Door de onderlinge uitwisseling kan zich een groepspectief ontwikkelen: de groep hanteert denkwijzen en oplossingen die door de leden van de groep worden gedeeld en als vanzelfsprekend en juist worden gezien (Becker e.a. 1961, p. 36).

Een andere oplossing om de problemen op te lossen is het voorstellen van alternatieven in het afdelingsteam. Als ze gehoor krijgen voor hun ideeën zullen ze deze tactiek blijven gebruiken, maar als ze merken dat het niet gewaardeerd wordt, kiezen de meesten ervoor om zo onopvallend mogelijk te participeren in het team. Leerlingen meldden verscheidene keren in interviews dat ze op ideeën of voorstellen nul op het rekest kregen en daardoor in het vervolg hun mond hielden. Dit wordt door andere geïnterviewden bevestigd:

‘Want ze komen best wel met ideeën binnen, maar het is gauw over. Een leerling kan er op worden aangesproken dat ze wel praat, maar dat haar handen weinig doen. Die leerling gaat zorgen dat ze meer gaat verrichten en haar mond stil gaat staan.’

(Personeelsconsulent som-vph, 4 april 1990)

Of ze worden op een onvriendelijke manier terechtgewezen:

‘“Ah joh, dat is altijd zo gegaan en jullie doen er nou zeven maanden over [de beroepsvoorbereidende periode] en wij hebben er drie maanden over gedaan. Het is allemaal hetzelfde, welnee, weet je wat jij moet doen? Je handen uit je mouwen steken en werken en niet zo met je leerdoelen lopen te leuren.” Dat zeggen ze letterlijk en die leerlingen komen ook heel verdrietig terug.’

(Docent opleidingsschool, 13 april 1992)

De ondersteuning en begeleiding bij de verwerking van een overlijden van een bewoner, ervaren leerlingen dikwijls als onvoldoende. Zij hebben er behoefte aan om er met collega's over te praten, maar krijgen daarvoor geen gelegenheid en dat is voor hen moeilijk te accepteren:

'Maar net als dat er iemand is overleden ofzo, dat hoorde ik toen en ik ging best wel goed met die vrouw om. Maar dat hoorde ik toen ik op school zat, dus toen kwam ik terug en toen hoorde ik dat er erg weinig op de crematie waren en ik vond het best wel erg, want ik had er best wel bij willen zijn. Maar toen zei ik dat van: "Goh, ze is overleden." En toen zeiden ze van: "Ja, ja." En verder wordt er niets over gezegd, het is echt iets dat je helemaal zelf moet verwerken.'

(Tweedejaars leerling-ziekenverzorgende som-vph, 14 april 1992)

De tweede fase van het socialisatieproces kenmerkt zich zo blijkt uit de resultaten door onzekerheid en spanning tussen verschillende belangen. Ze nemen een tegenstelling waar tussen hun verwachtingen en de theorie en de dagelijkse gang van zaken op de afdeling. Andere personen kunnen bij het zoeken naar oplossingen behulpzaam zijn, zoals docenten op school, opleidingscoördinatoren of een afdelinghoofd dat leerlingen beschermt tegen de sociale druk van hun collega's. ('Daar moet je oog voor hebben, want vaak gaan die meisjes er toch onderdoor, door de anderen.')

Leerlingen worden gedwongen het tempo op te voeren en komen nauwelijks toe aan de voor hen belangrijke vragen van dat moment. Vragen over de patiëntenzorg, over het omgaan met stervenden en hun familieleden. Het valt hen tegen dat ze het werk niet zo kunnen doen als ze zouden willen (en zoals ze het hebben geleerd). Deze werkwijzen van de vaste teamleden, worden niet door alle geïnterviewden genoemd. Over sommige teams zegt men juist dat van de leerlingen wordt gevraagd om hun mening te verwoorden. Daar kunnen leerlingen ook leerling zijn en krijgen ze de mogelijkheid zich te ontplooiën. Goede opvang en begeleiding zijn daarvan essentiële onderdelen:

'Het gaat vooral om leerlingen, die moet je wel in de gaten houden. Hoe ervaar jij dat? Wat vind je er nou van? Ik liet ze ook nooit gelijk afleggen. Alleen maar kijken. Het aan een dode komen is heel eng in het begin. Ze kunnen het soms ook erg goed verbergen, en ik heb er de nadruk op gelegd praat er thuis over.'

(Voormalig afdelinghoofd som-vph, 26 maart 1990)

Niet alle leerlingen vinden een bevredigende oplossing om de problematische situaties te verdragen en vallen al na de proefperiode af of worden afgewezen door het verpleeghuis. Anderen stoppen aan het eind van de eerste leerperiode, onder meer omdat zij de druk van de situatie op dat moment niet aankunnen, door ziekteverzuim, omdat de beroepshouding niet goed bevonden is, privé-omstandigheden, de emotionele belasting en de combinatie van leren en werken. De geïnter-

viewde leerlingen geven allen aan dat ze zich oververmoeid voelen door het tempo waarin moet worden gewerkt. Dit wordt versterkt door de combinatie van leren en werken, de onregelmatige diensten en de lichamelijke belasting van het werk. De eenzijdige controle binnen bepaalde teams op hard werken en tempo, geeft leerlingen het gevoel dat ze harder gaan werken dan ze eigenlijk kunnen.

Het probleem van de spanning tussen distantie en betrokkenheid speelt op dat moment in de ontwikkeling van leerlingen een grote rol. Een leerling vat het probleem samen als ze zegt: 'Je ziet zoveel.' Geïnterviewden constateren een wisselwerking tussen het omgaan met dit soort ervaringen en persoonlijke gebeurtenissen van leerlingen, zoals een scheiding van de ouders of het overlijden van de (groot)ouders. De wisselwerking kan ertoe leiden dat leerlingen die zoiets hebben meegemaakt, het werk zwaarder vinden dan andere leerlingen en eerder moeten stoppen met de opleiding.

7.2.3 Het eindperspectief: aanpassing aan het team

Om de spanning tussen enerzijds de verwachtingen, idealen en de theorie en anderzijds de werkdruk in het verpleeghuis op te lossen, zoeken leerlingen naar voorbeelden. Die voorbeelden vinden ze in hun teamgenoten die dagelijks laten zien hoe zij het probleem hebben opgelost. Door de samenwerking met hun collega's nemen leerlingen de gebruikelijke denk- en werkwijzen van hen over, waardoor langzaam een verandering van het perspectief ontstaat. De definitie van de situatie wijzigt zich en stelt hen in staat om met de problematische situaties om te gaan en hun onzekerheid daaromtrent te verminderen.

De referentiegroep van de leerlingen verschuift van de patiënten naar het team, omdat ze de behoefte hebben om door de groep te worden geaccepteerd. Meer dan in de eerste leerperiode, proberen tweedejaars leerlingen zich aan het team aan te passen en dat hangt samen met de onzekerheid rond de eindverantwoordelijkheid die de leerling in deze fase krijgt en met de beroepshouding waarop ze meer dan voorheen worden aangesproken. Ze moeten bijvoorbeeld nieuwe leerlingen gaan begeleiden, leiding geven, informatie verstrekken aan de familie en beslissingen kunnen nemen, als ze alleen late diensten of nachtdiensten krijgen. In die onzekere periode zullen ze over het algemeen open staan voor de aanwijzingen van teamleden en hun gedragingen imiteren, omdat ze de behoefte hebben om de onzekerheid te reduceren en door de groep te worden geaccepteerd. Van de andere kant houden de teamleden ook de leerling in de gaten en controleren ze zijn werk. Als de leerling niet aan hun verwachtingen voldoet kunnen ze hem niet alleen een negatieve beoordeling geven, maar ook allerlei vormen van sociale druk uitoefenen, zoals een leerling veel wachtdiensten geven. De leerling heeft er dus vanuit zijn gezichtspunt baat bij om zich te oriënteren op zijn collega's.

De strategie van leerlingen bestaat in dit stadium uit aanpassing. Voor leerlingen in sommige teams betekent dat dat ze trachten hun punten binnen te halen, proberen het tempo op te voeren zodra ze de vaardigheden onder de knie hebben,

het gedrag imiteren van de oude rotten in het vak, hun collegialiteit bewijzen door diensten te ruilen en vooral door hard te werken en te doen wat van hen wordt gevraagd:

'Ik voel me het meest verantwoordelijk voor de bewoners, maar je wordt gewoon gedwongen om ook voor de afdeling te zorgen, je loopt eigenlijk te rennen voor de gediplomeerden om je beoordeling goed te krijgen, want als je dat niet doet dan ...'

(Tweedejaars leerling-ziekenverzorgende pg-vph, 14 april 1992)

Leerlingen zien zich gedwongen om een compromis te zoeken tussen de geleerde professionele versie van verzorging en de pragmatische versie van het team. Omdat hun pogingen om de 'ideale' versie van de verzorging telkens stranden, gaan ze de theorie meer en meer beschouwen als een referentiekader, een achtergrond die laat zien hoe het eigenlijk zou moeten. De relativering van de theorie kan voor leerlingen een zekere vrijheid met zich meebrengen. Tenminste als ze binnen het team de mogelijkheid krijgen om variatie aan te brengen in de benadering van de verschillende bewoners en om te improviseren.

Ook in deze fase vallen nog leerlingen af, omdat ze de eindverantwoordelijkheid niet aankunnen, door privé-omstandigheden, omdat de studielast te hoog is of omdat ze het emotioneel niet aankunnen. Soms vinden degenen die hen moeten beoordelen dat hun beroepshouding niet goed is en constateren ze een hoog ziekteverzuim. Vaker maken leerlingen hun opleiding wel af, maar hebben ze voor deze periode een langere tijd nodig (ongeveer een derde van de leerlingen die in een bepaald jaar begint met de opleiding).

Kenmerkend voor de gewenning aan de dagelijkse werksituatie is dat leerlingen zich steeds minder door de gebeurtenissen laten verrassen. Ze zijn voorbereid op problematische situaties en hebben geleerd om daarmee om te gaan. In hun opleidingsperiode doen ze ervaring op, waardoor ze niet meer versteld staan van incidenten, maar er enigszins berekend op kunnen inspelen. Illustratief hiervoor is de verandering in opvattingen over het overlijden van bewoners. Eerst vertelt een leerling hoe verbaasd ze was over de wijze waarop haar teamgenoten tegenover de dood stonden en ermee omgingen:

'Je komt 's ochtends op je werk en je gaat mappen zitten lezen en je hebt het idee: ik mis er toch echt één. Je gaat het vragen en dan is het: "Oh ja, meneer huppelepup is overleden." Daar kan ik gewoon niet bij. Als ik zo iets heb meegemaakt dan moet ik dat gelijk vertellen en erover praten.'

(Tweedejaars leerling-ziekenverzorgende som-vph, 14 april 1992)

Bij een vergelijking met een ander fragment, waarin dezelfde leerling vertelt hoe ze er nu mee omgaat, valt een enorme verandering te constateren. Er maken nu ideeën deel uit van het perspectief die zijn overgenomen van de collega's waar ze mee samenwerkt. Die opvattingen maken het makkelijker om met het sterven van bewoners om te gaan en om het te relativeren:

'Die mensen soms zijn ze al oud, tachtig of negentig, ik vind het toch makkelijker te accepteren dan iemand van een jaar of twintig of zo, die overlijdt. Maar als je echt een goede band met diegene hebt gehad dan vind ik het best wel moeilijk. Maar ja, dan heb ik ook zoiets je komt er gewoon mee in aanraking hier in huis. Het hoort er eigenlijk bij en je bent er best wel op ingesteld. Ook als je een week vrij hebt gehad, van nou goed, wie zullen er nog zijn. Je bent er op berekend dat er weleens eentje tussen uit kan vallen.'

(Tweedejaars leerling-ziekenverzorgende som-vph, 14 april 1992)

Gedurende de socialisatieperiode kunnen persoonlijke standpunten zich ingrijpend wijzigen, zoals ten aanzien van euthanasie. Leerling-ziekenverzorgenden maken kennis met alternatieve opvattingen en, nog belangrijker, met de situaties waar het in werkelijkheid betrekking op heeft:

'Als je dan praat over euthanasie, dan is daar geen discussie meer mogelijk, want zo is het en niet anders. Dat mag niet. Gelukkig zijn er enkelen die door wat ze meemaken in de praktijk er wat ruimer over gaan denken en gelukkig ook wat ruimer gaan handelen. Ja, jongens iemand met pijn, dat kan niet, je kan zo'n man niet laten liggen met pijn, daar moet je wat aan doen. Als je dat in het BVP-stadium vraagt, dan zeggen ze: "Nee dat mag niet, God heeft dit bedoeld." En dan denken wij weleens: oh, oh, oh hoe moet dat met jou in de praktijk? En gelukkig kunnen de meesten daar van afstappen.'

(Docenten opleidingsschool, 13 april 1992)

De voornaamste consequentie voor het team is dat door een goed afgeronde socialisatie het perspectief dat door de meerderheid van de leden van het team wordt gedeeld, in stand blijft. De meeste leerlingen passen zich aan en degenen die zich echt niet met de denk- en handelwijzen kunnen verenigen gaan weg. Dat doet zich voor als leerlingen die zich voornamelijk op de patiënten oriënteren en tijd willen besteden aan de relationele zorg, worden geconfronteerd met werkwijzen in het team die daar naar hun gevoel te weinig aan tegemoetkomen. Als zo'n leerling volhoudt en zich niet voldoende aanpast, krijgt hij door de druk in het team een vervelende tijd:

'Leerlingen die niet zo sterk in hun schoenen staan die nemen het over en die denken dan hoor ik erbij, dan word ik geaccepteerd. En de leerlingen die weten wat ze willen, die echt bewonersgericht bezig zijn, die hebben het moeilijk. Gelukkig hebben ze een goede begeleiding van de praktijkbegeleidsters en de opleidingscoördinatoren en ze kunnen op school terecht met hun verhaal. (...) Als hij klaar is met zijn opleiding dan gaat hij weg. In de eerste en tweede leerperiode doorlopen ze drie afdelingen en dan zeggen ze ook tegen ons: "Nog twee maandjes en dan ben ik er lekker weg en

dan hoop ik dat ik het daar beter krijg." Of ze vragen overplaatsing aan [naar een andere afdeling].'

(Docenten opleidingsschool, 13 april 1992)

Omgekeerd gaan leerlingen ook weg, die vooral gericht zijn op het instrumentele werk en komen te werken in een team met erg veel aandacht voor de relationele zorg en dat gewend is problemen op te lossen door erover te praten:

'Je ziet die mondige types en die drukke types uit zo'n team verdwijnen. Die vinden het daar niet prettig. Nee, die gaan weg. Er wordt teveel van hen gevraagd, er worden teveel vragen gesteld. Je moet met de billen bloot. Geef jij je mening maar eens, hoe jij daar mee om zou gaan. En dat weten ze vaak niet. Dat zijn ook de leerlingen die heel weinig zeggen tijdens de lessen en met andere dingen bezig zijn.'

(Docenten opleidingsschool, 13 april 1992)

Anders denken en werken dan het team is volgens informanten slechts gedurende een relatief korte periode mogelijk en is voorbehouden aan lichamelijk en geestelijk sterke leerlingen. Alleen als zo iemand op een leidinggevende positie komt en invloed uit kan oefenen op de vaste teamleden, zou het mogelijk zijn om een verandering van het gebruikelijk denken en handelen in een team te bewerkstelligen:

'En de sterkere leerlingen zowel geestelijk als lichamelijk, die kunnen dat dan aan. Die hebben soms lak aan de saamhorigheid die er zogenaamd moet wezen om te kunnen functioneren. Maar ze blijven het moeilijk houden. Maar als men ziet dat ze er consequent aan vast blijven houden, dat ze wel kansen krijgen. Tot ze een leidinggevende positie krijgen, dat ze het uit kunnen dragen aan jongerejaars en die zijn er gevoelig voor, dan zit iemand op z'n plek. Dan kunnen ze zeggen, hè, hè. Maar dan hebben we het over verloop van jaren hoor. Dat is een heel langzaam groeiproces.'

(Docenten opleidingsschool, 28 juni 1993)

Leerlingen hebben in deze periode nog het idee dat ze zich aanpassen zolang ze leerling zijn, maar dat ze zullen proberen om de situatie te veranderen zodra ze zijn gediplomeerd. Het optimisme dat schuilt achter het 'als ik later gediplomeerd ben' blijkt echter in de meeste gevallen een illusie. Nog één keer de leerling aan het woord waarvan net enkele citaten zijn gepresenteerd over het omgaan met sterven. Op de vraag of ze in het vervolg net zo als haar collega's met sterven om zal gaan, antwoordt ze:

'Ik hoop het niet. Nee, maar ik denk dat het er toch wel snel inzit, omdat je gewoon gewend bent om het voor jezelf te verwerken. Als ik echt zo iemand zou zien, een jongerejaars leerling of zo, die het er moeilijk mee

heeft dan zou ik er wel over praten, maar ik geloof dat ik er niet zo snel zelf over zal beginnen.'

(Tweedejaars leerling-ziekenverzorgende som-vph, 14 april 1992)

De sociale druk en de aanpassing functioneren als mechanismen die de gebruikelijke manieren om problemen op te lossen in stand houden. Dit laat ook zien hoe weerbarstig de gedeelde perspectieven van een team zijn en hoe moeilijk ze zijn te veranderen. In het eindperspectief wordt de verantwoordelijkheid gevoeld voor de patiëntenzorg, maar er wordt tevens rekening gehouden met de als dwingend ervaren randvoorwaarden van de organisatie, met de dagelijkse werkomstandigheden en met de sociale druk in het team om zich aan de geldende regels te conformeren.

Na de diplomering van leerlingen is de socialisatie niet plotseling beëindigd. Binnen de teams functioneren allerlei mechanismen van controle die ervoor zorgen dat de gediplomeerden zich gedragen zoals het hoort. Daarvan komen er in de volgende paragrafen een aantal aan de orde.

Samengevat kan socialisatie enerzijds worden beschouwd als een ontwikkeling van een individu, anderzijds als een sociaal proces waaraan referentiegroepen in grote mate sturing geven. De kern van het leerproces van leerling-ziekenverzorgenden is, dat ze de gebruikelijke wijzen van denken en handelen met betrekking tot (problematische) situaties in het verpleeghuis leren kennen en overnemen van de vaste staf. Uit het verzamelde onderzoeksmateriaal kwam een coherent beeld naar voren van de ervaringen van leerling-ziekenverzorgenden die voor het eerst kennismaken met het verpleeghuis.

Uit de analyse komt naar voren dat een aantal problemen van leerlingen verband houdt met de leersituatie waarin ze zich bevinden, zoals de combinatie van leren en werken en het behalen van goede toetsresultaten. Andere problematische situaties worden evengoed ook door vaste stafleden ervaren, zoals de spanning tussen distantie en betrokkenheid, het nooit eindigende werk en de onzekerheid over de omgang met de bewoners. Vaste teamleden hebben beproefde manieren gevonden om met deze problemen om te gaan. Tijdens hun opleiding leren de leerlingen deze denk- en handelwijzen kennen, zodat ze in staat zijn om in het vervolg adequaat met de problemen om te gaan.

De perspectiefontwikkeling is analoog aan Becker c.s. (1961) en aan Simpson (1967) beschreven in drie fasen. In het beginnersperspectief staat het 'contact met de mensen' voorop. Dit kenmerkt zich door algemene, vage en idealistische noties van het werk in het verpleeghuis en van de opleiding tot ziekenverzorgende. In het tussentijds perspectief wordt vooral de dwang gevoeld om het werktempo op te voeren, waardoor de spanning tussen verwachtingen, wensen en de dagelijkse praktijk toeneemt. Om de spanning te hanteren en de onzekerheid te verminderen, zoeken leerlingen steun bij elkaar, wisselen ze ervaringen uit en participeren ze zo onopvallend mogelijk in het team. Het eindperspectief bestaat vooral uit de aanpassing aan de vaste teamleden. Leerlingen imiteren hen, ze werken hard, conformeren zich aan de geldende regels en relativeren de rol van de geleerde theorie.

De leerlingen die uiteindelijk de eindstreep halen passen zich aan in de loop van de tijd aan de gewoonten binnen het team. De leerlingen die zich niet kunnen verenigen met de gebruiken op de afdeling waar ze stage lopen, proberen het op een andere afdeling, nemen ontslag en stoppen met de opleiding of gaan na hun diplomering in een ander verpleeghuis werken. Het resultaat van een geslaagde socialisatie is dat het perspectief dat door de meerderheid van het team wordt gedeeld in standblijft. De sociale druk die tijdens de opleiding, maar ook na de diplomering door de teamleden op elkaar wordt uitgeoefend, zorgt ervoor dat ieder zich gedraagt zoals men vindt dat het behoort.

7.3 Strategieën van verzorgenden

Om de strategieën die verzorgenden hanteren te construeren, is de cyclus van dataverzameling, -analyse en reflectie vele malen doorlopen (zie de analysefase in § 4.5). Tijdens de dataverzameling in het eerste verpleeghuis, was nauwelijks een patroon te ontdekken in de 'oplossingen' waarvan verzorgenden verslag deden. Het leken slechts op zichzelf staande handelingen en oplossingen van individuele verzorgenden. In de exploratiefase van de analyse werden de oplossingen gecodeerd met een begrip dat zoveel mogelijk paste bij wat de geïnterviewden zeiden, zoals 'thuis het werk van je afzetten', 'taakverdeling tussen teamleden' en 'hard werken'.

De belangrijkste reden dat de open codering in deze fase moeizaam verliep, was dat nog nauwelijks inzicht bestond in de fasen die aan het zoeken van oplossingen vooraf behoorden te gaan: de inventarisatie van aspecten die verzorgenden relevant vonden voor de kwaliteit van zorg en de analyse van de problemen die ze bij de realisatie van kwaliteit ondervonden. Door het onderzoek in het tweede verpleeghuis verbeterde de situatie niet veel, al kon het aantal begrippen dat werd toegekend enigszins worden uitgebreid met bijvoorbeeld 'geen raad weten met moeilijk gedrag van bewoners' en 'vermijden van vragen van bewoners'.

Pas in het derde verpleeghuis brachten verzorgenden in interviews andere oplossingen naar voren en werd tijdens observaties door de onderzoeker waargenomen, dat zij in de dagelijkse praktijk alternatieve oplossingen toepasten. Door de nieuw verzamelde gegevens te contrasteren met de gegevens uit de vorige verpleeghuizen, konden ideeën worden ontwikkeld over patronen die in de data waren te herkennen. Zo kwam 'beheersing van emoties' tegenover 'praten over gevoelens en ondersteuning' te staan. De uniforme behandeling van de bewoners en het lopende band werk werden vergeleken met de individuele en op de bewoner afgestemde zorgverlening.

De zich zo ontwikkelende strategieën werden gespecificeerd door de tactieken te beschrijven, die deel uitmaakten van de strategieën. Hiertoe werden verschillende uitspraken en waarnemingen verzameld en geclusterd. Een opvatting van één geïnterviewde is altijd getoetst bij andere leden van het team, om na te gaan of het een persoonsgebonden opvatting was of dat die door anderen werd gedeeld. Alternatieve oplossingen konden op het spoor worden gekomen als verzorgenden

vergelijkingen maakten ('Op andere afdelingen doen ze dat zo, maar wij doen het anders' of 'Waar ik eerst werkte zeiden ze altijd ..., maar in dit verpleeghuis ...'). Als een nieuwe tactiek werd verwoord, werd nagegaan of die deel uitmaakte van een al bekende strategie of dat het om een tactiek ging die behoorde bij een nieuwe strategie.

Vervolgens is gezocht naar de kern van elke strategie en naar het meest passende concept om de strategie mee aan te duiden. Als verzorgenden zelf dikwijls een woord gebruikten, dat de strategie of de tactiek goed leek weer te geven, is voor dat begrip gekozen. Voorbeelden daarvan zijn 'acceptatie' en 'vermijding'. Als dat niet mogelijk was, zijn andere begrippen toegekend, zoals 'uniformering' en 'dosering' of werd een begrip uit de literatuur gebruikt, bijvoorbeeld 'normalisatie'. De gebruikte concepten behoren dus niet allemaal tot de taal van de onderzochte verzorgenden, maar zijn daar wel in gefundeerd en verwijzen niet naar abstracte theoretische verschijnselen.

Tevens werd aandacht besteed aan de verbanden die verzorgenden aanbrachten tussen de oplossingen, de aspecten van zorg en de problemen die ze ondervonden bij de realisatie van de kwaliteit van zorg. Hiervoor werd in de interviews bijvoorbeeld goed gelet op het effect dat verzorgenden aan een bepaalde oplossing toeschreven ('Het is niet ideaal, maar daardoor kunnen we ...'). Als eenmaal een mogelijk verband was gevonden, werd het getoetst in interviews met andere verzorgenden. Op deze wijze werd langzamerhand een meer geïntegreerd beeld verkregen van het onderzoeksthema.

Tijdens de analyse zijn enkele beschikbare controleprocedures toegepast (zie § 8.2). Om de voorlopige interpretaties van de bevindingen te controleren, zijn ze voorgelegd aan collega's (*peer debriefing*) en is van gedachten gewisseld met de onderzochte verzorgenden, de contactpersonen in de verpleeghuizen en de informanten (*member checks*). Tevens is gezocht naar literatuur waarbij met de gevonden resultaten kon worden aangesloten. Uiteindelijk bleken zes strategieën te kunnen worden beschreven, die verzorgenden gebruiken om de problemen op te lossen met betrekking tot kwaliteit. Achtereenvolgens zullen ze aan bod komen: uniformering van de verzorging, normalisatie van het dagelijks leven, de vermijding van communicatie met bewoners, overleg over de prioriteiten in de zorg, acceptatie van beperkingen van bewoners en dosering van betrokkenheid bij de zorg. Iedere strategie wordt kort ingeleid, waarna de concrete tactieken aan de orde komen die deel uitmaken van de strategie.

7.3.1 Uniformering van de verzorging

Een team kan om de werkdruk te verlagen ertoe overgaan om iedere bewoner een uniforme verzorging te geven. De bewoners worden in groepen of categorieën ingedeeld en vervolgens worden ze zoveel mogelijk behandeld volgens de regels en procedures die horen bij elke specifieke groep. De indeling in categorieën gebeurt op basis van de technische informatie, die nodig is voor de verpleging en verzorging van de bewoners, zoals de diagnose van de ziekte, de medicatie, de

zelfstandigheid bij de algemene dagelijkse activiteiten (ADL) en het geformuleerde verpleegdoel.

Verzorgenden maken onderscheid tussen bewoners op grond van deze 'objectieve informatie' en niet op grond van de individuele verschillen die zich voordoen in hun behoeften en wensen. Bij een uniforme verzorging wordt vanuit doelmatigheidsoverwegingen weinig rekening gehouden met de manier waarop bewoners hun verblijf in het verpleeghuis beleven of ervaren. Deze werkwijze kan, zeker als het gepaard gaat met een functionele verpleging, leiden tot een uniforme behandeling en een 'lopende band benadering' van bewoners (zie ook § 5.3.4).

Verzorgenden geven prioriteit aan de werkzaamheden waarbij 'ze zich thuis voelen', en dat zijn binnen deze strategie de instrumentele en op resultaat gerichte werkzaamheden. De werkzaamheden kenmerken zich door standaardisatie, door de mogelijkheid ze vast te leggen, te plannen en voor de uitvoering personen verantwoordelijk te stellen (zie § 6.2). Relationele aspecten van zorg die juist de nadruk leggen op de individuele verschillen tussen bewoners, krijgen bij dergelijke werkmethoden weinig aandacht. Verzorgenden beseffen wel dat deze aspecten tot hun takenpakket behoren, maar zijn geneigd om ze aan andere beroepen over te laten, zoals psychologen, maatschappelijk werkenden, dominees en activiteitenbegeleiders.

Verzorgenden die prioriteit geven aan de instrumentele aspecten, zijn in staat om meer afstand te bewaren ten opzichte van de bewoners. Door de uniforme uitvoering van deze taken kunnen ze intensieve contacten met bewoners vermijden en is minder betrokkenheid, inzet en inleving vereist, dan voor de uitvoering van de relationele zorg. De doelmatigheid waarmee taken kunnen worden uitgevoerd, zou in gevaar komen als verzorgenden betrokken zouden raken bij de situatie van bewoners.

In een team dat uniformering van de verzorging hanteert als strategie voor het probleem van het nooit eindigende werk, speelt tussen teamleden onderling de snelheid waarmee ze hun werk doen een grote rol. Ze oriënteren zich op de tijd, op aantallen en hoeveelheden en dat structureert het werk voor hen. Een teamlid krijgt waardering van de andere teamleden, als ze collegiaal is, dat wil zeggen als ze een evenredige werklast op zich neemt en het werk met tempo uitvoert. Om ervoor te zorgen dat ieder teamlid hard werkt, bestaat er een uitgebreid stelsel van sociale gedragsregels.

Bij de analyse bleken drie tactieken als onderdeel van de uniformeringsstrategie te kunnen worden beschouwd, die hieronder zullen worden behandeld:

- standaardisatie van werkzaamheden en taakverdeling tussen teamleden;
- controle op tempo en hard werken;
- beheersing van emoties in het team.

Standaardisatie van werkzaamheden en taakverdeling tussen teamleden

Een uniforme benadering van de bewoners, wordt onder meer mogelijk gemaakt door werkzaamheden te standaardiseren. Door het werk aan procedures, regels en normen te onderwerpen, weet een verzorgende precies hoe en wanneer ze haar taken moet uitvoeren. Standaardisatie is mogelijk bij werk dat een enigszins

voorspelbaar karakter heeft, dat zich ervoor leent om te worden vastgelegd in roosters en rapporten en dat volgens vaste routines kan worden uitgevoerd. De instrumentele aspecten van de zorg lenen zich daar meer voor dan de relationele aspecten.

Een team standaardiseert het werk om de doelmatigheid te verhogen en daarmee het probleem van de werkdruk te verminderen (zie § 6.2). Bij deze oplossing wordt het accent gelegd op de informatie van bewoners, die het mogelijk maakt patiënten in te delen in groepen om vervolgens regels te formuleren die gelden voor een bepaalde groep. Zo kunnen bewoners op medische en verpleegkundige criteria in groepen worden ingedeeld. In teams die deze tactiek toepassen is dikwijls waar te nemen dat de teamleden patiënten typeren op basis van de ziekte waaraan ze lijden, op de medewerking die verzorgenden hebben ondervonden in de omgang met de bewoner en op de hulpbehoefendheid en de daarmee gepaard gaande werkbelasting. Bijvoorbeeld een nieuwe bewoner is een 'zware patiënt' of 'een bewoner die nog veel zelf doet'. Deze typering is vanuit de visie van verzorgenden relevant, omdat ze het werk structureren en voor hen hanteerbaar maken: de mate waarin een bewoner hulp nodig heeft, beïnvloedt de doelmatigheid waarmee de zorg verleend kan worden.

De persoonlijke gegevens van een bewoner worden door de teamleden omgevormd tot uniforme categorieën, waardoor het gemakkelijker wordt om uitzonderingen of moeilijke gevallen in de organisatie in te passen, die er een pasklare oplossing voor heeft. Vanuit de redenering dat een nieuwe bewoner in een vroeg stadium in de organisatie moet worden ingepast, besteedt Goffman (1977, pp. 22-27) uitgebreid aandacht aan de entree- en toegangsprocedures in totale instituties. Hij wijst bijvoorbeeld op het maken van een levensbeschrijving, het wegen, het toekennen van een nummer, het afstaan van persoonlijke bezittingen, het aanwijzen van de slaapplek en het instrueren over de regels in de institutie. Het doel van de entreeprocedure is onder meer dat de nieuw aangekomenen 'als object ingevoerd kan worden in de administratieve machinerie van de instelling en geschikt wordt voor routinematige bewerking.' (ibid, p. 22) In Goffman's visie worden deze procedures bij uitstek gebruikt door de staf, om de nieuwe bewoners in een vroeg stadium te onderwerpen aan de in de institutie geldende hiërarchie en regels. De werkwijzen zijn een middel om de mortificatie van het individu te bewerkstelligen.

In de verpleeghuizen in het onderzoek is bestudeerd op welke wijze de opnameprocedure verliep en of elementen uit Goffman's beschrijvingen waren te herkennen. In enkele verpleeghuizen zijn overeenkomstige kenmerken waargenomen, die geïnterpreteerd kunnen worden vanuit de efficiëntie die de opnameprocedure voor de organisatie heeft. De bewoners wordt weinig gelegenheid geboden om eigen bezittingen te houden, hun kleding wordt gemerkt, ze krijgen een slaap- en zitplaats toegewezen, ze vullen voor de komende periode hun keuze in uit de menu's, hun medische geschiedenis en hun levensgeschiedenis worden genoteerd voor de dossiers, etcetera. Een illustratief voorbeeld van een gestandaardiseerde opnameprocedure was de observatie van het verloop van het eerste gesprek dat een nieuwe bewoner had met één van de ziekenverzorgenden:

‘Op deze afdeling gebruikt het team standaardformulieren met voorbedrukte vragen en antwoordcategorieën, die de nieuwe bewoner of zijn begeleider bij de opname moet beantwoorden. De achtergrondinformatie die de bewoner geeft en de opmerkingen die hij maakt bij de verschillende vragen, worden afgezwakt omdat de verzorgende de gegevens in de standaardcategorieën onderbrengt. De verzorgende vraagt aan een 89-jarige aan kanker lijdende bewoner wat haar hobby’s en bezigheden zijn, waarop ze antwoordt dat ze wel wil lezen en handwerken, maar dat ze daar geen fut meer voor heeft. Ze voelt zich te moe en ligt vrijwel de gehele dag in bed. Het enige wat ze nog leest is de Story. Op het formulier vult de verzorgende bij “hobby’s” in: lezen van Story en Privé.’
(Observatie ongedif. afd., 4 april 1990)

Met deze notering wordt de leefwereld van de bewoner gereduceerd, omdat de context van haar antwoord verdwijnt en niet duidelijk wordt dat ze bredere interesses heeft of heeft gehad. Daarmee wordt het zoeken van alternatieven belemmerd, zoals voorlezen, ingesproken boeken en grote letterboeken. Gewapend met het standaardformulier is de verzorgende die de opname doet, tevens in staat om uitgebreide en soms emotionele verhalen van de bewoners te omzeilen, af te kappen en als niet relevant af te doen. De opnameprocedure laat zien dat standaardisatie de invoering van de verzorgenden bij de patiënten kan verminderen.

Standaardisatie gaat dikwijls gepaard met taakverdeling tussen teamleden, waarbij ieder verantwoordelijk is voor de uitvoering van slechts een klein deel van de totale verzorging van een bewoner. Deze werkwijze kan leiden tot een uniforme behandeling van bewoners en *batch treatment* (§ 5.3.4), die de individuele verschillen tussen bewoners egaliseert. Bij een lopende band behandeling van de bewoners, is weinig gelegenheid om onderscheid te maken tussen bewoners en nauwelijks ruimte voor een gesprek. Lopende band werk reduceert de contacten tussen verzorgenden en bewoners en daarmee de mogelijkheid dat er een band ontstaat tussen beiden:

‘Wij zijn maar met z’n drieën op een avond en dan moet je 54 mensen naar bed doen, nou dat is alleen maar een kwestie van uitkleden, tanden poetsen, hup weg. Die mensjes kunnen eigenlijk nooit even praten van, hoe heb je het vandaag ervaren, wat is er gebeurd of een schouderklopje, daar heb je geen tijd voor.’
(Verpleegassistent reactivering/opname afd., 22 juni 1992)

Ook het volgende voorbeeld laat dit zien:

‘Ik had een keer in het weekend dienst, toen er eigenlijk alleen maar verpleeghulpen waren. Dus geen van hen mocht wondjes doen en zo. Toen heb ik de hele ochtend van kamer één tot kamer zestien, de wondjes ge-

daan. Ik had geen aandacht kunnen geven, ik kon ook niet even langer blijven staan. Ik had echt een heel ontevreden gevoel.'

(Teamleider ongedif. afd., 13 november 1991)

Standaardisatie blijkt dus niet alleen een manier te zijn om met het probleem van de werkdruk om te gaan, maar het is tevens een doeltreffend middel om de zorgverlening minder persoonlijk te maken. Menzies (1960, pp. 101-102)* interpreteert uniformering, standaardisatie en taakverdeling als functionele psychologische 'defensiemechanismen' tegen emotionele onrust, angst en spanning. Een gebeurtenis die volgens een vaste formule wordt afgewerkt en waarbij elk teamlid maar kort contact heeft met een bewoner, stelt de teamleden in staat om communicatie en binding met bewoners te vermijden. De werkwijzen bieden over het algemeen weinig gelegenheid om het verloop van de gebeurtenissen aan te passen aan de specifieke situatie van het individu en waarborgen de neutraliteit van het team ten aanzien van de patiënten. De kans dat een individuele verzorgende een bewoner 'voortrekt' of 'benadeelt' op grond van persoonlijke preferenties, wordt daarmee verkleind.

In het kader van de uniformeringsstrategie krijgt het instrumentele werk prioriteit, dat gereguleerd kan worden en dat voorspelbaar is. De relationele zorg verdwijnt naar de periferie of wordt doorverwezen naar andere disciplines. Leerlingen die voor het eerst op een afdeling gaan werken, verbazen zich over de prioriteiten die het team stelt. Ze merken dat hun geen tijd wordt gegund om bij de bewoners te gaan zitten en een praatje te maken en dat de concrete werkzaamheden meer worden gewaardeerd (zie § 7.2):

'Het is een hele nette afdeling bij mij, alles moet netjes, dus je hebt gewoon geen tijd om ... Hier moet alles netjes, dus je bent extra lang bezig en zij hebben gewoon liever dat je de afdeling netjes schoon hebt en dan gaat zitten, dan dat je even gaat zitten en dat het iets rommeliger is. En vaak heb je dat je echt op schema werkt. Zo erg op tijd.'

(Tweedejaars leerling-ziekenverzorgende pg-vph, 14 april 1992)

Welke prioriteiten worden gesteld blijkt ook uit de uitwisseling van informatie tijdens overdrachten en patiëntenbesprekingen. In de rapportages die werden bijgewoond, lag de nadruk op de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL), de mobiliteit, de bloeddruk, het gewicht en de gezondheidstoestand van de bewoners. De acties die op grond van de uitwisseling werden afgesproken hadden vaak een technisch karakter, zoals een wijziging in de medicatie of in de therapie. Gegevens over de sociale en psychische situatie, over de beleving en ervaring van de bewoner, werden minder vaak gerapporteerd en er werden op dat gebied nauwelijks acties geformuleerd.

Als daarover werd gesproken, waren het zelden de verzorgenden die initiatief namen. Dat is opvallend, omdat zij juist de gehele dag bij de bewoners aanwezig zijn en hun functioneren observeren. Dit soort onderwerpen werd aangesneden door dominees, activiteitenbegeleiders, psychologen, maatschappelijk werkenden of

door verpleeghuisartsen. In de patiëntenbespreking werden deze geluiden gehoord, maar directe invloed daarvan op de werkwijzen op de afdeling was meestal niet merkbaar. Daarvoor waren de disciplines over het algemeen te weinig op de afdeling aanwezig. Verzorgenden zien werkzaamheden zoals aandacht geven en ondersteuning bieden, wel als hun taken zoals bleek in hoofdstuk 5, maar ze voelen zich er minder voor toegerust en minder zeker bij.

Een team met de bovenstaande prioriteiten heeft als belangrijkste referentiegroep de collega's, zoals bij de volgende tactiek naar voren zal komen, maar ook de familieleden die de bewoners regelmatig bezoeken. Verzorgenden stemmen hun zorgverlening af op de aspecten waarvan ze denken dat bezoekers ze belangrijk vinden. In hun visie beoordelen bezoekers de zorg vooral op de zichtbare aspecten van het werk, zoals de hygiëne op de afdeling, opgeruimde kamers, nette en schone kleding van de bewoners en bedrijvigheid en drukte van de verzorgenden. Als ze van bezoekers waardering willen krijgen, houden ze vooral met die elementen rekening:

'Vooral voor het bezoek, want de bewoner heeft er niet echt plezier van. Het bezoek die meet, vind ik, de zorg af aan hoe bewoners eruit zien. Dus als de bewoners allemaal stoppels op de kin hebben en van die snorren die je niet hebt weg kunnen halen, vieze lange nagels en allemaal vlekken op de jurk. Dan hebben ze ook zoiets van nou, als het er hier zo aan toe gaat! En als ze [de verzorgenden] dan achter de balie zitten, dan krijg je te horen: "Ze zitten zomaar, moet je kijken naar mijn moeder!", zo gaat dat dan.'

(Tweedejaars leerling-ziekenverzorgende som-vph, 14 april 1992)

Bewoners die naar de mening van verzorgenden meer hulpvragen stellen dan volgens hen nodig is, worden terechtgewezen door niet op de vragen in te gaan of door hen duidelijk te maken dat ze teveel verwachten. Patiënten die zich aan subtiele aanwijzingen niets gelegen laten liggen, worden door het team al snel als 'lastige patiënten' omschreven. Ze stellen teveel vragen en gooien daarmee het werkschema in de war en verstoren de orde. De verzorgenden verwijten hen dat ze geen rekening houden met hun werkomstandigheden, waarin zoveel vragen op hen afkomen:

'Ze spelen je uit hè, vooral als er hulpen zijn of nieuwe zusters. Kleine dingetjes als die jurk wil ik niet en die niet. Wij weten dat en pakken er één en die gaat aan, schluss termee, die gaat aan. (...) En soms simpelweg het gezeur van de mensen. Je kan er al weinig aandacht aan besteden en ze zien je als privé-zuster. Ze zien niet in dat je ook nog andere mensen moet doen. Je moet daar en daar inspringen en antwoord geven.'

(Teamleider ongedif. afd., 7 mei 1990)

Teams met een uniformeringsstrategie staan ambivalent ten opzichte van het hospitalisatieproces van bewoners (§ 5.3.2). Enerzijds maakt hospitalisatie het mak-

kelijker om het werk volgens een vaststaand schema uit te voeren, omdat de bewoners een vaste orde op prijs stellen en weerstand bieden tegen veranderingen. Hun aanpassing bevordert het soepel verloop van het werk. Anderzijds zijn gehospitaliseerde bewoners volgens de verzorgenden zo gewend aan hun verzorging dat ze veeleisend en gemakzuchtig zijn en nauwelijks nog dankbaarheid tonen. Voor teamleden met deze oriëntatie op de zorgverlening, vormt dankbaarheid een belangrijke beloning voor de inspanningen en voor het vele werk dat ze verzetten:

'De mevrouw die zo erg ziek is dan heb je het idee dat je niet veel van haar terugkrijgt. Je geeft ontzettend veel aandacht en dan zegt ze: "Oh kind niet dit, kind niet dat" en zo constant door. En ze laat nooit echt blijken dat je haar goed verzorgd hebt, want er moet altijd wel wat aan haar gebeuren, vindt ze. En vooral als je moe bent dan denk je van ja, dan help ik ze goed en dan krijg je weer dit en dat. (...) En dan krijg je het idee dat je zo'n robot bent van je moet maar tillen en sjouwen en het is heel vanzelfsprekend.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende ongedif. afd., 8 april 1992)

Veel geïnterviewden suggereren dat teams die zich zo sterk oriënteren op de werkdruk, zelf werk creëren. Van de basiszorg, de huishoudelijke taken en de administratie, lijkt een zuigende werking uit te gaan, waardoor het probleem vanuit de visie van het team steeds groter wordt. Een voorbeeld dat zij vaak geven is dat de verzorgenden zoveel drukte en haast uitstralen, dat ze de bewoners onrustig maken, die daardoor meer gaan vragen en in de ogen van de verzorgenden 'lastiger' worden.

Menzies (1960, p. 110) wijst in dit verband op het nadelig effect dat (verpleeg)teams die hun werk inrichten zoals boven beschreven, inflexibel zijn. Door de vaste procedures en de starre werkindeling, zijn ze niet in staat om tijdens onverwachte drukke perioden, prioriteiten te stellen tussen urgente taken en minder dringende werkzaamheden. Zij spreekt zelfs van een constante dreiging van een crisis bij verzorgenden:

'From the operational point of view, the nursing service is cumbersome and inflexible. It cannot easily adapt to short- or long-term changes in conditions. For example, the task-list system and minutely prescribed task-performance make it difficult to adjust work-loads when necessary by postponing or omitting less urgent or important tasks. (...) Even when the work/staff ratio is satisfactory, the threat of a sudden increase is always present. The nurses seem to have a constant sense of impending crisis. They are haunted by fear of failing to carry out their duties adequately as pressure of work increases. Conversely, they rarely experience the satisfaction and lessening of anxiety that come from knowing they have the ability to carry out their work realistically and efficiently.' (Menzies 1960, p. 110)

Deze bevinding leidt tot de conclusie dat de voldoening die verzorgenden van hun werk zouden kunnen krijgen, bij deze werkmethoden achterwege blijft. Vrijwel nooit hebben zij het idee dat ze hun werk in de volle omvang aankunnen met alle verantwoordelijkheid die daarbij hoort. De tevredenheid die dat kan geven ervaren zij maar zelden. Dit gebrek aan voldoening kan worden gecompenseerd door waardering van bewoners, collega's of bezoekers. Dit zal verder worden uitgewerkt bij de behandeling van de volgende tactiek.

Controle op tempo en hard werken

Vanuit de overweging dat het werk zo doelmatig mogelijk moet worden gedaan, is het niet alleen begrijpelijk dat verzorgenden de verzorging standaardiseren, maar ook dat de snelheid en het tempo waarmee ze hun werk verrichten belangrijk worden gevonden. Onder invloed van die oriëntatie neigen de teamleden ernaar hun werk te bezien als een klus die binnen een bepaalde tijd moet zijn geklaard. De tactiek is kenmerkend voor de *workload approach* van de zorgverlening, waarvan Melia (1984) melding maakt en waarbinnen de werklast evenredig over de beschikbare capaciteit aan mensen moet worden verdeeld. Voor teamleden die deze tactiek toepassen is het een vanzelfsprekendheid om zo te werken:

'Een paar mensen gaan altijd in looppas over de afdeling en verrichten dan razend veel werk in een razend hoog tempo (...). Dat zit er als het ware bij mensen ingebakken, dat doen ze al jaren zo. En niet in een lager tempo kunnen werken, het is zo het ritme waar men in zit.'

(Opleidingscoördinator som-vph, 27 februari 1990)

Meer en meer structureren verzorgenden hun werkzaamheden op grond van de dagindeling, het werkritme en het dienstenrooster. Ze oriënteren zich bij de zorgverlening op de tijd. Een resultante hiervan is dat de tijdsnotie zo verweven is in het denken en handelen van de teamleden, dat ze gebeurtenissen en situaties definiëren in termen van tijd, aantallen en hoeveelheden. Hierdoor krijgt de situatie voor hen betekenis en wordt ze hanteerbaar:

'Begin je 's ochtends met z'n drieën dan denk je, oh een hele drukke dag laat ik er maar hard tegenaan gaan. Ik ga ze [de bewoners] vandaag maar helpen, het hoort niet, maar je doet het, omdat je gewoon weet laat ik iedereen een *half uur* bezig dan kan ik om *vier uur* de laatste uit bed halen. Dus wat doe je? Je begint slecht, laat ik het maar vandaag overnemen. Dus het is aankleden, hup *de volgende*, aankleden, de volgende. Want je hebt geen *tijd* om een *half uur* bij iemand te staan want je weet dat er nog *zoveel* mensen op de afdeling liggen. Het is echt kijken, een race tegen de *klok* is het hier altijd hoor. En 's *middags* heb je zeeën van tijd, maar je bent tot *twaalf uur* aan het wassen.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende verzorgingsbehoefte afd., 11 mei 1992)

In een team dat elke dag weer de inspanning moet leveren om het werk af te krijgen, is het van groot belang dat elk teamlid zijn deel van het werk uitvoert. Om ervoor te zorgen dat ieder een evenredig deel van de werkzaamheden op zich neemt en dat er door iedereen even hard gewerkt wordt, bestaat er een uitgebreid stelsel van gedragsregels. Het belangrijkste principe hiervan is collegialiteit en dat betekent dat collega's elkaar kunnen aanspreken op de hoeveelheid taken die ze uitvoeren en op hun tempo. De sociale druk om zich aan de omgangregels te conformeren kan heel subtiel worden uitgeoefend ('dat moet je voor elkaar over hebben'), maar ook heel direct:

'En dan hoor ik van collega's over andere collega's: "Oh, hier, ze heeft er weer drie gewassen, ze is weer moe." Zo gaat dat dan en dan denk ik, dat is toch helemaal niet belangrijk? (...) En dan kom je terug na het wassen en dan ga je zitten en dan zeggen ze: "Zo, hoeveel heeft die er weer gedaan, want ik zag jou weer met zoveel mensen lullen."'

(Tweedejaars leerling-ziekenverzorgende pg-vph, 14 april 1992)

Binnen dat klimaat krijgt de individuele verzorgende waardering van haar collega's als ze hard werkt, tempo heeft en veel werk kan verzetten. Bij collegialiteit behoren volgens verzorgenden naast tempo, nog een aantal regels en normen. Een verzorgende moet bijvoorbeeld geen werk laten liggen voor haar collega's en ook 'zware', bewerkelijke en moeilijke bewoners willen helpen. Ook behoort ze netjes te werken en geen opruimkarweitjes voor haar collega's te laten liggen. ('Vervelend is het ook als ze rotkarweitjes voor je laten liggen, zoals toiletteren, zware mensen, rotzooi laten liggen op een kamer.') Een andere gedragsregel is dat een verzorgende zich minutieus aan de tijden houdt van de pauzes en de diensten en dat ze de taken doet die bij haar dienst zijn gepland en in haar rooster staan. Eén van de redenen dat teamleden die avonddienst hebben, de bewoners soms vroeg naar bed brengen, is te voorkomen dat ze commentaar krijgen van de nachtdienst:

'De avonddienst moet zorgen dat iedereen naar bed is. (...) Dus als er nog vier bewoners opzitten, je gaat dan praten over zorg op maat, dan beginnen ze [de nachtdienst] al te kijken van: "Hoeveel zitten er nog op?" Ze vragen niet: "Waarom zitten er nog zoveel op?", bijvoorbeeld was er een wedstrijd of een show op televisie. Nee, er wordt gezegd: "Als A. avonddienst heeft, is het altijd een gesodemeter. Wat doet ze eigenlijk?" Daarom doen ze dat: om geen commentaar te krijgen van collega's. Dus ze lopen zich te pletter, waardoor mensen minder aandacht krijgen, maar als de nachtdienst komt, kunnen ze zeggen: "Alles is kant en klaar."'

(Personeelsconsulent som-vph, 4 april 1990)

In een team dat zich gedraagt volgens deze regels en normen, krijgt het instrumentele en vooral het zichtbare werk prioriteit ('Je zorgt voor iemand dus dat zie je, dat zijn allemaal dingen die zich uiten in het doen.'). Deze tactiek vult de stan-

daardisatietactiek aan en samen worden ze gebruikt om de doelmatigheid van de werkzaamheden te vergroten. Een afdelingshoofd dat signaleert dat stafleden hoge eisen stellen aan elkaar en het zich niet veroorloven om de bewoners aandacht te geven, kan een bemiddelende rol vervullen in het team. Als zij de teamleden de opdracht geeft om aandacht te geven aan de bewoners en tijd met hen door te brengen, krijgt de relationele zorg een legitieme plaats:

‘De verwachting of eigenlijk meer de teleurstelling is, dat ze weinig tijd hebben om te gaan zitten bij de bewoners. Ze moeten toch hard werken. Maar als ze goed staan, vind ik sociaal zeker heel belangrijk en dan zeg ik ook: “Ga bij de bewoners zitten.” ’

(Afdelingshoofd ongedif. afd., 18 april 1990)

De verzorgenden in een team met een uniformeringsstrategie, zijn er trots op dat ze hard werken en dat ze zich vrijwel nooit ziek melden, maar naar huis gestuurd moeten worden door het afdelingshoofd. Tijdens een observatieperiode vertelde een verzorgende in de koffiepauze, dat ze na een operatie eerder aan het werk was gegaan, dan de dokter haar had aangeraden. Dit kreeg veel bijval van de overigen, want alleen als je écht ziek bent is het gerechtvaardigd om niet te werken. Deze houding verwachten ze ook van anderen.

In deze teams werd door de onderzoeker een zekere gulzigheid waargenomen om beschikbare handen in te zetten. Leerlingen, vrijwilligers, gastvrouwen, stagiaires en ook de onderzoeker zelf, werden gevraagd om mee te helpen bij het werk dat moest worden gedaan, ook al konden ze dat (nog) niet. Voor leerlingen is het moeilijk om dat te weigeren, omdat ze graag geaccepteerd willen worden. Ze voelen feilloos aan dat er een spanning bestaat tussen wat er van hen wordt gevraagd en tussen dat wat ze kunnen, mogen of willen, maar ze durven nauwelijks aan te geven dat ze bepaalde taken liever (nog) niet doen:

‘Leerlingen hebben dat ook dat ze meer willen dan ze mogen doen, ze hebben dan ook het idee dat ze voor vol worden aangezien. Twee handen worden ingezet. Dat kán ik niet dat wordt wel gezegd en dat mág ik niet is ook legitiem. Maar dat dúrf ik niet wordt nooit gezegd. In durven zit ook “dat vind ik eng”. Dat er schroom is om iemand te wassen, of dat je het zelfs vies vindt, dat durft men niet aan te geven. Want als je niet durft, kan er gezegd worden: “Misschien ben je niet geschikt voor het vak.” ’

(Opleidingscoördinator som-vph, 27 februari 1990)

Zoals uit het voorgaande blijkt zijn de teamleden sterk op elkaar gericht en zijn ze afhankelijk van de onderlinge waardering. Medewerkers worden gewaardeerd als ze zich gedragen volgens het principe van collegialiteit en de daarbij behorende gedifferentieerde gedragsregels. Op basis van die regels en normen beoordelen ze elkaar en zijn ze een ‘gewaardeerde’ collega, of iemand die eigenlijk niet zo past binnen het team. Uit een onderzoek in algemene ziekenhuizen, is naar voren gekomen dat waardering voor verpleegkundigen erg belangrijk is om hun onze-

kerheid te verminderen, die het werken in een organisatie altijd met zich meebrengt (Rooze 1992, pp. 13-43). Zoeken naar acceptatie en waardering van referente groepen, komt dus niet alleen bij leerlingen voor, maar ook bij vaste teamleden. Voor hen is collegialiteit een belangrijke factor om het werk vol te houden en om er plezier in te hebben.

Beheersing van emoties in het team

De tactiek van beheersing van emoties in het team, ligt in het verlengde van de twee voorgaande tactieken en past binnen de strategie van uniformering. Zowel onderling als met de bewoners, wordt nauwelijks over gevoelens gepraat. De druk die verzorgenden op elkaar uitoefenen om hun emoties te beheersen, maakt het mogelijk om gedistantieerd te handelen en iedere bewoner een gelijke behandeling te geven. Betrokkenheid bij de situatie van de bewoners zou de doelmatigheid die bereikt wordt met een uniforme zorgverlening, in gevaar brengen. Het verband tussen een uniforme behandeling (taakgericht werken) en de beheersing van emoties, wordt in het volgende citaat naar voren gebracht:

'Als die hun emoties laten zien ... Van het emotionele en gevoelsmatige, als die er een keer aan toe komen bij zichzelf, nou dan raken ze in een depressie. Ze hebben niet geleerd ermee om te gaan, om dat te uiten, om dat te laten voelen aan anderen. Ze drukken het weg door hard te werken en taakgericht bezig te zijn.'

(Docenten opleidingsschool, 13 april 1992)

Teamleden kunnen het zich nauwelijks veroorloven om onderling hun gevoelens te tonen op de afdeling. Als ze hun emoties laten zien, zouden anderen daaraan de conclusie kunnen verbinden, dat ze niet geschikt zijn voor hun werk en daarom houden ze hun gevoelens zoveel mogelijk onder controle. Een alternatief dat nogal eens door leerlingen naar voren wordt gebracht, is het overleg met een speciale vertrouweling in het team, meestal de werkgebeleider of het afdelingshoofd. Al is de 'harde' begeleiding van leerlingen, waarvan elementen zijn behandeld in § 7.2, kenmerkend voor teams met een uniformeringsstrategie. Vaste teamleden gaan ervan uit dat leerlingen met angst en spanning leren omgaan, als ze maar gewoon doen wat van hen wordt gevraagd:

'Ik heb een keer een opmerking van iemand gehad, toen moest ik afleggen en toen zei ik: "Oh nee hoor, dat doe ik niet." Ja hoor, dat moest ik doen, dat werd me verplicht en dat hoorde er net zo bij als geboren worden en doodgaan. Dat werd eigenlijk zo botweg gezegd. Dat ik dacht daar hoef ik helemaal niet mee aan te komen met zoiets. Ik heb geloof ik een paar oogkleppen opgezet en ben aan de gang gegaan.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende dubbelzorg afd., 22 april 1992)

Leerlingen die behoefte hebben om over hun gevoelens te praten, worden gedwongen hun emoties zelf te verwerken en ze niet in het team te uiten (§ 7.2).

Collega's lossen dat effectief op door de problemen, die ze bijvoorbeeld met het overlijden van een bewoner hebben, te bagatelliseren en ze stellen zich gewoonweg niet beschikbaar om mee te praten. In een team waarin dat de gebruikelijke manier is om met zulke gebeurtenissen om te gaan, durven leerlingen hun emoties niet te laten zien, omdat ze bang zijn dat anderen dat vreemd zullen vinden en het zullen afkeuren:

'In het begin heb ik daar nooit zo over kunnen spreken, want ik had altijd het gevoel dat anderen daar heel koel onder waren. Ik dacht dat als ik dat zeg dan gaan ze me als doetje beschouwen. (...) Je had het er nooit over, daar moest je maar tegen kunnen. Niemand toonde zijn emoties. Ja, geintjes, lugubere geintjes waarvan ik dacht dat kun je toch niet maken? Je moet toch een soort respect hebben, iemand heeft toch een heel leven gehad? Daar sprak je niet over. Ik dacht dan beschouwen ze me als een tut. Maar later heb ik het daar weleens met iemand over gehad en toen bleek dat er veel meer mensen moeite mee hadden.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende dubbelzorg afd., 22 april 1992)

De beheersing van emoties bestaat bij de gratie van een wisselwerking tussen verschillende partijen. Leerlingen durven hun gevoel niet te uiten, omdat ze bang zijn dat ze niet goed gevonden worden voor het vak; gediplomeerden zijn eraan gewend om hun gevoelens niet te laten zien en deinzen ervoor terug, omdat ze bang zijn hun gezicht te verliezen bij leerlingen:

'Er is een drempel om kenbaar te maken dat je er moeite mee hebt. Men is toch bang om uitgelachen te worden. Ook oudere verzorgenden doet het wel wat, maar ze zijn zo ver gegroeid dat ze het niet meer laten merken. Zij zijn misschien wel weer bang voor de reactie van een jongere leerling. Bijvoorbeeld is men bang dat de leerling denkt dat jij ook onzeker bent.'

(Personeelsconsulent som-vph, 4 april 1990)

Leerlingen die gediplomeerden als voorbeeld nemen, leren van hen dat ze geen emoties laten zien bij aangrijpende gebeurtenissen. Al veronderstellen ze dat een overlijden ook vaste teamleden niet koud laat, dan leren ze dat van hen wordt verwacht dat ze het niet laten merken.

7.3.2 Normalisatie van het dagelijks leven

Onder normalisatie van het dagelijks leven wordt verstaan dat verzorgenden proberen om bewoners een zo normaal mogelijk leven te laten leiden met een zekere mate van zelfstandigheid en sociale contacten. In de omschrijving van normalisatie legt Wiener (1984, pp. 91-98) de nadruk op de tactieken van patiënten en/of

anderen, die als doel hebben de chronisch zieke zoveel mogelijk in staat te stellen zijn gewone leven voort te zetten. Daarmee verwijst normalisatie naar een continuering van het leven dat de (chronisch) zieke persoon of bewoner leidde voor zijn ziekte en refereert het tevens aan een 'normaal' of gewoon leven. Dat wil zeggen een leven dat beoordeeld naar de normen in de omgeving, niet afwijkt van dat van anderen.

In de studies over het normalisatieproces staat centraal hoe personen of families in staat zijn om hun leven 'als normaal' te definiëren en het niet te beschouwen als een leven in het licht van deviantie, zorgen en moeilijkheden. De laatste visie is volgens Robinson (1993, p. 10) in de samenleving de dominante interpretatie van het leven met chronische invaliderende aandoeningen, zoals reuma, multiple sclerose, CVA, suikerziekte, de ziekte van Parkinson, epilepsie of de ziekte van Alzheimer. Deze visie loopt parallel met de door Goffman (1979) beschreven nadelige situaties waarin gestigmatiseerde personen kunnen terecht komen (zie § 6.3).

In de Amerikaanse literatuur over normalisering ligt het accent op de manier waarop chronisch zieken of ouders met een chronisch ziek kind, hun leven in de thuissituatie zo normaal mogelijk inrichten (Wiener 1984; Knafl and Deatrick 1986; Robinson 1993). Soms wordt daarbij aandacht besteed aan de rol die zorgverleners in ziekenhuizen en poliklinieken in het normaliseringsproces spelen. De geïnterviewden in het onderzoek van Robinson (1993, p. 20), allen thuiswonende chronisch zieken, rapporteren voornamelijk een negatieve invloed van de professionele zorgverleners op het normalisatieproces. Volgens de geïnterviewden zien professionals het leven met een chronische ziekte als een probleem en zijn zij geneigd om normalisering van het dagelijks leven te benoemen als ontkenning. Als gevolg van deze verschillende perspectieven zijn hun belangen bij de therapie soms strijdig. Een vrouw legt uit dat ze haar beslissing moest bevechten om geen intensieve oefeningen te doen, die zoveel van haar vergden dat ze het huishouden niet meer aankon en haar daardoor in de weg stonden om het dagelijks leven zo normaal mogelijk in te richten.

In Nederland is weinig onderzoek gedaan naar het proces van normalisering. Alleen in de gehandicaptenzorg is het begrip terug te vinden (bijvoorbeeld Van Gemert en Minderaa 1993, pp. 17 en 40). Studie naar normalisatie in instellingen is ook in de Amerikaanse literatuur schaars. In de thuissituatie gaat het bij normalisatie om zaken als boodschappen en het huishouden doen, de zorg voor de kinderen of buitenshuis werken. In het verpleeghuis spelen deze elementen nauwelijks nog een rol en gaat het om hele basale vormen van zelfzorg, om het onderhouden van sociale contacten en om de manier waarop bewoners eruit zien. Zoals dit onderzoek laat zien komt normalisering ook binnen instellingen voor, zij het met enige nuanceverschillen die worden veroorzaakt doordat het proces zich op andere terreinen afspeelt.

In tegenstelling tot de bovenstaande bevinding van Robinson, dat de patiënten hun leven normaliseren, zijn het in het verpleeghuis de verzorgenden die deze strategie kunnen hanteren. Normalisatie is een oplossing die hen in staat stelt om te gaan met het probleem van de onzekerheid over het verloop van contacten met

de bewoners (§ 6.3). In hoofdstuk 5 is behandeld dat de situatie waarin de bewoners zich bevinden, door verzorgenden wordt gedefinieerd als een situatie waarin zij hun eigenwaarde verliezen. Dat hangt samen met het idee dat de bewoners niet meer geheel kunnen voldoen aan de verwachtingen en maatstaven in de samenleving. Toch zijn deze verwachtingen en maatstaven het uitgangspunt bij de normalisatiestrategie. Levithin (1978) schrijft op basis van zijn onderzoek, dat professionele hulpverleners geneigd zijn om uit te gaan van de gewaardeerde sociale rollen:

'Both as members of a larger society that values physical health and attractiveness and as professionals in a particular occupational role, such agents try to return the deviant as much as possible to former, valued social roles.' (Levithin 1978, p. 347)

De resultaten van Charmaz wijzen erop dat de chronisch zieken die zij in haar onderzoek betrof, zichzelf beoordelen met de gebruikelijke normen:

'The world is set up for the healthy and able, a fact the ill and disabled usually do not question. Hence, they judge themselves and who and what they should be by yardsticks applied to the healthy and able.' (Charmaz 1983, p. 174)

Robinson suggereert mijns inziens terecht dat normalisatie, dat refereert aan de gebruikelijke normen, is gebaseerd op het idee dat het goed en nastrevenswaardig is om te leven volgens deze normen en maatstaven:

'What permitted these persons with chronic conditions and their family members to choose pieces of information that supported the story of life "as normal" rather than the multitude of pieces that were oriented toward a story of difficulty, despair, and deviance? The author can only speculate that a fundamental, underlying belief in the importance or "goodness" of living life "as normal" was the impetus.' (Robinson 1993, p. 12)

In haar artikel stelt Robinson (1993, p. 25) de relevante vraag wanneer de nadelen van deze strategie de baten gaan overtreffen. De grens kan mogelijk worden getrokken bij een situatie waarin de ziekteverschijnselen zoveel gebieden van het leven ernstig dreigen te verstoren, dat normaliseren grotere nadelen heeft dan voordelen. In feite wordt dan gekozen voor een andere oplossing voor het probleem van de onzekerheid in de contacten met bewoners, die acceptatiestrategie is genoemd en in § 7.3.5 wordt behandeld.

De normaliseringsstrategie bestaat uit twee tactieken, die zullen worden toegelicht:

- minimalisering van de problemen van bewoners;
- verbergen van gebreken en beperkingen.

Minimalisering van de problemen van bewoners

Een tactiek die verzorgenden toepassen, is het minimaliseren van de problemen die zich bij bewoners voordoen. Hiermee leggen verzorgenden het accent op de kansen en mogelijkheden dat een bewoner kan revalideren en niet op zijn gezondheidsbeperkingen en moeilijkheden. Dat stelt verzorgenden in staat om vooral te kijken naar de plezierige kant van hun ervaringen. En plezier en voldoening hebben ze nodig in een situatie waarin ze zich beperkt voelen om de problemen van bewoners geheel uit de weg te ruimen.

Dit uit zich onder meer in een positieve beoordeling van mogelijkheden tot zelfzorg van bewoners en van hun vooruitzichten voor wat betreft de reactivering of de verblijfsduur. Zo bleef de officiële doelstelling van een onderzochte afdeling in eerste instantie het streven naar ontslag voor alle bewoners, terwijl de ervaring was dat 80% van de bewoners langdurig in het verpleeghuis bleef tot ze overleed:

‘De doelstelling voor iedere patiënt die wordt opgenomen is revalideren tot uitplaatsing. Oftewel revalideren tot het tegendeel is bewezen. Natuurlijk is bekend dat 80% hier chronisch verblijft. Deze doelstelling geldt dan voor de observatieperiode. Iedereen heeft recht op deze doelstelling in de beginfase. Het verpleeghuis is een noodoplossing, het heeft altijd iets gedwongens. Als het verblijf chronisch wordt, definitief, dan wordt de doelstelling het bieden van Zorg met een hoofdletter.’

(Hoofd verpleging som-vph, 3 mei 1991)

Vanuit het perspectief van verzorgenden is het alleszins begrijpelijk dat ze hun aandacht selectief richten op de positieve resultaten en de vaardigheden van bewoners. Voor de bewoners kan het weleens een onbedoeld effect hebben, omdat de gekozen optie slechts voor weinig bewoners een reële en haalbare keus is. Een bewoner kan door het voorgespiegelde toekomstperspectief optimistisch worden gestemd over zijn vooruitzichten, terwijl een langdurig verblijf uiteindelijk onvermijdelijk blijkt. Op een afdeling die officieel werd aangeduid met ‘reactiverings- en opnameafdeling’, wekte de benaming nogal eens verwachtingen die niet altijd waarheid werden:

‘En voor sommige mensen is dat heel erg zuur, want die komen hier en die horen dan dat het reactivering is. En als wij dan de diagnose stellen het gaat gewoon helemaal niet meer, dan is dat soms heel zuur.’

(Gediplomeerd ziekenverzorgende reactivering/opname afd., 26 mei 1992)

Verzorgenden geven een gunstige voorstelling van zaken en dat kunnen zij doen door de informatiestroom te beheersen en gegevens gericht te verstrekken. Een voorbeeld daarvan is gevonden in een onderzocht verpleeghuis, waar werd gestart met de oprichting van de bewoners/familieraad. Ook van de dubbelzorg-afdeling, waar zoals men zei bewoners verbleven die gedragsstoornissen hadden en die extra aandacht nodig hadden, zou één bewoner worden gekozen die als vertegenwoordiger in de raad zou optreden.

Op de bijeenkomst die door de onderzoeker werd bijgewoond, was een aantal bewoners van de afdeling aanwezig evenals de maatschappelijk werkende, het afdelingshoofd en de activiteitenbegeleider. Sommige bewoners sliepen wat, anderen begrepen niet waar het over ging of verstonden het niet. De zorgverleners gaven elkaar te kennen dat ze het niveau te hoog hadden geschat. In het informatiejournaal van het betreffende verpleeghuis verscheen een verslag van de bijeenkomst waarin deze problemen niet werden medegedeeld. In een selectieve presentatie van de bijeenkomst werd de indruk gewekt, dat een bewoner was aangezien in wie iedereen veel vertrouwen had.

Goede resultaten en geslaagde ondernemingen worden onder de aandacht gebracht en de voorvallen die als lichtpuntjes worden beschouwd in het werk worden vele malen in gesprekken ter tafel gebracht. Verhalen over een geslaagd carnavalsfeest of over een bewoner die verwaarloosd was bij opname en zich wonderlijk snel herstelde, doen lang de ronde. Bosch (1984, p. 181) beschrijft dat verpleegkundigen in ziekenhuizen positieve uitlatingen van de patiënt aangrijpen ('de patiënt is heel gemotiveerd' of 'ze is zo flink') om aan anderen de situatie beter voor te stellen.

Soms doen verzorgenden rechtstreekse uitspraken over de minimalisering van de problemen ('Soms moet je een roze bril opzetten' of 'Je moet vooral de plezierige dingen in je werk blijven zien'). Hieruit blijkt dat betrokkenen de gevolgen van de handicaps en ziekten voor het dagelijkse leven wel erkennen, maar dat ze de consequenties daarvan zo klein mogelijk willen houden. Hierin ligt het essentiële verschil met ontkenning, omdat in dat geval de betrokkenen loochenen dat er sprake is van ziekte en zich gedragen alsof die niet bestaat (Knafl and Deatrick 1986, p. 219).

Verbergen van gebreken en beperkingen

Bij de normaliseringsstrategie speelt de zichtbaarheid van een 'afwijkend' uiterlijk of van 'ongewoon' gedrag een belangrijke rol. Een minder gewenst kenmerk, een stigma, kan immers pas gevolgen hebben voor de contacten met andere personen, als de anderen op de hoogte zijn van het stigma of als het voor ieder zichtbaar is. Het is een voor de hand liggende tactiek om de zichtbare gebreken en beperkingen te verbergen. In het kader van deze tactiek wordt vooral de verdoezelende functie van de zorg voor een net uiterlijk beklemtoond (zie § 5.3.1). Door veel aandacht te besteden aan de uiterlijke verzorging van de bewoners, kunnen verzorgenden de zichtbare verschillen met anderen zo klein en onopvallend mogelijk houden. Bewoners worden zo veel mogelijk als 'normaal' behandeld en dragen geen pyjama, maar gewone kleding:

'Iedereen, behalve de zwaar zieken, wordt overdag van de kamer gehaald en keurig aangekleed naar één van de huiskamers gebracht. Nooit in pyjama. Dat komt overeen met het *menswaardig leven*, met de regels van fatsoen.'

(Hoofd verplegingsdienst som-vph, 25 maart 1991)

Verzorgenden voelen zich verantwoordelijk voor de manier waarop bewoners eruit zien, hun 'identiteitsuitrusting' (§ 5.3.1), als bewoners zelf niet meer kunnen zorgen voor hun kleding, make-up, haren en sieraden. Ze veronderstellen dat ze door normalisering van het leven, de eigenwaarde van bewoners kunnen vergroten en dat bewoners zich prettiger zullen voelen als ze eruit zien zoals anderen en niet opvallen door hun handicaps, prothesen of andere maatregelen. Zoals de vrijheidsberovende onrustband waar enkele bewoners in zitten:

'Je hebt ook mensen die in een onrustband zitten, die heb je ook. Ik weet niet of je dat hebt gezien, maar als je dat hebt gezien is het verkeerd, want dan moet je de trui erover heen doen. Dan zie je het niet. (...) Het is niet zo'n prettig gezicht voor een ander: die zit in een band. Het is toch een stuk vrijheidsberoving: hij kan, hij mag niet opstaan.'

(Leerling-ziekenverzorgende verzorgingsbehoefte afd., 12 mei 1992)

Met de verbergings tactiek bereiken verzorgenden dat abnormaal gedrag, misvormingen of de slechte gezondheidstoestand van sommige bewoners aan het oog van anderen worden onttrokken. Wiener (1984, p. 91) signaleert deze tactiek die zij *covering up* noemt, bij reumapatiënten die tijdens hun activiteiten zo min mogelijk aandacht schenken aan de pijn en aan hun invaliditeit. Alleen op die manier kunnen zij blijven voldoen aan de verwachtingen die huisgenoten, vrienden of collega's van hen hebben, kunnen ze afspraken nakomen en zoveel mogelijk hun dagelijkse bezigheden volhouden. Tot op zekere hoogte zijn ze in staat hun aandoening te verbergen tot de gevolgen te ernstig worden.

Door de keuze van hun woordgebruik kunnen verzorgenden verhullen aan welke ziekten bewoners lijden en welke beperkingen ze hebben. Bij bewoners die knoeien met hun eten spreken zij niet van slabben, maar van servetten. Incontinentiemateriaal wordt geen luier genoemd, maar een systeem, tender of attend. Leerlingen die vrijwel automatisch spreken over luiers of over het voeren van bewoners, worden gecorrigeerd: 'Deze oudere mensen ga je eten geven of helpen met eten; het zijn geen baby's die je gaat voeren.' De woorden en uitdrukkingen die ze niet passend vinden, refereren alle aan kinderen, aan hulpbehoefte en aan aftakeling. De eufemistische termen die in een team met een normaliseringsstrategie worden gebruikt, verbergen dat oudere mensen als kinderen geholpen moeten worden.

De significante anderen voor verzorgenden met een normaliseringsstrategie, zijn de regelmatige bezoekers en familieleden van de bewoners. Zij vertegenwoordigen in de ogen van verzorgenden de 'normale' omgangsregels waaraan ze refereren met deze strategie. De verzorgenden houden met hun zorgverlening rekening met de criteria waarvan ze weten of verwachten dat bezoekers ze betrekken in hun beoordeling van de zorg. Eén team wist over een oud verpleeghuis te vertellen dat het bedlegerige patiënten door de leiding was verboden, om zich in de huiskamer te begeven. Dit verbod kan worden geïnterpreteerd als een verbergings tactiek, waarbij de bewoners die niet meer aan de gewone normen konden voldoen en gestigmatiseerd waren, niet in het openbaar werden toegelaten. Maar

ook op een aantal onderzochte afdelingen, werd zelden waargenomen dat bewoners met bed en al in de huiskamer werden gereden.

Verdoezeling is een belangrijk element in de indruk die verzorgende teams willen maken op buitenstaanders. Goffman (1983, p. 104) spreekt dan over *teamperformance* en zegt hierover dat teams als het ware een 'voorstelling' opvoeren die drukte en bezigheid uitstraalt. Verzorgenden hebben de neiging om aan buitenstaanders te demonstreren dat ze hun werk goed doen en dat ze goed zijn toegerust om hun taken te vervullen. Nette en schone kleding van de bewoners en orde en netheid op de afdeling, moeten bezoekers de indruk geven dat het goed gaat met de bewoners en goed worden verzorgd.

7.3.3 Vermijding van communicatie met bewoners

De uitvoering van de relationele zorg vereist van verzorgenden betrokkenheid en inleving in de belevingswereld van de bewoners. Die eis staat op gespannen voet met de beroepsmatige distantie die verzorgenden moeten hebben om hun werk doelmatig uit te kunnen voeren en om zichzelf te beschermen tegen een te grote emotionele belasting (§ 6.4). Verzorgenden die de communicatie met bewoners vermijden, kiezen voor een strategie die distantie waarborgt ten aanzien van de werkomgeving en de situatie van de bewoners. Activiteiten, werkzaamheden, gebeurtenissen en relaties waarin de binding met patiënten toeneemt, vermijden ze om hun emotionele neutraliteit te behouden.

Verzorgenden worden dagelijks geconfronteerd met de gevoelens van collega's, bewoners en hun familieleden, zoals angst, verdriet, boosheid en pijn of gevoelens van schuld, nalatigheid of opluchting. Tevens wordt er van verzorgenden verwacht dat ze hen zullen helpen om met de emoties om te gaan en steun te geven. Verschillende vormen daarvan zijn bij de behandeling van de relationele zorg in hoofdstuk 5 besproken. Relationele zorg is voor verzorgenden in emotioneel opzicht riskant, omdat het een betrokken en persoonlijke benadering van de patiënt vereist (Cassée 1973, p. 86). Riskant betekent in dit verband dat de spanning tussen betrokkenheid en distantie hoog kan oplopen en kan leiden tot gevoelens van onrust, angst en druk die de verzorgende moeilijk kan beheersen.

Menzies (1960) beschrijft nauwgezet de psychologische defensiemechanismen die verzorgenden en verplegenden kunnen hanteren om met de spanning om te gaan. Aan enkele daarvan is in § 7.3.1 aandacht besteed, zoals de taakverdeling tussen teamleden, de uniforme en gedistantieerde behandeling van de bewoners en de beheersing van emoties. Andere mechanismen zijn de weerstand tegen veranderingen en het afschuiven van verantwoordelijkheden bij complexe besluitvorming (ibid, p. 108). Al deze manieren kenmerken zich door het ontwijken van taken, activiteiten en relaties die angst en onrust (*anxieties*) zouden kunnen veroorzaken.

Dit betekent volgens Menzies dat deze teams niet leren om de capaciteiten te ontwikkelen, die hen in staat zouden stellen om deze ervaringen te tolereren en er effectief en constructief mee om te gaan. Vanuit de psychologische invalshoek noemt ze dit een 'psychologisch primitieve oplossing':

'Little attempt is made positively to help the individual confront the anxiety-evoking experiences and, by so doing, to develop her capacity to tolerate and deal more effectively with the anxiety. Basically, the potential anxieties in the nursing situation are felt to be too deep and dangerous for full confrontation and to threaten personal disruption and social chaos. In fact, of course, the attempt to avoid such confrontation can never be completely successful.' (Menzies 1960, p. 109)

Leerlingen maken zich volgens haar de gebruikelijke mechanismen van het team eigen tijdens hun opleiding. Zolang ze de situatie niet goed kennen zullen ze kampen met twijfels en onzekerheden, maar uiteindelijk zullen ze zichzelf beschermen door zich niet te hechten aan patiënten. Dat resulteert in een afstandelijke en soms zelfs onverschillige houding:

'This situation does indeed help to produce a defensive psychological detachment. Students protect themselves against the pain and anxiety of transfers, or the threat of transfers, by limiting their psychological involvement in any situation with patients or other staff. This reduces their interest and sense of responsibility and fosters a "don't care" attitude ...' (Menzies 1960, p. 111)

Verzorgenden in verpleeghuizen die de communicatie met bewoners reduceren, proberen zowel het aantal contacten met bewoners te beperken als ook de aard van de communicatie te sturen, bijvoorbeeld door de onderwerpen te selecteren waarover wordt gepraat. Daarvoor staan hen een tweetal tactieken ter beschikking die in het vervolg zullen worden beschreven:

- vermindering van het aantal contacten met bewoners;
- selectie van de onderwerpen waarover wordt gepraat.

Vermindering van het aantal contacten met bewoners

Verzorgenden kunnen het aantal contacten met bewoners verminderen door werkzaamheden uit te voeren waarbij geen contact met bewoners is vereist, zoals het werk in de spoelkeuken, het opruimen van de slaapzalen, de administratie of het aanvullen van voorraden in de kasten. In teams die een strategie toepassen om de communicatie te vermijden, is waarneembaar dat zij hun aandacht verschuiven van de directe patiëntenzorg naar taken waarbij ze geen of weinig contact met bewoners hebben. Op die manier ontwijken zij situaties waarin bewoners in de gelegenheid zijn om hen vragen te stellen of persoonlijke onderwerpen aan te snijden.

Teamleden geven aan in interviews dat ze geen tijd hebben om contacten met de bewoners aan te gaan naast de basiszorg. Andere betrokkenen erkennen dat het druk is op de afdeling, maar benadrukken tevens dat verzorgenden mogelijkheden om met bewoners te praten, laten liggen. Het belangrijkste argument dat ze hiervoor aanvoeren, is dat op een paar onderzochte afdelingen veel werk van verzorgenden uit handen is genomen, maar dat de vrijgekomen tijd niet 'voor de

mensen' wordt gebruikt. De tijd wordt benut voor andere werkzaamheden die verzorgenden als het ware creëren:

'In de loop van de tijd zijn er veel taken overgenomen door anderen, zoals bedden opmaken, de spoelkeuken, het eten wordt aangeleverd, de karren worden weer weggehaald. Dus er wordt geredeneerd van we houden meer tijd over per bewoner. Dat zou gebruikt kunnen worden voor contact, omgaan met. Wat je ziet gebeuren is dat er allerlei andere karweitjes opduiken waarvoor die tien minuten worden gebruikt. Het is niet voldoende om tijd vrij te maken, je moet mensen ook leren om wat met die tijd te doen. En er wordt vaak gezegd: "We zouden meer contact met mensen willen, meer met mensen bezig willen zijn." Maar op het moment dat die situatie zich voordoet, weet men vaak niet hoe dat te doen, dat moet geleerd worden.'

(Opleidingscoördinator som-vph, 27 februari 1990)

Deze tactiek houdt verband met de standaardisatietactiek (§ 7.3.1). Bij de behandeling daarvan werd duidelijk dat de werkzaamheden die zichtbaar en controleerbaar waren en waarover kon worden gerapporteerd, meer prioriteit kregen dan de taken waarbij dat niet kon. Beide tactieken leiden ertoe dat het instrumentele werk een grotere waardering krijgt in het team dan de relationele aspecten van de zorg. ('Ze hebben toch wel het idee dat als je niet technisch bezig bent, dan doe je niets, dan sta je een beetje te lummelen.') Dat kan aanleiding zijn voor teamleden om neer te kijken op dat type werk en er met minachting over te spreken:

'In een ander team werd er weinig met de bewoners gedaan als je klaar was. Iedereen ging een beetje met elkaar staan praten of in de spoelkeuken of voor zichzelf een tijdschrift lezen. Ze zeiden dan: "Je bent geen activiteitenbegeleiding om die mensen zo bezig te houden."'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende dubbelzorg afd., 22 april 1992)

Een lage waardering is niet de enige reden dat in teams met deze tactiek de relationele aspecten niet meer tot hun recht komen. Teamleden die hebben geleerd en gewend zijn om de gehele dag in een vast tempo te werken, weten op den duur niet meer hoe ze de tijd met bewoners moeten doorbrengen. Ze zitten zo in het ritme van het werk, dat ze de rust niet meer kunnen opbrengen om aandacht te geven aan de bewoners. Een pas gediplomeerd ziekenverzorgende vertelt:

'Als er 's middags meer tijd is, dan weten ze helemaal niet meer wat ze moeten doen. Dan staan ze maar een beetje doelloos in de gang. En dan denk ik van ga eens naar de dagzaal, praat eens met de mensen. Maar dat ben je helemaal niet meer gewend eigenlijk, dat er eens tijd voor is. (...) Want er moet altijd zeg maar, wat materieels gedaan worden. (...) dat je het idee hebt dat je altijd wat moet doen, om de afdeling aan kant te krijgen, om noem maar op. Ik moet iets doen, ja iets beetpakken, zeg maar.'

De wc bijvullen met incontinentiemateriaal, de plantjes water geven, nagels knippen.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende ongedif. afd., 8 april 1992)

Verzorgenden kunnen aan bewoners laten merken dat ze het heel erg druk hebben en op die manier contacten met bewoners uit de weg gaan. Als ze door hun houding duidelijk maken dat ze eigenlijk geen tijd hebben voor een praatje, kunnen bewoners zich geremd voelen en ervan afzien om een vraag te stellen. Dat blijkt een doeltreffend middel om het aantal contacten te reguleren:

'...maar soms beginnen ze ook niet, omdat ze weten dat er weinig tijd is. 's Ochtends met wassen bijvoorbeeld dan zou het best wel kunnen, maar als je in tien minuten iemand gewassen moet hebben en in de stoel moet hebben, omdat er nog zoveel bewoners moeten, ja, dan begin je d'r zelf ook niet over of je gaat er niet op door omdat je weet, ja d'r is geen tijd. Het is zo vreselijk druk, en dan heb ik er geen erg meer in. De volgende dag doe je het ook niet meer, omdat het dan weer net zo druk is.'

(Tweedejaars leerling-ziekenverzorgende som-vph, 14 april 1992)

Tijdens koffie- en lunchpauzes geven verzorgenden de bewoners duidelijk te kennen dat ze niet beschikbaar zijn en hun 'eigen tijd' hebben. Verzorgenden kunnen om die reden weggaan van de afdeling, maar ook als ze op de afdeling blijven, kan de deur van de koffiekamer of de zusterpost worden gesloten. Deze tactiek wordt ook door Bosch (1984, p. 179) waargenomen bij verpleegteams in ziekenhuizen. De noodzaak voor verzorgenden om zich zo nu en dan even vrij te maken van het werk en tot rust te komen, wordt door iedere geïnterviewde erkend, maar de wijze waarop en de frequentie waarmee het gebeurt, staan wel ter discussie:

'Aandacht zou gegeven kunnen worden in de vorm van samen koffiedrinken. Dat gebeurt nu op zaal en op de zusterpost, onder het motto dat er ook weleens afstand nodig is van het werk. Daar is natuurlijk best wel wat voor te zeggen, maar als je meer tijd overhoudt neem je je tweede kopje koffie mee om daar [in de huiskamer van de bewoners] te gaan zitten en je kunt dan over alles praten.'

(Opleidingscoördinator som-vph, 27 februari 1990)

Om het aantal contacten met bewoners te verminderen is ook het omgekeerde mogelijk: de bewoners zelf worden afgezonderd op de afdeling. Dit is een veel toegepaste manier, want in alle onderzochte teams werden ernstig zieken en stervende patiënten van de meerpersoonsslaapzalen verplaatst naar een eenpersoonskamer. Hiervoor bestaan allerlei praktische verpleegtechnische redenen, zoals de mogelijkheid om iemand beter te kunnen observeren in de eenpersoonskamers (die meestal naast de zusterpost zijn gelegen), de rust die een stervende nodig heeft en de mogelijkheid om doorlopend bezoek te ontvangen. Maar binnen de

vermijdingsstrategie heeft de afzondering tevens de functie om contact met de stervenden te ontwijken. Het is gemakkelijker om de geïsoleerde bewoner voorbij te lopen en de confrontatie met moeilijke vragen uit de weg te gaan:

'Iemand die op sterven ligt, wil waarschijnlijk meer contact dan wij geven. Maar verzorgenden gaan alleen naar binnen [in de eenpersoonskamer] als het functioneel is, bijvoorbeeld voor een infuus, maar ze gaan niet spontaan naar binnen. Bijvoorbeeld ook bij mevrouw M., dat is nu abtinerend beleid, maar er gaat niemand gewoon bij haar zitten. Bij psychogeriatricie ligt dat ook weer anders, daar is lijfelijk contact vaak het enige wat mogelijk is. Men sterft in eenzaamheid. En ook de familie zegt: "Bel maar als het afloopt." Er is maar zelden familie die hier langer blijft.'

(Activiteitenbegeleider som-vph, 21 maart 1990)

Glaser en Strauss (1973, p. 266), die de interacties tussen de ziekenhuisstaf en stervende patiënten onderzochten, beschrijven verschillende tactieken van de ziekenhuisstaf om de confrontatie met de stervende te vermijden. Afzondering van patiënten in het eindstadium werd door de staf beschouwd als een middel om contacten te reguleren en daarmee emoties te hanteren.

Een afzondering van zieke of stervende bewoners, stelt verzorgenden tegelijkertijd in staat om in de hand te houden wat ze aan de medebewoners willen vertellen. Medebewoners gaan meestal niet zomaar naar binnen in een eenpersoonskamer waar iemand ligt en zijn dus voor de informatie over de stervende afhankelijk van wat de verzorgenden ze vertellen. Verzorgenden kunnen bewoners 'tegen zichzelf in bescherming nemen' en afraden bij de stervende te gaan kijken. ('Ga er nou niet elke keer naar toe, wij houden je wel op de hoogte.') Daarbij kunnen ze bijvoorbeeld weinig bijzonderheden over de gezondheidssituatie geven als hun daarnaar wordt gevraagd:

'Wij kunnen het niet aan en dus gaan we er vanuit of handelen we ernaar dat anderen het ook niet aankunnen. Bewoners moeten ook leren dat het erbij hoort. Maar als ze vragen: "Hoe is het met mijn vriendin?", dan zeggen ze: "Niet zo best hoor."'

(Activiteitenbegeleider som-vph, 21 maart 1990)

Door stervenden op aparte kamers te leggen kunnen verzorgenden het aantal contacten met de bewoners beperken en tevens kunnen ze zelf bepalen wat ze aan medebewoners vertellen. Op die manier kunnen ze emotionele uitbarstingen voorkomen en kunnen ze ook van bewoners verlangen dat ze hun gevoelens beheersen. Dit helpt om de rust of gevoelsorde op de afdeling (Glaser and Strauss 1973, p. 254) te handhaven. Bij de volgende tactiek komt aan de orde dat verzorgenden niet alleen het aantal contacten kunnen regelen, maar ook het verloop van de communicatie met bewoners kunnen beïnvloeden.

Selectie van de onderwerpen waarover wordt gepraat

Verzorgenden ontwikkelen manieren om te communiceren met bewoners, maar zo dat ze zelf de onderwerpen kiezen waarover wordt gepraat. Het negeren van onderwerpen is voor hen een manier om emotioneel niet betrokken te raken. Ze zorgen er bijvoorbeeld voor dat niet gepraat wordt over moeilijke onderwerpen, zoals de kinderen die niet meer op bezoek komen, het moeten verkopen van het eigen huis, het overlijden van de partner of de ongeneeslijke ziekte van de bewoner. Een verzorgende kan veilige onderwerpen kiezen door zelf vragen te stellen en de bewoner te laten antwoorden of door niets over zichzelf te vertellen. Als gevolg daarvan blijven ze voor de bewoner 'één van de zusters'. Eén geïnterviewde ging daar als volgt op in:

'Ook als je ergens langer werkt kun je met bewoners blijven praten, maar we willen zoveel van hen weten en tegelijkertijd zorgen we er wel voor dat ons eigen verhaal bij ons blijft. Je hoeft niet je hele privé-leven te laten zien, maar bijvoorbeeld dat je met een studie bezig bent en dat je soms 's avonds te moe bent om nog te leren, hoeveel broertjes en zusjes je hebt en hoe hun gezin eruit zag. Maar het is altijd: "Hoeveel kinderen heeft u?" We zijn constant bezig die mensen uit te horen. Je krijgt dan geen wisselwerking.'

(Personeelsconsulent som-vph, 4 april 1990)

Het gevaar bestaat voor de verzorgende dat als ze vertelt wat ze doet als ze vrij is, wat haar bezighoudt en wat ze meemaakt, dat de bewoner daar een volgende keer naar vraagt en erop terugkomt. Dat vergroot de onderlinge belangstelling en veroorzaakt hechting en een onderlinge band, waarvoor de verzorgende huiverig is. Als er een binding ontstaat tussen de verzorgende en de bewoner, wordt het moeilijk om over niet al te lange tijd afscheid te moeten nemen. Voor de angst die dat oproept deinzen verzorgenden terug en ze beschermen zichzelf door intensieve gesprekken uit de weg te gaan.

Een middel om te voorkomen dat verzorgenden en bewoners een langere tijd met elkaar omgaan en een persoonlijke band krijgen, is de periodieke omwisseling van de teams. Volgens de onderzochte teams gebeurt dat nu niet meer op hun afdelingen, maar werden tot voor kort de teams halfjaarlijks gewisseld, zodat ze met geheel nieuwe bewoners te maken kregen. De officiële reden die hiervoor werd gegeven was dat er meer ruimte kwam voor nieuwe ideeën en dat verzorgenden niet zouden 'vastroesten' op een afdeling. Volgens geïnterviewden had het ook de functie om de continuïteit te verbreken en langdurende relaties te voorkomen.

7.3.4 Overleg over prioriteiten in de zorg

Teams kunnen het probleem van het nooit eindigende werk oplossen door met elkaar te overleggen over het belang van de verschillende werkzaamheden en de

prioriteiten die zij willen stellen in de zorg. Zij gebruiken gezamenlijk overleg, vergaderingen en besprekingen als middelen om elkaars meningen te horen, de moeilijkheden op te lossen en alternatieven te bedenken. Op die manier komen ze tot een in hun ogen juiste afweging van de taken die ze wel en die ze niet zullen doen. Er wordt veel energie gestoken in het aanhoren van elkaars argumenten en meningen, waardoor ze hopen te bereiken dat iedereen het eens wordt met elkaar en dat ieder teamlid zich in de gekozen oplossing kan vinden. Het behoort eveneens tot de strategie om andere disciplines van bepaalde keuzen te overtuigen als die daarover van mening verschillen.

Kenmerkend is dat een team met een overlegstrategie uniformering en vaste, voorgeschreven regels probeert te voorkomen. Zij komen slechts tot standaardisatie en taakverdeling door daarover gezamenlijk afspraken te maken. Zij zijn van mening dat een flexibele omgang met regels het mogelijk maakt in de verzorging onderscheid te maken tussen de bewoners, zodat ze niet hoeven op te gaan in de massaliteit van het verpleeghuis. Bewoners hebben naar hun mening baat bij aandacht of behulpzaamheid bij kleine zaken, die voor hen persoonlijk het leven veraangenamen. Daarom wordt in rapportages en besprekingen een belangrijke plaats toegekend aan de persoonlijke informatie over bewoners, waarin de verschillen tussen hen tot uitdrukking komen.

Verzorgenden zien het als voorwaarde dat ze betrokken zijn bij de zorg aan de bewoners. In het team heerst openheid over de gevoelens die worden opgeroepen door de confrontatie met problemen en emoties van anderen. Collega's krijgen de kans om elkaar op emotioneel gebied te ondersteunen en te helpen. Praten over meningen en ideeën, maar ook over emoties, hoort bij deze strategie.

Een voorwaarde voor dat proces is dat elke medewerker zijn verantwoordelijkheid kent in het team. Ieders visie wordt waardevol gevonden en daarom zijn verzorgenden van mening, dat elk teamlid betrokken moet zijn en inbreng moet hebben in het team. Onderling oefenen ze druk uit op elkaar om mee te doen en actief te participeren. Alleen als iedereen meedoet, achten ze zich als team in staat om zaken op de afdeling te organiseren of te veranderen en andere betrokkenen van hun standpunt te overtuigen of enthousiast te maken. Daarvoor is het nodig dat ze in het team alternatieven verzinnen en keer op keer bedenken wat er in het belang is van de bewoners.

De overlegstrategie bestaat uit de twee volgende tactieken:

- actieve participatie in het team;
- openheid over gevoelens en ondersteuning.

Actieve participatie in het team

Teamleden die een overlegstrategie hanteren zoeken oplossingen voor problemen en coördineren taken door er met elkaar over te praten in werkbesprekingen en vergaderingen. In de vergaderingen wordt verwacht dat iedereen actief deelneemt, omdat ieder het probleem weer van een andere kant bekijkt en nieuw licht kan werpen op de zaak. Door de gezamenlijke besprekingen waarin elk teamlid zijn ideeën of bezwaren naar voren kan brengen, proberen de teamleden te bereiken dat ze het allemaal eens zijn met de uiteindelijk te maken afspraken

en de te nemen beslissingen. Tijdens het overleg luisteren ze naar elkaar, wisselen ze ervaringen uit, inventariseren ze alternatieven en proberen ze een probleem zoveel mogelijk met elkaar tot een oplossing te brengen:

‘Als zaken niet lekker lopen gaan ze rond de tafel zitten en dan zeggen ze: “Hoe komt dat nou, wat kunnen we hier nu aan doen?” In zo’n team zijn collega’s bezorgd om elkaar. Maken niet zo gauw problemen en als ze er zijn dan worden ze besproken. Vooral het luisteren is belangrijk. Ze luisteren naar elkaar en laten elkaar in de waarde.’

(Docent opleidingsschool, 13 april 1992)

Op een afdeling waar de teamleden overleggen zullen ze veel minder dan bijvoorbeeld een team dat het werk standaardiseert, op vaste regels en procedures terugvallen. De afweging tussen werkzaamheden blijft gemakkelijker ter discussie staan en er blijken telkens weer keuzen te moeten worden gemaakt. Indien nodig maken ze in het team afspraken over de werkwijzen, de taakverdeling en de regels die op dat moment zullen worden gevolgd, zoals in het volgende voorbeeld:

‘Maar in de vakantie kan het zo druk zijn, dat dat alles niet kan. Toen hebben we als team afgesproken: de basiszorg heeft prioriteit. Dus we haalden mensen uit bed en voor sommigen was dat pas ’s middags. Dat haalt een stuk stress weg bij je personeel, want dan weten ze er moet er nog één en nog één. En nu kun je gewoon de *aandacht geven* aan iemand zoals dat *moet*.’

(Afdelingshoofd ongedif. afd., 6 november 1991)

Teamleden ervaren geen knellende werking van teveel onveranderbare regels, waar alles op de afdeling al in is vastgelegd. Integendeel, ze ondervinden een zekere mate van vrijheid in hun handelen, wat hen de gelegenheid biedt om zelf actief te zoeken naar werkzaamheden die in het belang zijn van de bewoners. De relatief vaste dagindeling is voor hen geen belemmering om deze in overleg aan te passen en een flexibele invulling te geven als dat wenselijk is:

‘Het moet niet iedere dag hetzelfde zijn en het moet niet vast zijn, want er zijn al genoeg regels. Woensdagmiddag is er zangkoor en moeten ze gaan zingen, terwijl iets onverwachts is altijd positief. Zowel bij personeel als bij bewoners. Dan zijn ze vrolijk en doen ze mee. Ze hebben het er dan ’s avonds over van: “Goh, we hebben lekker pannenkoeken gebakken.” Het stimuleert collega’s ook om zoiets te gaan doen.’

(Teamleider begeleidingsbehoefte afd., 4 juni 1992)

In de interviews bleek ook dat teamleden hun keuzen dikwijls goed kunnen argumenteren, mede als resultaat van het actieve proces en de participatie in de besluitvorming. Ze formuleren een duidelijk beeld van de bewoners die ze verzor-

gen en van wat ze voor hen willen en kunnen doen (zie hiervoor § 7.3.5). Een helder uitgangspunt voor de verzorging vergemakkelijkt het verzorgenden om prioriteiten te stellen. Prioriteiten zijn in een team met een overlegstrategie acceptabel als de teamleden het er over eens zijn dat de werkzaamheden in het belang zijn van de patiënten.

De reflectie op hun werkzaamheden komt naar voren bij de uitvoering van de instrumentele zorg. Ze beschouwen het in het belang van de bewoners dat ze hen individueel benaderen en dat ze tijdens de basiszorg zoveel mogelijk rekening houden met de relevante relationele aspecten, zoals zelfstandigheid en privacy, ook al gaat dat soms ten koste van de doelmatigheid waarmee het instrumentele werk kan worden uitgevoerd:

‘Bij een toiletronde bijvoorbeeld gaat het niet alleen om de wc, maar het is ook een therapieronde. Dat je even loopt of dat mensen nog het licht aandoen als ze in een toilet komen. Ook als de luiers nat is, moet je toch kijken of iemand misschien nog meer moet plassen en niet gelijk een nieuwe luiers en weg.’

(Leerling-ziekenverzorgende verzorgingsbehoefte afd., 12 mei 1992)

Uit dit citaat blijkt duidelijk dat de verzorgende zich niet alleen richt op het doel van de handeling (de bewoner moet naar het toilet), maar zich ook bezint op het middel dat daarvoor wordt gebruikt. In dit geval dat de bewoner zich gelijk beweegt en dat zelfstandigheid wordt gestimuleerd. Deze reflectie op de eigen handelingen is kenmerkend voor de tactiek waarin individuele teamleden actief participeren in de organisatie van de verzorging op de afdeling.

De belangrijkste referentiegroep voor de teamleden zijn de bewoners en dat kan conflicteren met de belangen van andere betrokken partijen, zoals de familieleden. Dit kan worden verduidelijkt met een voorbeeld uit een psychogeriatrisch verpleeghuis:

‘Tijdens de demonstraties en stakingen voor loonsverhoging in de gezondheidszorg, achtte een onderzoek team het uitgesloten dat de bewoners niet door hen zouden worden verzorgd. Ze zouden het niet kunnen aanzien dat de mensen daaronder zouden lijden en er hinder van zouden ondervinden: ik moet er niet aan denken dat meneer E. de hele dag nat zit. Daarop besloot het team wel solidair te zijn met de stakende collega's in het land en stemde in met het alternatief om een "verwendag" voor de bewoners te organiseren. Op de verwendag werden de mensen schoon gewassen, ze werden op tijd geholpen en bleven in bed. Verder kregen ze lekkere dingen, zoals gebak en kaascroketjes.’

(Veldobservatie pg-vph, 25 oktober 1991)

Voor het team betekende de alternatieve staking dat bewoners geen schade van de acties ondervonden, maar dat ze er juist plezier van hadden. De verwendag uit het voorbeeld laat zien hoe de medewerkers denken over de werkelijke behoeften

van de bewoners en over wat 'verwennen' in dat kader is; prioriteit krijgen de noodzakelijke verpleegkundige en lichamelijke zorg en er is vooral veel aandacht voor de bewoners en voor de dingen die hun verblijf veraangenamen. Andere betrokkenen, enkele familieleden, dachten heel anders over de prioriteiten in de zorg en verweten het personeel verwaarlozing van de bewoners. De verzorgenden hadden niet de familieleden als uitgangspunt genomen voor hun zorg, maar de bewoners.

Verzorgenden zullen niet alleen de familieleden, maar ook andere betrokkenen, zoals de verpleeghuisarts, de fysiotherapeut, logopedist of de activiteitenbegeleider, moeten overtuigen van hun argumenten en keuzen, als daarover onenigheid bestaat. Aan de patiëntenbespreking van één van de onderzochte afdelingen, die door de onderzoeker werd bijgewoond, nam het gehele team deel en de teamleden benutten die gelegenheid om in te brengen wat ze bij de bewoners hadden geobserveerd en hoe de bewoners zich voelden. Ze deden dit vanuit het besef dat zij de enigen waren die de bewoners vrijwel continu meemaakten en beter dan de andere disciplines wisten wat hen bezighield.

In de overdrachten, rapportages en besprekingen wordt uitvoerig ingegaan op de beleving van de bewoner. Op hoe hij zijn ziekte ervaart en ermee omgaat, hoe hij zijn tijd besteedt, hoe zijn relaties met de verzorgenden en de bezoekers zijn ('s Avonds komen zijn zus en haar man en soms nog iemand. We moeten hem veel aandacht geven.') en op welke manier de verzorgenden de bewoner het best kunnen benaderen. Aan de uitwisseling van de persoonlijke informatie wordt in vergelijking met de technische informatie over de medicatie en de verzorging, veel aandacht besteed (zie § 5.3.6). In besprekingen komen veel vragen ter sprake over de betekenis van de situatie voor de bewoner en wat dit voor de bijdragen van de disciplines betekent. Deze vragen kenmerken een houding van betrokkenheid bij de situatie waarin de bewoner zich bevindt (zie § 6.4).

De teamleden laten de relationele zorg systematisch deel uitmaken van hun totale zorg en dragen het consequent mondeling en zo mogelijk schriftelijk over. Ze overleggen over de beste acties en daarmee neemt de verantwoordelijkheid voor ook die werkzaamheden toe en wordt het belangrijker ze zorgvuldig uit te voeren. Geïnterviewden kenden in dat proces aan de leiding van de afdeling een belangrijke rol toe. Het afdelingshoofd en de teamleiders kunnen de teamleden stimuleren tot bepaalde werkzaamheden en hen motiveren om zelf initiatief te nemen. Als de leiding laat merken dat ze de inzet van teamleden op verschillende terreinen waardeert, zal dat teamleden stimuleren om ze uit te voeren:

'Bijvoorbeeld mevrouw K. die gaat terug naar de verzorging en die heeft bijna geen hulp nodig. Maar ze maakt zich toch wel zorgen over hoe het zal gaan. Dus pas zat één van de teamleden daar met haar over te praten. Dan zal ik niet snel zeggen dat ze wat anders moet gaan doen, want dan kan ook zij het even kwijt wat ze wil zeggen.'

(Teamleider ongedif. afd., 13 november 1991)

De steun van de leiding ondervinden verzorgenden ook bij de planning van hun roosters. Dat zou de bereidwilligheid vergroten van teamleden om aan belangrijke evenementen deel te nemen, zoals een reisje met de bewoners of een kerstdiner:

'Die [verzorgenden] zeggen ook heel spontaan als er met Kerst een kerstdiner is: "Dan ben ik er." Zijn er gewoon. En dan zie je ook dat een hoofd er heel soepel mee is en dan ook als er een rustige periode is tegen de mensen zegt: "Neem jij maar eens een middag vrij." Daar houden ze in de planning al rekening mee.'

(Docent opleidingsschool, 13 april 1992)

Voorwaarde voor deze tactiek is dat ieder teamlid deelneemt aan het gezamenlijk overleg en de besluitvorming. Tijdens overleg, besprekingen en onderhandelingen wordt van alle teamleden verwacht dat ze meedoen. Verzorgenden voelen de druk die andere teamleden op hen uitoefenen om hun mening te geven en mee te denken. Afwijkende meningen worden op prijs gesteld, omdat uiteenlopende visies niet als een ondergraving worden gezien van wat gebruikelijk is, maar juist als een verrijking. Men redeneert dat alle verzorgenden anders zijn en dat ze elkaar aanvullen. ('Het is van belang dat je iedere ziekenverzorgende zijn eigen weg laat zoeken.')

Openheid over gevoelens en ondersteuning

Net zo als het in het team gewoon is om over problemen en moeilijkheden te overleggen, is het gebruikelijk om over gevoelens te praten. De teamleden proberen elkaar te helpen met hun emoties om te gaan en steunen elkaar daarbij. Verzorgenden zijn emotioneel betrokken bij de situaties op de afdeling en door een openheid te creëren proberen ze om te gaan met de emotionele problemen die dat met zich mee kan brengen.

Toch blijken verzorgenden het niet eenvoudig te vinden om te laten blijken dat ze het moeilijk hebben met gebeurtenissen en daarover met anderen te praten. In één onderzocht team was het initiatief genomen om na een sterfgeval op de afdeling er met elkaar over te praten en om de mogelijkheid te bieden vragen te stellen aan de arts. Na enige tijd was dit initiatief verwaterd. Meestal is het gemakkelijker voor verzorgenden om vertrouwelijke problemen te bespreken met één collega, die ze goed kennen en vertrouwen. Verzorgenden staan dan niet helemaal alleen voor moeilijke beslissingen en hoeven problemen niet alleen te verwerken:

'Eenmaal heb ik het gehad dat ik veel te veel gehecht was aan iemand die overleed. Ik wist toen dat dat niet nog een keer moest. Ik wist heel veel van die persoon. Je hebt beroepsgeheim en dan wordt het jouw probleem. Nu haal ik er altijd een tweede bij, en dan zeg ik dat ik het ook moet kunnen bespreken. (...) Je kunt dat niet van jezelf verwachten en zij mogen dat ook

niet verwachten. Je kunt het er wel moeilijk mee hebben, maar je moet je grenzen weten. Daar houdt mijn verantwoordelijkheid op.’
(Teamleider ongedif. afd., 5 november 1991)

In één onderzocht team was het lange tijd de gewoonte geweest om niet over emoties te praten. Over gevoelens werd niet gesproken, terwijl het een afdeling was voor verpleegbehoefte dementerende bewoners, die allemaal in het verpleeghuis zouden komen te overlijden. De huidige leiding vond het niet goed dat teamleden daarover niet met elkaar konden praten, hoewel ze wisten dat ze het er op z'n tijd allemaal moeilijk mee hadden. Het kostte de leiding moeite om de teamleden te overtuigen van de noodzaak er over te praten. Ze zagen het als een voorwaarde om elkaar werkelijk te kunnen ondersteunen:

‘Vijf jaar geleden was het zo dat er niet werd gesproken over gevoel. Over emoties dat je iemand niet kon, durfde of wilde verzorgen. Nu proberen we te praten en uit te leggen dat iets moeilijk is of vies. Je hebt daar veel mee te maken, mensen gaan dood hier en de mensen die hier werken zijn jong en nieuw in het werk.’
(Afdelingshoofd verplegingsbehoefte afd., 25 oktober 1991)

Daarom zijn ze begonnen een schrift op de afdeling te laten circuleren waarin iedereen, desnoods anoniem, problemen, moeilijke taken, ergernissen, enzovoort mag opschrijven. Anderen kunnen hun reacties daarop geven en in de werkbespreking worden de aangedragen onderwerpen aan de teamleden voorgesteld. Door de waarborg dat de besprekingen plaatsvinden in de intieme kring van het vaste team, durven medewerkers zich eerder kwetsbaar op te stellen. De ondersteuning van collega's wordt door teamleden als zeer waardevol ervaren. In een team waarin collega's elkaar professioneel ondersteunen, vangen teamleden de nieuwe leerlingen goed op en begeleiden ze hen in de omgang met stervende patiënten:

‘Als er een terminale patiënt is dan zeggen we altijd: “Als je ergens mee zit of je wilt er eens over praten, dan kan je altijd terecht.” Ze weten dat ze dan altijd terecht kunnen. En daar hebben we ook de theepauze voor, dan vragen we ook van: “Hebben jullie nog iets meegemaakt wat je eng vond?” Vaak zie je ook dat ze het wel eng vinden, maar ze zeggen er niets van. Meestal vragen we dan: “Zullen we eens samen naar binnen gaan [in de eenpersoonskamer] en dan verzorgen we samen die patiënt?” En dan zie je ook dat ze er langzamerhand overheen groeien en dan stappen ze ook alleen naar binnen.’
(Teamleider ongedif. afd., 10 april 1992)

Als een gediplomeerd ziekenverzorgende en een leerling samen een terminale bewoner verzorgen, kan de leerling zien hoe de gediplomeerde handelt en leren hoe het is om een terminale bewoner te verzorgen. De opleidingsperiode wordt

gezien als een periode waarin de leerling kennis maakt met de leuke elementen van het werk, maar ook als een periode om goed te leren omgaan met de moeilijke kanten van het vak.

7.3.5 Acceptatie van beperkingen van bewoners

Teams die een acceptatiestrategie hanteren, verlenen zorg vanuit het besef dat bewoners ernstig ziek zijn of gehandicapt en dat zij nooit meer hun oude functioneringsniveau zullen terugkrijgen. Zij accepteren de lichamelijke achteruitgang van de bewoners en de afname van het psychisch vermogen en trachten de zorgverlening aan te passen aan die huidige situatie van de bewoners. De acceptatie ontstaat in de loop van de tijd als verzorgenden ervaren dat het buiten hun vermogen ligt om de invaliderende veranderingen in het lichamenlijk en geestelijk functioneren van de bewoners geheel ongedaan te maken. De acceptatiestrategie stelt hen in staat om te gaan met het probleem van de onzekerheid in de contacten met bewoners (§ 6.3).

In de omgang met bewoners gaan verzorgenden uit van maatstaven, waarvan ze vinden dat ze passen bij de situatie waarin verpleeghuisbewoners zich bevinden. Ze refereren niet aan de 'gewone' normen over uiterlijk en gedrag, omdat veel bewoners daar niet aan kunnen voldoen. In plaats daarvan wijzigen ze hun verwachtingen en gebruikelijke omgangsregels in regels en normen die zijn afgestemd op de leefsituatie van de bewoners. In contrast met de normalisatiestrategie typeert Wiener (1984, p. 94) deze strategie als *renormalizing*: 'Renormalizing – that is, lowering expectations and developing a new set of norms for action -.'

In zijn studie naar families waarin één van de gezinsleden polio heeft, spreekt Davis (1963) in dat verband over *disassociation*. In dat geval erkennen betrokkenen de gevolgen van hun ziekte en definiëren ze hun dagelijkse situatie als afwijkend van een normaal leven:

'disassociation generally involves some significant relinquishing of the normal standard. At the level of action, the person does not base his behavior on the assumption that he will be responded to normally by "Normals".'
(Davis 1963, p. 140)

De zieke oriënteert zich opnieuw en neemt bijvoorbeeld maatregelen om zijn activiteiten aan zijn huidige fysieke conditie aan te passen, evenals andere betrokkenen, zoals gezinsleden of zorgverleners, die hun verwachtingen over zijn functioneren bijstellen en hun eisen verminderen. Een heroriëntatie en geleidelijke aanpassing aan de gevolgen die de chronische ziekte heeft voor het dagelijks leven, leidde bij de door Wiener geïnterviewde reumapatiënten tot een wijziging van de gebruikte tactieken. Geïnterviewden veroorloofden het zich pas om hulp te vragen van anderen, toen ze meenden het echt nodig te hebben (Wiener 1984, p. 95).

De bevindingen van de onderzoeken van Wiener (1984) en Robinson (1993) wij-

zen erop, dat een verschuiving van de normalisatiestrategie naar de acceptatiestrategie plaatsvindt, als de gevolgen van een ziekte het gewone leven zo ernstig bedreigen, dat het vrijwel onmogelijk is om 'normaal' te leven. Betrokkenen veranderen hun tactieken als de nadelen die de normalisatiestrategie met zich meebrengt groter worden dan de voordelen. Normalisatie heeft als voordeel dat het hoop geeft en de blik richt op de vaardigheden van de zieken en niet op hun zwakten. Dit kan eraan bijdragen dat een persoon zichzelf niet alleen maar beschouwt als 'de zieke' (Robinson 1993, p. 23). Een nadeel van succesvolle normalisatie is dat het probleem voor anderen (familieleden, vrienden of professionele zorgverleners) onzichtbaar blijft of dat ze de gevolgen voor de patiënt niet volledig begrijpen en daardoor niet geneigd zijn om hun hulp en steun aan te bieden (Wiener 1984, p. 95). Ook kost normalisatie veel inzet en inspanning van alle betrokkenen om misvormingen te verbergen, pijn en moeheid niet toe te laten en de dagelijkse activiteiten uit te voeren.

Bij ernstige ziekten die het gewone leven ernstig bedreigen, gaan de nadelen de opbrengsten van de normalisatiestrategie overtreffen. Dan verdient het volgens Knafl en Deatrick (1986) aanbeveling dat professionele zorgverleners de patiënten en de andere betrokkenen helpen om zich aan de 'abnormale' situatie aan te passen:

'Researchers need to explore and clinicians need explicitly to consider the relative costs and benefits of working to normalize family life in a wide variety of situations that pose a serious threat to normalization. Based on the results of such studies, it may be possible to identify situations in which the costs of normalization so outweigh the benefits that families should not be encouraged to normalize their situation but should be helped to adjust to the very "abnormal" family life they are living.' (Knafl and Deatrick 1986, p. 222)

Zij duiden hiermee eveneens op een verschuiving van de normalisatiestrategie naar de acceptatiestrategie. De acceptatiestrategie houdt in dat de benadering van de bewoners niet is geënt op de normale maatstaven en omgangsregels, maar op aangepaste regels. Het voornaamste referentiepunt voor verzorgenden die deze strategie hanteren zijn de bewoners zelf, met hun invaliditeit en afhankelijkheid en met de mogelijkheden waaraan zij hun eigenwaarde ontleen.

De acceptatiestrategie bestaat uit twee tactieken die zullen worden toegelicht:

- aanpassing van de verzorging aan het niveau van de bewoners.
- tolerantie van afwijkend gedrag.

Aanpassing van de verzorging aan het niveau van de bewoners

Verzorgenden houden zoveel mogelijk rekening met de leefsituatie van de bewoners waar ze voor zorgen. Ze formuleren de uitkomsten die ze met hun verzorging nastreven zo, dat ze aansluiten bij wat ze voor bewoners van belang vinden. De uitkomsten moeten haalbaar zijn, binnen het bereik van de bewoners liggen en verenigbaar zijn met hun vooruitzichten. Een mooi voorbeeld van deze tactiek

is de beschrijving die Koos van Zomeren geeft van de oudejaarsavond op de afdeling begeleiding van verpleeghuis Beukenburg:

'Voorheen probeerden ze de bewoners, zo'n zeventien in getal, op te houden tot middernacht. Mogen we nog niet naar bed? Nee mevrouw Iks, het is oud en nieuw vandaag. (...) En waarom eigenlijk. Omdat het zo hóórt? Tegen tien was iedereen nijdig of uitgeput. En misselijk van drank en hapjes.

Toen kwam iemand op het idee in te spelen op het gebrekkige tijdsbesef van deze mensen. (...) Iemand zei: waarom doen we het niet wat vroeger? donker is het toch wel!

Dus om acht uur gaan in de tuin de eerste vuurpijlen van start. Je kunt honderd keer *zeggen* dat het oud en nieuw is zonder dat het tot ze doordringt. Maar vuurwerk doet wonderen. De aah's en ooh's zijn niet van de lucht. De champagne vloeit, de gelukwensen klinken, het wordt reuze gezellig en na een tijdje gaat iedereen opgeruimd naar bed.¹

Dit voorbeeld laat zien hoe verzorgenden oudejaarsavond vieren op een manier die weliswaar niet 'gewoon' is, maar voor de bewoners erg plezierig is. Zij passen zich aan het tijdsbesef en de behoeften van de bewoners aan.

Teamleden proberen bewoners in hun eigenwaarde te bevestigen door hen te helpen om haalbare resultaten na te streven. Daarom vragen ze van bewoners zo min mogelijk inspanningen die hen confronteren met hun achteruitgang. In hun visie zou het bewoners in hun eigenwaarde aantasten als telkens handelingen van hen zouden worden gevraagd, die ze niet meer kunnen. Liever nemen ze de zelfzorg in zo'n geval van iemand over. Aan de andere kant achten ze het goed voor de eigenwaarde van bewoners, als ze in staat worden gesteld de verrichtingen uit te voeren die ze nog wel zelf kunnen. Wat ze wel en wat ze niet aan bewoners kunnen vragen, stellen ze vast door af te gaan op hun professionele oordeel en op hun inlevingsvermogen:

'Het lijkt mij, gezien ik ben gezond en ik kan nog alles, heel vervelend als ik mijzelf niet aan kan kleden, omdat het van die kleine knoopjes zijn en mijn hand is verlamd. Dat zou mij heel erg aantasten in mijn eigenwaarde. Het lijkt mij zo, dat als je niets meer zelf kunt dat het vervelend is om iemand te blijven stimuleren van: "Probeer het nog eens en nog eens." Dan krijg je iets van: daar heb je ze weer en daar komt ze weer. Dan zou ik liever de goede dingen uit de mensen stimuleren, dan dat ik daar op door ga.'

(Teamleider begeleidingsbehoefte afd., 4 juni 1992)

Soms kunnen verzorgenden zich in hun oordeel vergissen en moeten ze er door iemand anders op gewezen worden. Dat kan een schok teweegbrengen, die aan acceptatie en aanpassing kan bijdragen:

1 Zomeren, K. van, 'Oud & oud'. *NRC-Handelsblad*, 31 december 1992.

'Ik probeer me in te leven in een persoon en te kijken of iemand echt iets niet kan of het speelt. In een huis was ik echt heel erg geïrriteerd over iemand die niet kon lopen, want volgens mij kon het wel. Toen zei de psychologe: "Er is echt niemand die voor zijn plezier niet meer loopt." En toen moest ik voor mezelf wel een stapje terug doen, het accepteren.'

(Fysiotherapeut som-vph, 15 oktober 1991)

Een bewoner kan worden behoed voor een confrontatie met zijn verdere achteruitgang, door hem over te plaatsen naar een afdeling in het verpleeghuis waar minder zelfzorg van de bewoners wordt verwacht. In een psychogeriatrisch verpleeghuis worden bewoners regelmatig overgeplaatst van een begeleidingsbehoefte naar een verzorgingsbehoefte afdeling, waar de zorg veel meer wordt overgenomen en waar minder van hen wordt gevraagd. De bewoners hoeven dan niet meer zo op hun tenen te lopen om het niveau te halen waarop de andere bewoners functioneren en ze worden ook niet meer door medebewoners op hun gebreken aangesproken. Als bewoners beseffen dat ze steeds minder zelf kunnen, kan dat een enorme teleurstelling veroorzaken en dat proberen verzorgenden te voorkomen:

'Wat wij wel in de gaten houden is dat je mensen niet voortdurend confronteert met wat ze niet meer kunnen. Dus als iemand zich moet gaan wassen en hij pakt niet zelf het washandje, dan geef je dat. Maar als iemand dan vervolgens de tegels of de spiegel gaat poetsen in plaats van zijn gezicht, dan neem je dat over. We stimuleren wel ADL, maar als het besef er is dat het niet meer lukt, dan worden mensen erg verdrietig en bemerk je ook een achteruitgang.'

(Afdelingshoofd begeleidingsbehoefte afd., 23 oktober 1991)

In de positie die de teamleden innemen ten opzichte van de arts, komt naar voren dat ze voorzichtig willen zijn bij stellen van eisen aan bewoners. In één team vertelden de verzorgenden dat ze regelmatig discussies voerden met de betreffende afdelingsarts, omdat zij er soms van overtuigd waren dat het stellen van de juiste diagnose of de start van een behandeling voor de patiënt geen zin meer had. De teamleden voelden een grote verantwoordelijkheid om hun mening aan de arts voor te leggen en hadden er behoefte aan met hem te overleggen over de te nemen beslissingen. Vanuit het belang van de patiënt wilden zij een zinloze belasting op welke manier dan ook vermijden:

'Het insturen van bewoners naar het ziekenhuis moet je altijd wel goed afwegen. Daar behandelen ze een kwaal en niet een mens. Als mensen uit het ziekenhuis komen zijn ze geestelijk achteruitgegaan, hebben ze decubitus, etcetera. Dus als je een diagnose wilt laten stellen en je krijgt terug dat het een carcinoom is met metastasen, dan is dat voor jezelf wel bevredigend, zo van ik had gelijk. Maar dat kon je ook voelen en zien en met de

diagnose wordt meestal niets meer gedaan. Meestal is het niet goed voor de bewoner, gezien de pijn van de onderzoeken en decubitus.’
(Afdelingshoofd begeleidingsbehoefte afd., 23 oktober 1991)

Ook als de teamleden over hun eigen handelen spreken, doen ze dat niet zo snel in termen van verbetering of ‘therapie’, maar eerder in termen van zorg of aandacht: ‘Als iemand van Bach houdt en je draait muziek met hem, is dat geen therapie, dat is muziek luisteren en aandacht geven.’

Het is deel van de acceptatiestrategie dat verzorgenden wensen van bewoners zoveel mogelijk respecteren, ook al komen die niet altijd met hun eigen inzichten overeen. Teamleden besluiten niet snel om tegen de wil van de bewoner in te handelen, zelfs niet bij de basiszorg, waar ze zich uitermate verantwoordelijk voor voelen. Tijdens de observaties werd waargenomen dat een bewoner die in een gevorderd stadium van dementie verkeerde, bij het eten zijn mond krampachtig dichtield. De verzorgenden dwongen hem niet om te eten, omdat ze dit interpreteerden als een duidelijke wilsuiting van de bewoner om ‘het leven op te geven’. Om die reden drongen ze ook zelden bij de arts aan om bewoners sondevoeding te geven.

De resultaten die verzorgenden met een aanpassingstactiek nastreven, hebben een drietal kenmerken. Op de eerste plaats gaat het vaak om *kleine veranderingen* of verbeteringen in de gezondheidssituatie of het welbevinden van de bewoner. Bijvoorbeeld als een bedroefde bewoner door hen is opgevrolijkt of als een bewoner die zich vaak afzondert, plezierig reageert op een groepsactiviteit. Voor verzorgenden blijken het juist deze kleine dingen te zijn, die hun veel voldoening geven en waardoor hun werk betekenis krijgt:

‘Het zijn vaak kleine dingen ... Bijvoorbeeld pasgeleden met de Hollandse dag, toen lokte je echt reacties uit. Meneer S. die toen een konijn op schoot had en even glimlachte, dan is voor ons die dag al geslaagd. Of mensen die een rijsttafel eten en het nog lekker vinden ook. Dan hebben ze een leuke avond gehad.’

(Afdelingshoofd ongedif. afd., 6 november 1991)

Op de tweede plaats realiseren verzorgenden zich dat er tegenover de kleine veranderingen, *grote inspanningen* kunnen staan. Zelfs kleine verbeteringen vereisen zowel van de bewoner als van de zorgverleners vaak een behoorlijke inspanning en veel tijd. Van beiden wordt inzet, motivatie en doorzettingsvermogen gevraagd:

‘Om als fysiotherapeut in het verpleeghuis werkzaam te kunnen zijn moet je een reëel verwachtingsniveau hebben. Het zijn blijvers over het algemeen, dus je moet het niet voelen als falen als mensen minder snel resultaten bereiken of naar huis gaan. Je moet ook niet denken dat doe ik wel even, want dat is een te gemakkelijke opvatting. (...) Dat is ook inherent

aan de verpleeghuissfeer: je bouwt een band op voor langere tijd, want je weet dat iemand lang blijft. Je werkt samen naar een situatie toe.'

(Fysiotherapeut som-vph, 9 mei 1990)

Op de derde plaats neigen verzorgenden ernaar om op den duur meer *waarde* te gaan *hechten aan het proces* en niet alleen te letten op het resultaat dat uiteindelijk wordt bereikt. Het moment dat bewoners zich inspannen en ergens mee bezig zijn, wordt vanuit hun visie belangrijker in verhouding tot het effect van de inspanning. Er is aanvaarding van het feit dat bewoners niet meer zullen genezen en dat het streven is gericht op het bereiken van tevredenheid en het zich gelukkig voelen:

'Er zijn weinig lichtpuntjes, die moet je vinden in het aardig zijn tegen mensen en in de verzorging. Kijk, bij de psychiatrie kon je mensen nog genezen of ze gingen van een gesloten afdeling naar een lichtere afdeling, of van een lichtere afdeling naar een gezinsvervangend tehuis. Hier, genezen kan je ze niet. Het geeft mezelf een prettig gevoel als de mensen er netjes uitzien, net als je eigen moeder hier zou zijn. Of als ze non-verbaal aangeven tevreden te zijn. Meer is er niet haalbaar. Het is belangrijk dat ze zich op dit niveau gelukkig voelen.'

(Afdelingshoofd verzorgingsbehoefte afd., 18 november 1991)

Als verzorgenden leren om de kleine veranderingen te waarderen kunnen ze daar veel voldoening uit putten. Veelvuldig gaven ze aan door kleine verbeteringen of tekenen van dank en herkenning van bewoners gemotiveerd te worden en de zin van hun werk in te zien. Natuurlijk zijn ook teams met een aanpassingstactiek verheugd over het ontslag van een bewoner naar een verzorgingstehuis of over een geslaagde revalidatie. Ook voor hen zijn dit lichtpuntjes in het werk, die zorgen voor vreugde, dankbaarheid en de nodige variatie. Maar zij verstaan bovendien de kunst om voldoening te ontleen aan de 'kleine' prestaties. Zij combineren, zoals een geïnterviewde verzorgende zegt, optimisme met relativering:

'Je doet wat in je vermogen ligt om een bepaald resultaat te bereiken. Je hebt ook mensen die gewoon sneller aftakelen en die horen op deze groep [reactivering] niet thuis, want die houden de ontwikkeling ook tegen. Er zijn wel mensen van deze groep naar de verzorging gegaan die daar prima functioneren. Ook dat moet je inzien. Je moet wel een beetje nuchter blijven, of het ideaal dat je nastreeft haalbaar is. Je probeert het in ieder geval. Maar je werkt met mensen en je weet niet precies hoe die ander zich verder ontwikkelt.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende reactivering/begeleidingsbehoefte afd., 2 juni 1992)

Tolerantie van afwijkend gedrag

Deel van de acceptatiestrategie is dat verzorgenden tolerant omgaan met de afwijk-

kende gedragingen van bewoners.² Verzorgenden stellen bewoners niet verantwoordelijk voor hun gedrag, omdat ze het toeschrijven aan de voortschrijdende ziekten die het psychisch vermogen van bewoners aantasten. Verzorgenden proberen begrip op te brengen voor het gedrag, omdat bewoners zelf niet weten wat ze doen en er zelf geen grip op hebben:

'Er zijn mannen die bijvoorbeeld tegen de muur plassen of in de vensterbank. Dan zou je kunnen denken: getver, weer die vent. Maar als je iemand kent dan krijg je daar meer begrip voor. Wat zou jij doen als je moet plassen, maar je weet niet waar je bent, wie je bent, waar de wc is? dan doe je het toch in de vensterbank of tegen de muur?'

(Afdelingshoofd begeleidingsbehoefte afd., 23 oktober 1991)

Niet alleen hebben verzorgenden er begrip voor, ze tolereren het ook zolang de bewoner zichzelf niet schaadt en het niet te storend wordt voor de medebewoners. De bewoners worden zo min mogelijk gecorrigeerd, omdat verzorgenden met verzet tegen bepaalde gedragingen menen dat ze de bewoners geen recht doen en omdat het dikwijls niet helpt:

'Wij zijn zo min mogelijk corrigerend. Als mensen mopperen respecteren we dat. Er is een vrouw die telkens haar broek naar beneden doet, dat gaat te ver en daar doen we wel wat aan. Dat is vervelend voor de vrouw zelf, een beetje decorum. En ook voor buitenstaanders, voor bezoekers. (...) Je kunt iemand wegsturen, maar vijf minuten later staan ze er weer, want dat begrijpen ze niet. Mensen komen bijvoorbeeld bij de overdracht zitten, dan laten we ze gewoon, want wegsturen heeft geen zin.'

(Afdelingshoofd verzorgingsbehoefte afd., 18 november 1991)

Begrip en tolerantie komen ook in de afdelingsregels en gewoonten tot uitdrukking. De gewone regels en normen voor volwassen gedrag, moeten plaatsmaken voor regels en normen die passen bij de situatie waarin de verpleeghuisbewoners zich bevinden. Het team neemt daarbij de groep bewoners op de afdeling als uitgangspunt en belangrijkste referentiegroep. Dat bleek bijvoorbeeld uit de wijze waarop een onderzocht team met privacy omging. Gewoonlijk zouden mensen uit het oogpunt van privacy apart gewassen willen worden, maar op een begeleidingsbehoefte afdeling waar dit door de bewoners geenszins gewoon werd gevonden, pasten de teamleden zich aan:

'Wij wassen meestal twee mensen tegelijk voor de wasbak. Met separatiegordijnen voelen ze zich opgesloten en ze vinden het fijn met z'n tweeën.'

2 Gedrag dat afwijkt van het 'normale' doet zich het meest voor op psychogeriatrische afdelingen en dubbelzorg-afdelingen, vandaar dat de meeste voorbeelden in deze paragraaf over bewoners op die afdelingen gaan.

Ze helpen elkaar ook en zeggen ook weleens van: "Ben ik de laatste? Moet ik alleen?" Mensen verliezen natuurlijk een deel van hun waarden, van hun decorum.'

(Afdelingshoofd begeleidingsbehoefte afd., 23 oktober 1991)

Duidelijk is dat de personeelsleden niet vasthielden aan de gebruikelijke betekenis van privacy, maar het begrip een inhoud gaven die bij de beleving van de bewoners aansloot. Privacy tussen de bewoners en de verzorgenden onderling werd van minder belang, terwijl men er wel voor zorgde dat de bewoners tegen de blikken waren beschermd van mensen die niet direct op de afdeling hoorden.

Verzorgenden die een tolerantietactiek gebruiken, moeten veel uitleg geven aan anderen over hun keuzen. Familieleden bijvoorbeeld oordelen soms dat verzorgenden tekort schieten, omdat ze in hun ogen te weinig doen om het dementeringsproces tegen te houden, het gedrag te veranderen of te corrigeren. De verzorgenden moeten veel aandacht besteden aan deze meningen en met hen van gedachten wisselen over hun standpunt ten aanzien van de verzorging. Ze realiseren zich dat ze in veel gevallen keuzen maken voor anderen en dat ze daar heel zorgvuldig mee om moeten gaan.

7.3.6 Dosering van betrokkenheid bij de zorg

Verzorgenden met een doseringsstrategie zijn betrokken op de situatie waarin bewoners zich bevinden, maar bewaken tegelijkertijd hun eigen emotionele grenzen. Tijdens de verzorging oriënteren ze zich in de eerste plaats op de bewoner: ze leven zich in, ze houden zich bewust bezig met de bewoner en tonen begrip voor zijn persoonlijke situatie. Deze werkwijze brengt met zich mee dat verzorgenden met allerlei gevoelens te maken krijgen, zowel van de bewoner, zijn familie als van zichzelf en omdat het omgaan met deze gevoelens veel van hen vraagt, zullen ze hun inleving als het ware moeten doseren. Zo nu en dan moeten ze bewust afstandnemen van hun werk, zodat het evenwicht tussen distantie en betrokkenheid gehandhaafd blijft. Dat stelt hen in staat om tijdens moeilijke situaties, zoals bij het overlijden van een bewoner, te blijven handelen, de laatste zorg te verlenen en familie of collega's op te vangen.

In hun omgang met het spanningsveld tussen distantie en betrokkenheid kiezen deze teams ervoor om zich te involveren, maar op een zodanige manier gedoseerd dat ze de gevoelens waarmee ze worden geconfronteerd kunnen beheersen. Verzorgenden die deze strategie hanteren gaan contacten, activiteiten en gebeurtenissen die de binding met bewoners versterken, niet uit de weg, maar ontwikkelen manieren om om te gaan met de gevoelens die door de contacten worden opgeroepen. Lijnrecht tegenover deze strategie staat de vermijdingsstrategie, waarbij de teamleden de (persoonlijke) contacten met de bewoners zoveel mogelijk ontwijken (zie § 7.3.3).

Menzies (1960) pleitte er in feite voor dat verpleegkundigen zouden leren om de gebeurtenissen op de afdelingen onder ogen te zien en om er effectief mee om te gaan:

‘Notably, these other methods include the ability to confront the anxiety-situations (...) and to work them over, to approach and tolerate psychic and objective reality, to differentiate between them and to perform constructive and objectively successful activities in relation to them.’ (Menzies 1960, p. 109)

Verzorgenden die de gevoelens van angst, onrust en onzekerheid leren te tolereren, ondervinden volgens Menzies meer voldoening van hun werk. Zoals de voldoening van het oprecht kunnen ondersteunen van patiënten, het gevoel meer toegerust te zijn om de taken te doen en verantwoordelijkheid te durven dragen, een taakverdeling die leidt tot meer tevredenheid en meer openheid tussen collega’s (ibid, pp. 110-113).

Eén van de manieren van verzorgenden om met het spanningsveld tussen distantie en betrokkenheid om te gaan is al behandeld in § 7.3.4, namelijk de openheid en ondersteuning van collega’s bij emotioneel problematische situaties. In deze paragraaf komen twee andere tactieken naar voren:

- rationaliseren van de zorg;
- thuis afstand nemen van het werk.

Rationalisering van de zorg

Teams die een doseringsstrategie hanteren, zijn constant bezig het evenwicht te zoeken tussen inleving in de situatie van de bewoners en afstand houden om zichzelf te beschermen. (‘Aan de ene kant leef je wel erg mee, maar aan de andere kant moet je het wel van je af kunnen zetten.’) Voor alle bewoners in het verpleeghuis geldt dat ze, of ze nu lang of kort verblijven, uiteindelijk naar huis zullen gaan, worden overgeplaatst of zullen sterven. Voor verzorgenden betekent dat, dat ze meevoelen met persoonlijk leed en zich hechten aan bewoners, maar dat ze ook weer afscheid zullen moeten nemen van bewoners.

Een manier van verzorgenden met een doseringsstrategie om gebeurtenissen in het verpleeghuis waar ze het gevoelsmatig moeilijk mee hebben te hanteren, is om de situatie verstandelijk te benaderen, door te rationaliseren. Als op een reactiveringsafdeling blijkt dat een bewoner toch in het verzorgingstehuis of het eigen huis, beredeneren ze dat door duidelijk te maken dat ze zich erg veel inspanningen hebben getroost, maar dat het gewoon niet gaat. Een overlijden rationaliseren ze door te wijzen op de hoge leeftijd, het zinloze lijden en de wens van de bewoner om te mogen sterven:

‘Dan denk ik weleens: ach god, moet dat mensie nog lijden? Vaak liggen ze hier als ze terminaal zijn met hele diepe wonden en het maximaal aan medicijnen en dan blijven ze toch nog leven. Dan denk je zou het hart er maar eens een keertje mee uitscheiden, dan zou je ze weleens een duwtje willen geven. Je ziet hier soms mensen liggen en dan vind je het gewoon hartstikke zielig dat ze hier zo moeten lijden. En dan misschien niet eens

qua pijn, maar psychisch eigenlijk, want ze weten heel goed dat ze terminaal zijn natuurlijk.'

(Teamleider ongedif. afd., 10 april 1992)

Rationaliseren wordt door Hutchinson (1986, pp. 199-201) beschreven als een middel om gemakkelijker afscheid te kunnen nemen. De auteur onderzocht de strategieën van verpleegkundigen op een intensive-care unit voor te vroeg geboren baby's in een Amerikaans ziekenhuis. Om het dikwijls als zeer emotioneel beleefde sterven van een baby aan te kunnen, probeerden de verpleegkundigen om er op een verstandelijke en logische wijze naar te kijken. ('We did everything we could but the baby still died.') Ze rechtvaardigden de soms pijnlijke ingrepen door te wijzen op de noodzaak daarvan voor het overleven van de baby en accepteerden menselijke en technische fouten en beperkingen.

Verzorgenden die rationaliseren, kunnen op kritieke momenten hun emoties meestal in de hand houden en laten zich niet op een willekeurig moment dóór gevoelens overmannen. Ze hebben daar greep op en dat stelt hen in staat om in moeilijke situaties professioneel op te treden en te doen wat ze moeten doen. Daarna besteden ze bewust tijd aan de gevoelens die het heeft opgeroepen:

'Er overlijden hier veel mensen. Je moet dan niet verharden want het blijft moeilijk, maar ik kan dan wel het knopje zakelijk aanzetten: bewoner de laatste zorg geven, wegbrengen, de familie opvangen tot ze weg zijn, opvangen van emotionele collega's. Dat is een taak die behoort bij mijn functie en ik mag niet helemaal de kluts kwijtraken. Maar daarna ben ik aan de beurt: dan moet ik even zitten of praten.'

(Waarnemend afdelingshoofd verplegingsbehoefte afd., 25 oktober 1991)

Het technisch handelen kan voor verzorgenden net als de rationalisaties, een middel zijn om zin aan hun werk te verlenen en hun gevoelens tijdelijk te onderdrukken. Dit helpt hen om de polen distantie en betrokkenheid in balans te houden.

Rationalisering betekent niet dat verzorgenden verharden, kenmerkend voor verzorgenden in een team met een doseringsstrategie is juist, dat ze aangeven niet te 'wennen' aan sterfgevallen of situaties waarin bewoners lange tijd kwijnen. Ook na vele jaren werkervaring willen ze niet verharden:

'Want ze zeggen weleens, als je zolang in het vak zit, net zo als met een overledene afleggen: "Joh, daar raak je gehard in." Dat is pure kolder natuurlijk, vooral hier. Je werkt hier al een poos en vooral met chronische zieken, daar hecht je toch wel aan. Natuurlijk vind je dat rot om zo iemand terminaal te zien en zo iemand af te leggen, daar wen je nooit aan. Echt niet.'

(Teamleider ongedif. afd., 10 april 1992)

Wennen en verharderen associëren ze met verzorgenden die nergens meer verbaasd van staan en met afstomping. Ze willen met gevoel blijven handelen en het bijzondere en persoonlijke van iedere afzonderlijke bewoner blijven zien. Liever spreken ze van 'erover heengroeien', waarmee ze bedoelen dat ze niet meer zo schrikken van een overlijden als de eerste keren, het beter kunnen hanteren, maar dat ze er ook niet onverschillig tegenover staan:

'Erover heengroeien is dat je toch iets durft en af kan maken, wat je toch een tevreden gevoel geeft. Terwijl wennen, je moet niet alles zo vanzelfsprekend zien. Alles is anders.'

(Teamleider ongedif. afd., 10 april 1992)

Dit evenwicht blijkt ook uit de contacten die ze aangaan met bewoners en waarin ze enerzijds betrokkenheid tonen en anderzijds afstand kunnen nemen. Ze proberen de relatie met bewoners actief te sturen. Enerzijds kunnen ze zich openstellen voor intensieve contacten met bewoners door over hun privé-leven te vertellen. Daarmee stellen ze bewoners in de gelegenheid om ook over zichzelf te vertellen:

'Als mensen echt willen praten over dingen. Bijvoorbeeld meneer van S. die vertelde ik dat ik in ondertrouw was gegaan. Toen vertelde hij eerst dat hij dat nooit meer zou doen, trouwen. En dan komt het hé, zijn vrouw is bij hem weggegaan toen hij ziek werd. Hij wil heel graag door mij worden geholpen en als dat kan doe ik dat ook wel.'

(Teamleider ongedif. afd., 13 november 1991)

Door zulke gesprekken neemt de betrokkenheid tot de bewoners toe en kunnen ze bouwen aan een wederzijdse band en aan continuïteit in de relatie:

'Als je de achtergronden van iemand weet, bijvoorbeeld iemand is altijd vrij nerveus en dan probeer je eens met zo iemand te praten van: "Hoe voelt u zich nu en hoe komt dat nou dat u zich zo voelt?" Dan vertellen ze weleens wat, niet gelijk natuurlijk, over hun gevoelens. En als je elke dag een praatje maakt met zo iemand en je vertelt eens wat over jezelf, iets leuks wat je hebt meegemaakt, dan krijg je toch een beetje een band met zo iemand. Dat iemand zegt van: "Goh, wat leuk dat je weer werkt vandaag."'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende ongedif. afd., 8 april 1992)

Anderzijds betekent een actieve sturing van de relatie met bewoners dat ze anticiperen op een overlijden en afstandnemen van iemand. Zij bepalen zelf het moment waarop ze afscheid moeten nemen van een bewoner, zodat ze daar niet door verrast worden, al kan dat natuurlijk niet bij een plotseling en onverwacht overlijden:

'Bij terminale bewoners moet je die band afbreken. Jij verbreekt die band. Er zijn er best die me nauw aan het hart gaan. Kijk het is voor mij nooit een opluchting, want er komt weer een ander die je moet verzorgen, maar voor de mensen is het soms wel een opluchting. Soms is het beter voor ze, bijvoorbeeld als ze heel kunstmatig in leven worden gehouden of als ze zelf dood willen. Dan zeggen ze: "Laat me maar gaan." '

(Gediplomeerd ziekenverzorgende ongedif. afd., 9 oktober 1991)

Thuis afstandnemen van het werk

Het kost verzorgenden veel inspanning en energie om intensief mee te leven met bewoners als er vreugdevolle of droeve gebeurtenissen plaatsvinden op de afdeling. Ze geven dan ook aan dat ze de tactiek toepassen om thuis het werk van zich af te zetten. Als ze vrij zijn willen ze eigenlijk niet meer met hun werk bezig zijn en willen ze zich ervan losmaken. Die tijd hebben ze nodig om tot rust te komen en weer energie op te doen. Daarbij zijn ze zich ervan bewust dat het werk zo belastend en tijdrovend kan worden, dat ze geen eigen leven meer hebben:

'Mensen komen hier in de laatste fase van hun leven. Als je daar steeds aan blijft denken, ga je er zelf aan kapot. Dus als je hier weggaat, moet je dat van je afzetten. Je hebt natuurlijk je emoties, maar je moet dat niet jezelf teveel aantrekken. Dat leer je en het gaat wel makkelijker. Je moet er niet te lang bij stil blijven staan, anders word je overspannen.'

(Leerling-ziekenverzorgende verzorgingsbehoefte afd., 12 mei 1992)

Afstandnemen betekent voor de geïnterviewde verzorgenden vooral dat ze een scheiding aanbrengen tussen wat bij hun werk hoort en wat bij hun privé-leven hoort. Als ze meer ervaring krijgen, leren ze om in hun vrije tijd niet meer met hun werk bezig te zijn. De tijd voor henzelf en de tijd 'voor de baas' wordt meer en meer gescheiden:

'Ik vind je moet niet met je werk naar huis gaan. Je bent hier acht uur per dag, je gaat naar huis, de deur gaat achter je dicht en jij gaat naar huis je ontspannen, je leven gaat verder en je hebt weer andere leuke dingen te doen. En de volgende ochtend zeg je: "Ik ga weer naar mijn baas." En zo probeer je dat te scheiden je werk en je privé, niet teveel met je werk bezig te zijn.'

(Teamleider dubbelzorg afd., 27 april 1992)

Het lukt verzorgenden niet altijd om het werk van zich af te zetten. Bij ernstige en gecompliceerde zaken hebben ze eerder de neiging om te blijven piekeren, dan bij afgehandelde zaken die ze naar tevredenheid hebben opgelost:

'Mensen die heel slecht liggen, heb je ze wel goed verzorgd? hoe zal het gaan en aflopen? daar blijf je constant aan denken. Mensen die met een

probleem naar je toegekomen zijn en wat je wel hebt aangehoord, maar waar je weinig mee kan doen. Dus hoe ga je dat aanpakken, wie ga je daarvoor inschakelen? Dat zit je thuis allemaal te plannen, want je blijft er toch aan terugdenken.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende reactivering/opname afd., 26 mei 1992)

De mogelijkheid om afstand te nemen van het werk houdt verband met het idee van de verzorgenden of ze hun werk goed hebben kunnen doen. Als ze vinden dat ze niet alles hebben kunnen afronden en thuis lichamelijk erg vermoeid zijn, wordt het veel moeilijker om te ontspannen:

'Dat je niet meer aan jezelf toekomt, want als je constant in dat ritme zit van die zware belasting dan kom je thuis, je zit op de bank en alles gaat nog langs je heen en aan je eigen sociale leven kom je niet meer toe. Je blijft constant in een cirkeltje zitten van dat verpleeghuis. Dan ga je het mee naar huis nemen, omdat je het cirkeltje niet meer kan doorbreken. Die scheiding is beslist noodzakelijk dat je ertussen uitgaat met vrije dagen en alles van je afzetten.'

(Gediplomeerd ziekenverzorgende reactivering/opname afd., 26 mei 1992)

Een scheiding aanbrengen tussen het werk en het eigen leven, wordt eenvoudiger als er thuis anderen zijn (gezin, kinderen) die de aandacht opvragen. Afleiding in de thuissituatie zorgt ervoor dat het werk naar de achtergrond verdwijnt. Als dat er niet is blijft de verzorgende er langer over nadenken ('Als ik afleiding zou hebben, zou het wel kunnen, maar ik kom in een leeg huis').

Het relativeringsvermogen van verzorgenden helpt hen om thuis afstand te kunnen nemen. Als ze ervan uitgaan dat ze niet de enigen zijn die goed voor de bewoners kunnen en willen zorgen en dat hun collega's het van hen zullen overnemen, dan hebben ze er minder moeite mee om het werk achter zich te laten. Dat vertrouwen in collega's kunnen ze zelf vergroten door voor hun vertrek goed over te dragen en afspraken te maken.

7.4 Samenvatting en interpretatie van de resultaten: het Marta- en het Maria-perspectief

In dit hoofdstuk is de derde fase van het onderzoeksmodel behandeld: de analyse van de strategieën die verzorgenden gebruiken om de problemen op te lossen, die ze ervaren bij het realiseren van kwaliteit van zorg. Tevens is aandacht besteed aan de manier waarop leerling-ziekenverzorgenden zich die oplossingen eigen maken. De socialisatie is enerzijds overdacht als een sociaal gestuurd proces, anderzijds is zij opgevat als de ontwikkeling van een individu.

De ontwikkeling van het perspectief van leerlingen tijdens de opleidingsperiode, is beschreven aan de hand van drie fasen. In het beginnersperspectief van de leerlingen overheersen de idealistische noties van het beroep en staat het 'contact hebben met de mensen' voorop. In het tussentijds perspectief wordt door de leerlingen vooral de druk gevoeld om het werktempo op te voeren, waardoor de spanning tussen hun verwachtingen, de theorie die op school is geleerd en de dagelijkse praktijk toeneemt. Het eindperspectief bestaat vooral uit de aanpassing van de leerling aan de werkwijzen van de teamleden. Aanpassing aan de gebruikelijke wijzen van denken en handelen is voor leerlingen een manier om de onzekerheid te reduceren, die voortvloeit uit de spanning tussen de verschillende eisen die aan hen worden gesteld.

De kern van het socialisatieproces is dat de nieuwelingen zich de denkwijzen en gedragingen eigenmaken van de vaste staf waar ze deel van uit zullen maken. Op die manier blijven de gewoonten en gebruiken in stand, die voor de stafleden vanzelfsprekend zijn en door de meerderheid worden gedeeld. Als leerlingen zich in de loop van hun opleiding onvoldoende aanpassen aan de omgangsregels in het team, vertrekken ze in de meeste gevallen naar een andere afdeling of een ander verpleeghuis of ze maken hun opleiding niet af. Anders denken en werken dan de collega's lijkt slechts voorbehouden aan zeer weinig verzorgenden, die dat op de lange termijn ook niet volhouden, zo bleek uit de bevindingen.

Er zijn in het hoofdstuk zes strategieën beschreven die verzorgenden gewoonlijk gebruiken om de problemen op te lossen, namelijk:

- 1 uniformering van de verzorging;
- 2 normalisatie van het dagelijks leven;
- 3 vermijding van communicatie met bewoners;
- 4 overleg over prioriteiten in de zorg;
- 5 acceptatie van beperkingen van bewoners;
- 6 dosering van betrokkenheid bij de zorg.

De strategieën zullen hieronder kort worden samengevat. Allereerst is de *uniformeringsstrategie* behandeld. Teams die deze oplossing hanteren voor het probleem van de werkdruk, trachten de doelmatigheid van de technische of instrumentele werkzaamheden te verhogen door standaardisatie van hun werk en door een vergaande taakverdeling tussen de teamleden. Om ervoor te zorgen dat ieder zich conformeert aan de gebruiken in het team, is de controle tussen de teamleden groot. De teamleden verwachten van elkaar dat ze collegiaal zijn, waarmee wordt bedoeld dat ze hard en met een hoog tempo werken en dat emoties zoveel mogelijk worden beheerst.

Daarna is de *normalisatiestrategie* aan de orde geweest, waarmee wordt bedoeld op de inspanningen van verzorgenden het dagelijks leven van bewoners zo normaal mogelijk te laten verlopen. Om de onzekerheid te hanteren die zich in de contacten met de bewoners voordoet, richten verzorgenden zich op de 'normale' omgangsregels, die ze zien vertegenwoordigd door de voor hen belangrijke referentiegroep van de regelmatige bezoekers. De tactieken die deel uitmaken van de normalisatiestrategie zijn de minimalisering van de problemen van bewoners en het verbergen van gebreken en beperkingen.

Teams kunnen de *vermijdingsstrategie* hanteren om met het spanningsveld tussen distantie en betrokkenheid om te gaan. Verzorgenden kunnen op strategische wijze communicatie met bewoners vermijden, door het aantal contacten met hen te verminderen, bijvoorbeeld door de voorkeur te geven aan werkzaamheden waarbij geen direct contact met de bewoners nodig is. Ze kunnen ook gesprekken met bewoners zo sturen dat slechts over bepaalde 'veilige' onderwerpen wordt gepraat. Door deze tactieken ontwijken ze relaties, situaties, gebeurtenissen en activiteiten die gevoelens bij hen kunnen oproepen van angst, pijn of onrust.

De *overlegstrategie* bestaat eruit dat teamleden prioriteiten stellen tussen de verschillende werkzaamheden door gezamenlijk te overleggen. Dit is een manier om het probleem van het nooit eindigende werk te verkleinen. Door de veelvuldige besprekingen over werkwijzen, afspraken en taakverdeling, houden ze de zorgverlening enigszins flexibel en zijn ze in staat tegemoet te komen aan de zorg die de bewoners in hun ogen het meest nodig hebben. Voorwaarde voor deze overlegstrategie is dat ieder teamlid zijn verantwoordelijkheid kent om actief in het team te participeren en open voor zijn mening en opvattingen durft uit te komen.

De kern van de *acceptatiestrategie* bestaat uit de aanpassing van de verzorging aan het niveau van de bewoners en uit de tolerantie van door verzorgenden als afwijkend ervaren gedrag. Teams die een acceptatiestrategie hanteren, erkennen dat de ziekten waaraan bewoners lijden ingrijpende gevolgen hebben voor het dagelijks leven en voor de contacten met hen. Om met de onzekerheid waarmee dit gepaard gaat om te gaan, stellen ze hun verwachtingen over het functioneren van de bewoners bij en richten zij zich op maatstaven die volgens hen voor de bewoners zinvol en haalbaar zijn.

De *doseringsstrategie* tenslotte vormt een oplossing voor het probleem van de spanning tussen distantie en betrokkenheid. De kern van de strategie is dat verzorgenden het evenwicht proberen te bewaren tussen enerzijds de betrokkenheid op hun werk en de bewoners en anderzijds het afstand nemen van hun werk met het doel tot rust te komen. Ze doseren de mate waarin ze zich inleven in de problemen van bewoners en waarin ze steun bieden, om hun gevoelens te kunnen blijven hanteren. Rationalisaties, de uitvoering van noodzakelijke technische handelingen en het afstand nemen thuis, zijn hulpmiddelen bij het zoeken en behouden van het evenwicht.

Verzorgenden beschouwen de hiervoor genoemde strategieën als oplossingen voor de problemen waar ze mee kampen. De uniformerings- en de overlegstrategie worden gebruikt om het probleem van de opgave van het nooit eindigende werk te hanteren. Beide strategieën zijn ook bedoeld om de spanning tussen distantie en betrokkenheid te reduceren, omdat ze effect hebben op de relatie met de bewoners. Deze strategieën worden dus door verzorgenden gebruikt om verschillende (deel)problemen te hanteren. De normalisatie- en de acceptatiestrategie zijn relevant als het gaat om het hanteren van de onzekerheid en onwennigheid in de omgang tussen bewoners en verzorgenden. De vermijdings- en doseringsstrategie tot slot, hebben betrekking op het aantal en de aard van de contacten tussen bewoners en verzorgenden en dienen beide, zij het op een geheel an-

dere manier, om de spanning tussen betrokkenheid en distantie voor verzorgenden hanteerbaar te maken.

De problematische situaties waar de verzorgenden mee worden geconfronteerd in het verpleeghuis, zijn zeer complex en niet eenvoudig op te lossen. Een strategie kan weliswaar voor het ene probleem een min of meer bevredigende oplossing bieden, maar kan andere problemen oproepen. De uniformeringsstrategie bijvoorbeeld, die gericht is op het verminderen van de werkdruk, draagt het nadeel in zich problemen op te roepen, die te maken hebben met het ervaren van gebrek aan vrijheid en persoonlijke inbreng van verzorgenden. De vermijdingsstrategie vormt een redelijk effectieve oplossing voor belastende emotionele contacten met bewoners, maar vermindert tegelijkertijd de voldoening die het verzorgenden geeft meer betrokken persoonlijke relaties met bewoners aan te gaan en hen emotioneel te steunen. De overlegstrategie, als derde voorbeeld, kan het probleem van prioriteitenstelling verminderen, maar bemoeilijkt het nemen van gezamenlijke beslissingen en maakt het bereiken van consensus erg tijdrovend.

De gevonden verschillen tussen de strategieën vragen om een verdere analyse en interpretatie, die de variatie in de onderzoeksbevindingen begrijpelijk maakt. Nadere analyse leerde dat de strategieën konden worden verdeeld in twee groepen. De uniformerings-, de normalisatie- en de vermijdingsstrategie zijn gericht op de doelmatigheid waarmee het dagelijkse werk kan worden uitgevoerd en op het behouden van afstand tussen verzorgenden en bewoners. Het tegengestelde is het geval bij de overleg-, de acceptatie- en de doseringsstrategie, die aangewend worden om persoonlijke zorg te bewerkstelligen en gericht zijn op betrokkenheid van verzorgenden. Het uitgangspunt voor deze tweedeling is te vinden in het eerder beschreven spanningsveld tussen enerzijds de institutionele efficiëntie en de nadruk op zelfbescherming en anderzijds de realisering van humane (bewonergerichte) verzorging en betrokkenheid van hulpverleners (hoofdstuk 6).

Dit onderscheid kan worden verduidelijkt door het te interpreteren vanuit het perspectief van verzorgenden. Er wordt gebruik gemaakt van twee typen perspectieven van verzorgenden, die kunnen worden aangeduid als het *Marta-perspectief* en het *Maria-perspectief*. Hiermee wordt gedoeld op het bijbelse verhaal in het evangelie van Lucas 10 vers 38-42, waar wordt beschreven hoe aan het eind van een reis, Jezus en zijn discipelen een bezoek brengen aan het huis van de zusters Maria en Marta. De zusters moeten een keuze maken tussen enerzijds de gasten van eten en drinken voorzien of anderzijds blijven luisteren naar hun verhalen. Marta kiest voor het eerste en gaat haar gasten bedienen, terwijl Maria haar gasten gezelschap houdt. Eigenlijk is Marta zeer ontevreden over Maria die haar alleen laat zwoegen en ze beklagt zich bij Jezus over haar gedrag. Daarmee beoogt ze dat Jezus Maria zal sommeren haar te helpen met het werk in de keuken, maar hij antwoordt haar: 'Marta, Marta, gij maakt u bezorgd en druk over vele dingen, maar weinige zijn nodig of slechts één (...).'

Geredeneerd vanuit de spanningsverhouding waarin verzorgenden in het verpleeghuis zich bevinden, zullen teams van verzorgenden met een Marta-perspectief zich oriënteren op de doelmatigheid waarmee ze hun werk doen en op zelfbescherming. Zij bouwen in hun werk afstand in, die ze vereist vinden om een snelle

en beheerste uitvoering van het instrumentele werk niet in gevaar te laten komen. In hun opvatting is de kern van hun werk, het technisch en op resultaatgericht handelen, dat zich kenmerkt door controleerbaarheid en routines. Verzorgenden controleren elkaar op de hoeveelheid werk die ze verrichten en op de snelheid waarmee ze hun werk uitvoeren. Zij geven vanuit het oogpunt van doelmatigheid, de voorkeur aan standaardisatie van taken en aan een vergaande taakverdeling, waardoor ze elk een fragment van de totale zorg voor een bewoner uitvoeren. Dit heeft een uniforme behandeling van de bewoners tot gevolg, wat er tevens aan bijdraagt dat persoonlijke contacten met bewoners worden vermeden. Dit vergemakkelijkt het afstand nemen van het werk en draagt bij aan beheersing van emoties. Voor de omgang met bewoners hanteren zij bij voorkeur de 'normale' maatstaven, die ze vertegenwoordigd zien door bezoekers en familieleden.

Teams van verzorgenden met een Maria-perspectief oriënteren zich op de andere pool van het spanningsveld: bewonergerichte zorg en persoonlijke betrokkenheid. Zij prefereren verzorging en verpleging die recht doet aan de persoonlijke verschillen tussen bewoners en proberen hun taakstelling daarop af te stemmen. Teamleden vinden gezamenlijk overleg noodzakelijk om te leren van elkaars ervaringen, te zoeken naar oplossingen voor problemen en te komen tot beslissingen die voor iedereen zoveel mogelijk aanvaardbaar zijn. Aandacht voor de wijze waarop verpleeghuisbewoners hun opname en het verblijf ervaren, is volgens hen net zo belangrijk als de basiszorg. In die visie is inlevingsvermogen een vereiste om te weten wat een bewoner precies nodig heeft en om een meer omvattende relatie op te bouwen. De betrokkenheid op de situatie en de bewoners roept gevoelens op bij verzorgenden, die ze hanteren door er met elkaar over te praten en door op tijd afstand te nemen van het werk. Naar hun mening moeten ze de ernstige gezondheidsbeperkingen van bewoners accepteren en trachten doelen te realiseren die haalbaar zijn.

Beide typen geven aanleiding tot verschillende vormen van probleemoplossing en hebben derhalve grote consequenties voor de *kwaliteit van de relationele zorg*, zoals die in hoofdstuk 5 is beschreven. Vanuit het Marta-perspectief zijn verzorgenden geneigd oplossingen te kiezen waarin efficiëntie en zelfbescherming voorop staan, zoals de uniformerings-, de normalisatie- en de vermijdingsstrategie. Teams met een Marta-perspectief neigen naar verzorging waarin weinig of geen plaats is voor de relationele aspecten van zorg. Deze aspecten worden niet als de kern van het werk gezien; het tegemoetkomen aan relationele behoeften van bewoners kan de uitvoering van het échte werk zelfs bemoeilijken. Verzorgenden moeten vanuit deze opvatting vooral beschikken over technische vaardigheden.

Teams waarin het Maria-perspectief dominant is, zullen daarentegen eerder kiezen voor de overleg-, de acceptatie- en de doseringsstrategie. Bij deze oplossingen krijgt de relationele zorg een belangrijke plaats toebedeeld. De aspecten zouden in sommige gevallen zelfs prioriteit kunnen krijgen, als daarmee aan de behoefte van de bewoner tegemoet zou worden gekomen. Verzorgenden moeten vanuit deze visie beschikken over empathische eigenschappen, zoals inlevingsvermogen en begrip om problemen van anderen te begrijpen. Als betrokkenen, zoals het

management van verpleeghuizen of verzorgenden, de relationele zorg willen verbeteren, zouden teams met een Maria-perspectief wenselijk zijn. Aan dit onderwerp wordt in § 8.4 aandacht besteed.

Het nut van deze typering is dat zij de onderzoeksbevindingen ordent en een mogelijke verklaring aanreikt voor de gevonden variatie tussen teams in verpleeghuizen. Hierbij is het van belang op te merken dat de beide perspectieven zijn geconstrueerd op ideeën die vooral gedurende de laatste fasen van de gegevensverzameling zijn ontwikkeld. Een nieuwe periode van veldwerk zou daarom nodig zijn om de ontwikkelde typen op hun houdbaarheid en bruikbaarheid te controleren.

Afgezien van deze empirische toetsing, is het relevant dat de beschreven typering aansluit bij andere tweedelingen in de literatuur, zoals bijvoorbeeld uitgewerkt door Baker (1983). Zij beschrijft een casus van een geriatrische afdeling, waar twee stijlen van verpleging worden gehanteerd. Het hoofd van de afdeling oriënteert zich op de patiënten, heeft een betrokken stijl van omgaan met patiënten, toont respect en beantwoordt hun vragen. Door de patiënten wordt zij zeer gewaardeerd. De vaste verplegenden op de afdeling verwerpen haar manier van werken en nemen de patiënten niet serieus, geven prioriteit aan de technische werkzaamheden en bestraffen patiënten. Aan deze instabiele situatie komt een einde als de medische staf partij kiest voor de andere verplegenden op de afdeling en het afdelingshoofd ontslag neemt. De tweedeling van Baker en de concrete beschrijvingen die ze geeft, komen zeer sterk overeen met het beschreven Marta- en Maria-perspectief. Dit kan als een bevestiging worden gezien van de bruikbaarheid van het gemaakte onderscheid.

8 Conclusie en toepassingen van het onderzoek

Dit hoofdstuk begint met een samenvatting van de belangrijkste bevindingen en conclusies van het onderzoek. Vervolgens vindt in § 8.2 een beschouwing plaats van het uitgevoerde onderzoek. Daarin wordt ingegaan op de objectiviteitseisen waaraan kwalitatief onderzoek zou moeten voldoen en aan de procedures die in dit onderzoek zijn toegepast om de studie zo valide en betrouwbaar mogelijk uit te voeren. Daarna zal aandacht worden geschonken aan de generaliseerbaarheid van de bevindingen. Beide onderwerpen zijn al eerder aan bod geweest, maar op deze plaats worden ze vooral belicht met het oog op de waarde die aan de bevindingen kan worden gehecht.

In § 8.3 wordt de evaluatie voortgezet door te reflecteren op de invalshoek waaruit de probleemstelling van het onderzoek is bestudeerd: de sociaal-wetenschappelijke benadering van het onderwerp kwaliteit van zorg. Hierbij zal aan de ene kant worden uiteengezet welke elementen uit de studies en projecten over kwaliteit, het onderzoek hebben gestructureerd en vormgegeven, zoals de aspectbenadering. Aan de andere kant zal worden beschreven hoe kwalitatief sociologisch onderzoek de kennis over de kwaliteit van zorg vergroot en op welke manier deze kennis bruikbaar is voor het ontwerpen en uitvoeren van beleid.

Vervolgens worden in § 8.4 tegen het licht van de uiteenzetting in § 8.3, aanbevelingen gedaan voor de methodiek van de kwaliteitscyclus en voor verbetering van de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen. Deze aanbevelingen zullen waar mogelijk en noodzakelijk worden geplaatst tegen de achtergrond van de huidige en de nog te verwachten ontwikkelingen in de gezondheidszorg en de verpleeghuissector in het bijzonder. § 8.4 wordt afgesloten met aanbevelingen voor verder onderzoek op het gebied van de kwaliteit van verpleeghuiszorg en op het terrein van de medische sociologie. In § 8.5 wordt tot besluit op basis van het onderzoek geconstateerd dat het verkrijgen van kennis over de opvattingen van verzorgenden, structureel deel zal moeten uitmaken van een systeem van integrale kwaliteitszorg in het verpleeghuis.

8.1 Beantwoording van de onderzoeksvragen

Kwaliteit van zorg in het verpleeghuis nader bezien

In hoofdstuk 5 zijn de eerste onderzoeksvraag en de deelvragen beantwoord, die in § 1.2 als volgt zijn geformuleerd:

- 1 Welke aspecten van zorg vinden verzorgenden van belang voor de kwaliteit van zorg in het verpleeghuis?
 - 1.1 Wat verstaan verzorgenden onder de aspecten die ze noemen in verband met kwaliteit?
 - 1.2 Welke betekenis kennen verzorgenden toe aan deze aspecten voor de bewoners?

Kwaliteit van zorg is voor verzorgenden synoniem aan 'goede zorg' en daarvan is naar hun mening sprake, als ze de bewoners als uitgangspunt nemen van hun handelen en als de zorg is afgestemd op hun behoeften en wensen. Vanuit die basis blijken naast andere aspecten, de relationele aspecten van zorg belangrijk voor het oordeel van verzorgenden over de kwaliteit van zorg. Op deze aspecten, die betrekking hebben op de interacties tussen verzorgenden en bewoners, ligt het accent in dit onderzoek.

De eerste deelvraag kan worden beantwoord met de beschrijving van de zes relationele aspecten die uit het onderzoek naar voren zijn gekomen: *bejegening, zelfstandigheid, aandacht, behulpzaamheid, privacy en continuïteit*. Met bejegening bedoelen verzorgenden dat ze zorgdragen voor een net uiterlijk van bewoners en dat ze hen op een beleefde manier benaderen. Onder zelfstandigheid verstaan verzorgenden de stimulering van de zelfzorg van bewoners, waaronder de keuzevrijheid die bewoners wordt geboden bij de dagelijkse activiteiten. Met aandacht duiden ze op de verschillende activiteiten waarmee ze willen voorzien in de door hen waargenomen of veronderstelde behoefte van bewoners aan sociale contacten en gezelschap. Het aspect behulpzaamheid is omschreven als het aanbieden van zorg die adequaat en op tijd in de hulpbehoefte van de bewoners voorziet. Privacy brengen verzorgenden in verband met de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van bewoners en met het respecteren van hun plaats en bezittingen. Onder continuïteit verstaan verzorgenden vooral de mogelijkheid om met bewoners een langdurige relatie op te bouwen gedurende de tijd dat ze in het verpleeghuis verblijven.

Vanuit de interpretatie die verzorgenden geven aan de situatie waarin de bewoners zich bevinden, valt het belang van deze aspecten voor kwaliteit te begrijpen. Enkele kenmerken van bewoners zijn aangeduid als stigmata, zoals de verandering van hun uiterlijk, lichamelijke beperkingen en psychische achteruitgang. Stigmata zijn kenmerken die de samenleving van minder wenselijke aard acht en op grond daarvan de bezitter van zulke eigenschappen niet geheel accepteert. Door verzorgenden wordt deze stigmatisering beschouwd als de oorzaak van het verlies van *eigenwaarde*, dat zij bij bewoners veronderstellen. Onder eigenwaarde verstaan ze de manier waarop een bewoner over zichzelf denkt, zichzelf waardeert en of hij zijn leven zinvol acht.

Verzorgenden zien het als hun taak om bewoners in hun gevoel van eigenwaarde te bevestigen en in het licht hiervan kan het belang worden uitgelegd, dat zij hechten aan de zes genoemde aspecten. Ze kunnen de eigenwaarde herstellen door de onafhankelijkheid van bewoners te vergroten, bijvoorbeeld door het aspect zelfstandigheid (bestrijding van hospitalisatie, controle over het eigen leven behouden), het aspect behulpzaamheid (afhankelijkheid zo min mogelijk laten voelen, gevoel van veiligheid creëren) en het aspect privacy (respecteren van een eigen territorium). Eigenwaarde hangt in de ogen van verzorgenden ook samen met de uiterlijke verschijning van bewoners. Hieraan kunnen ze bijdragen door het aspect bejegening (vermindering van zichtbare stigmatiserende kenmerken) en door het aspect privacy (bescherming van autonomie over het eigen lichaam). Tot slot zijn ook positieve sociale contacten met anderen belangrijk voor de eigenwaarde van bewoners. Met het oog daarop vinden verzorgenden het aspect bejegening belangrijk (respectvolle en serieuze benadering), aandacht (isolatie en eenzaamheidsgevoelens tegengaan, het verpleeghuis tot een thuis maken) en continuïteit (persoonlijke verzorging op basis van herkenning en vertrouwen).

Eigenwaarde kan op grond van dit onderzoek worden aangewezen als het kernthema in het perspectief van verzorgenden op de kwaliteit van de relationele aspecten van zorg. Naast de steun die het onderzoeksmateriaal biedt voor de relatie tussen een bepaald aspect en het kernthema eigenwaarde, is bevestiging gevonden in de gebruikte literatuur (Bijvoorbeeld Bergsma 1987; Charmaz 1983; Goffman 1979) van de relevantie van het begrip eigenwaarde of soortgelijke begrippen. Het begrip ordent het complexe onderzoeksveld en maakt begrijpelijk waarom verzorgenden de diverse aspecten met kwaliteit in verband brengen. Hiermee is ook de tweede deelvraag beantwoord.

Enkele problemen van verzorgenden bij de realisatie van kwaliteit

De tweede onderzoeksvraag luidde:

- 2 Welke strategieën hanteren verzorgenden om de problemen op te lossen, die ze ondervinden bij de realisatie van kwaliteit van zorg?

In hoofdstuk 6 is de bij deze vraag behorende deelvraag 2.1 beantwoord, die was geformuleerd als: welke problemen ervaren verzorgenden bij de realisatie van kwaliteit van zorg? De drie belangrijkste problemen van verzorgenden bij de realisering van kwaliteit van zorg zijn: *de opgave van het nooit eindigende werk, de onzekerheid over het verloop van contacten met bewoners en het probleem van de spanning tussen distantie en betrokkenheid*. Deze problemen houden verband met de spanningsverhouding in totale instituties, waarop door auteurs als Goffman en Kelk is gewezen. Zij signaleerden dat stafleden in totale instituties strategisch moesten manoeuvreren tussen enerzijds de humanitaire (bewonergerichte) zorg en persoonlijke betrokkenheid en anderzijds de institutionele efficiëntie en zelfbescherming.

Bij de opgave van het nooit eindigende werk is ingegaan op de ervaring van verzorgenden dat hun werk nooit af is. Zij zijn niet in staat om in alle vragen van

bewoners om hulp, bijstand en aandacht te voorzien en daarom moeten zij efficiënt werken en prioriteiten stellen tussen de verschillende werkzaamheden. De uitkomst van deze in de praktijk zeer complexe keuzeproblemen, valt niet altijd uit in het belang van de relationele aspecten. Met name de aspecten zelfstandigheid, privacy, behulpzaamheid en aandacht moeten dikwijls tegen andere aspecten van het werk worden afgewogen en zijn daardoor niet eenvoudig te realiseren.

Een tweede probleem is de onzekerheid van verzorgenden over het verloop van de contacten met bewoners. Dit probleem is geanalyseerd met behulp van het begrip 'stigma', waarmee duidelijk kan worden gemaakt dat zich in interacties tussen de verpleeghuisbewoners en verzorgenden doorgaans spanningen voordoen. Beide partijen voelen zich onzeker over de manier waarop ze zich het best kunnen gedragen. Ook voor verzorgenden als 'ingewijden', blijkt de dagelijkse omgang met de bewoners niet geheel zonder problemen te zijn en verlopen contacten soms moeizaam en onvoorspelbaar. Dit probleem heeft vooral betrekking op de aspecten bejegening, zelfstandigheid en aandacht, omdat zich juist daarbij de confrontatie met lichamelijke gebreken en psychische achteruitgang voordoet.

Tot slot is ingegaan op het probleem van de spanning tussen distantie en betrokkenheid, dat ontstaat doordat verzorgenden in aanraking komen met intense gevoelens van anderen en van zichzelf. Hierbij is gewezen op de deprimerende omgeving waarin verzorgenden werken en op de confrontatie met aftakeling, ontredering, pijn, verdriet en sterven. In een omgeving waar de emotionele druk groot is, blijkt het moeilijk voor verzorgenden om het evenwicht tussen distantie en betrokkenheid te handhaven. De aspecten aandacht, behulpzaamheid en continuïteit zijn hiermee het meest gerelateerd, omdat vooral bij deze aspecten de nadruk ligt op de binding tussen verzorgenden en bewoners.

Als verzorgenden naar hun mening de relationele aspecten van zorg onvoldoende tot hun recht kunnen laten komen, schrijven ze dit veelal toe aan de problemen waar zij mee kampen. De genoemde problemen zijn veelal inherent aan het werk in het verpleeghuis en kunnen dus nooit geheel worden opgelost. Vooral als de afzonderlijke problemen elkaar versterken en langere tijd blijven bestaan, spreken verzorgenden van een te hoge werkbelasting en kunnen zij moeilijk goede zorg verlenen voor wat betreft de relationele aspecten. De toename van de problemen, die door de meeste verzorgenden is geconstateerd, wordt toegeschreven aan de grotere hulpbehoefte van de bewoners die in het verpleeghuis worden opgenomen.

Socialisatie van leerling-ziekenverzorgenden

In § 7.2 is de tweede deelvraag onderzocht, die luidde: hoe verloopt het socialisatieproces waarin leerling-ziekenverzorgenden zich de bestaande strategieën eigen maken? Socialisatie is in dit onderzoek vooral opgevat als een sociaal proces waaraan referentiegroepen in grote mate sturing geven. De kern van het leerproces van leerling-ziekenverzorgenden is dat ze de gebruikelijke wijzen van denken en handelen met betrekking tot (problematische) situaties in het verpleeghuis leren kennen en overnemen van de vaste staf.

De manier waarop leerling-ziekenverzorgenden de gebruikelijke oplossingen binnen een team leren, is beschreven aan de hand van drie fasen. In het *beginnersperspectief* overheersen idealistische noties van het beroep en oriënteren ze zich vrijwel geheel op de bewoners. In het *tussentijds perspectief* neemt de spanning toe tussen hun verwachtingen en de theoretische versie van verzorgen die ze op school hebben geleerd en de praktische versie die ze bij hun toekomstige collega's zien. Het hoge werktempo dat van ze wordt gevraagd, gaat in de visie van de leerlingen ten koste van de aandacht voor de bewoners. Om de spanning te reduceren en de onzekerheid over het eigen handelen te verminderen, passen leerlingen zich in het *eindperspectief* aan de vaste teamleden aan en nemen zij hun strategieën over. Het resultaat van een geslaagde socialisatie is dat het perspectief van vaste teamleden blijft bestaan en wordt bevestigd.

Strategieën van verzorgenden

Paragraaf 7.3 is geheel gewijd aan de derde deelvraag die is geformuleerd als: welke strategieën hanteren verzorgenden om met problemen om te gaan? Binnen de onderzochte teams bestaan een zestal vaste strategieën om de problemen die zijn beschreven op te lossen: 1. *uniformering van de verzorging*, 2. *normalisatie van het dagelijks leven*, 3. *vermijding van communicatie met bewoners*, 4. *overleg over prioriteiten in de zorg*, 5. *acceptatie van beperkingen van bewoners* en 6. *dosering van betrokkenheid bij de zorg*. Deze strategieën worden door verzorgenden gebruikt om één of meer (deel)problemen op te lossen. De kern van elke strategie zal hier worden beschreven (voor een uitgebreide beschrijving zie § 7.3).

De uniformeringsstrategie dient om het probleem van de werkdruk op te lossen, maar heeft ook een functie in het omgaan met de spanning tussen distantie en betrokkenheid. De strategie bestaat uit drie tactieken: standaardisatie van werkzaamheden en vergaande taakverdeling tussen teamleden; controle op tempo en hard werken en beheersing van emoties. De normalisatiestrategie houdt in dat verzorgenden zich inspannen om het dagelijks leven van bewoners zo normaal mogelijk te laten verlopen met het doel de onzekerheid te hanteren die zich in de contacten met de bewoners voordoet. De tactieken die deel uitmaken van deze strategie zijn: minimalisering van de problemen van bewoners en het verbergen van gebreken en beperkingen. De vermijdingsstrategie hanteren verzorgenden om met het spanningsveld tussen distantie en betrokkenheid om te gaan. Twee tactieken behoren tot deze strategie: vermindering van het aantal contacten met bewoners en het selecteren van onderwerpen waarover wordt gesproken.

De overlegstrategie bestaat eruit dat teamleden prioriteiten stellen tussen de verschillende werkzaamheden door gezamenlijk te overleggen. Dit is een manier om het probleem van het nooit eindigende werk te verkleinen, maar de strategie wordt ook gebruikt om het evenwicht te behouden tussen distantie en betrokkenheid. Belangrijke tactieken binnen deze strategie zijn: actieve participatie in het team en openheid over gevoelens en ondersteuning. De kern van de acceptatiestrategie bestaat uit de aanpassing van de verzorging aan het niveau van de bewoners en uit de tolerantie van door verzorgenden als afwijkend ervaren gedrag. Hierdoor reduceren ze de onzekerheid en onwennigheid in de dagelijkse contac-

ten met bewoners. De doseringsstrategie tenslotte vormt een oplossing voor het probleem van de spanning tussen distantie en betrokkenheid. De kern van de strategie is dat verzorgenden door middel van rationalisering en door thuis het werk van zich af te zetten, het evenwicht proberen te bewaren tussen enerzijds de betrokkenheid en anderzijds distantie tot hun werk.

Het Marta- en Maria-perspectief en de kwaliteit van zorg

Aan de vierde en laatste deelvraag is in § 7.4 aandacht besteed: welke consequenties hebben verschillende strategieën voor de kwaliteit van zorg? Uit de variëteit aan strategieën blijkt dat verzorgenden kunnen kiezen voor verschillende oplossingen voor hun problemen. Nadere analyse leerde dat de strategieën konden worden verdeeld in twee groepen. De uniformerings-, de normalisatie- en de vermijdingsstrategie zijn gericht op de doelmatigheid waarmee het dagelijkse werk kan worden uitgevoerd en op het behouden van afstand tussen verzorgenden en bewoners. Het tegengestelde is het geval bij de overleg-, de acceptatie- en de doseringsstrategie, die aangewend worden om persoonlijke zorg te bewerkstelligen en gericht zijn op betrokkenheid van verzorgenden. Het uitgangspunt voor deze tweedeling is te vinden in het eerder beschreven spanningsveld tussen enerzijds de institutionele efficiëntie en de nadruk op zelfbescherming en anderzijds de realisering van humane (bewonergerichte) verzorging en betrokkenheid van hulpverleners (hoofdstuk 6).

Dit onderscheid kan worden verduidelijkt door het te interpreteren vanuit het perspectief van verzorgenden. Er wordt gebruik gemaakt van twee typen perspectieven van verzorgenden, die zijn aangeduid als het *Marta-perspectief* en het *Maria-perspectief*. Geredeneerd vanuit de spanningsverhouding waarin verzorgenden in het verpleeghuis zich bevinden, zullen teams van verzorgenden met een Marta-perspectief zich oriënteren op de doelmatigheid waarmee ze hun werk doen en op zelfbescherming. Zij bouwen in hun werk afstand in, die ze vereist vinden om een snelle en beheerste uitvoering van het instrumentele werk niet in gevaar te laten komen. Teams van verzorgenden met een Maria-perspectief oriënteren zich op de andere pool van het spanningsveld: bewonergerichte zorg en persoonlijke betrokkenheid. Zij prefereren verzorging en verpleging die recht doet aan de persoonlijke verschillen tussen bewoners en proberen hun taakstelling daarop af te stemmen.

Het nut van deze typering is dat het de onderzoeksbevindingen ordent en een mogelijke verklaring aanreikt voor de gevonden variatie in kwaliteit tussen teams in verpleeghuizen. Beide typen geven aanleiding tot verschillende vormen van probleemoplossing en hebben daarom consequenties voor de *kwaliteit van de relationele zorg*. Vanuit het Marta-perspectief zijn verzorgenden geneigd tot de uniformerings-, de normalisatie- en de vermijdingsstrategie. Als deze oplossingen worden gehanteerd voor de problemen, is er weinig of geen plaats voor de relationele aspecten van zorg. Teams waarin het Maria-perspectief dominant is, zullen daarentegen eerder kiezen voor de overleg-, de acceptatie- en de doseringsstrategie. Bij deze oplossingen krijgt de relationele zorg een belangrijke plaats toebedeeld. Als betrokkenen, zoals het management van verpleeghuizen of verzorgenden, de

relationele zorg willen verbeteren, zouden teams met een Maria-perspectief wenselijk zijn. Op dit onderwerp wordt in § 8.4 teruggekomen.

8.2 Beschouwing van het onderzoek

Deze paragraaf is gewijd aan een evaluatie van het onderzoek, in het bijzonder de objectiviteit en de generaliseerbaarheid van de bevindingen. De aard van de probleemstelling leidde tot de keuze van een kwalitatieve onderzoeksbenadering, waarin het beschrijven en begrijpen van de leefwereld van de betrokkenen een centrale plaats inneemt. Specifiek is deze studie gericht geweest op het via *role-taking* onderzoeken van de betekenis die verzorgenden in het verpleeghuis toekennen aan de kwaliteit van de zorg in relatie tot hun handelen. Kennis over kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van verzorgenden is van groot belang voor het kwaliteitsbeleid in de verpleeghuizen (zie § 8.3).

Dit uitgangspunt leidde tot de afwijzing van een kwantificerende benadering, waarin begrippen worden ontleend aan bestaande theorie. De begrippen worden vooraf geoperationaliseerd en vervolgens gemeten met behulp van variabelen. Een poging om een passende theorie te ontwikkelen, verhindert een werkwijze waarbij vanuit een vooraf gevormd beeld op basis van bestaande theoretische noties het veld wordt onderzocht. Voor de ontwikkeling van een passende theorie is het nodig dat het veld open wordt benaderd en dat de belangrijke en relevante thema's die daarin zijn te vinden, in de theorie kunnen worden opgenomen.

Gezien de taak om theorie te vormen die past bij de onderzochte verpleeghuizen, is gebruik gemaakt van de door Glaser en Strauss ontwikkelde methode van de gefundeerde theorie, zoals beschreven in § 4.1. Die methode bestaat eruit dat met behulp van *sensitizing concepts* systematisch onderzoeksgegevens worden verzameld, die vervolgens worden geanalyseerd in het licht van de probleemstelling. Het belangrijke principe van constante vergelijking betekent, dat categorieën die worden gevormd moeten worden getoetst, aangevuld of genuanceerd met gegevens uit nieuwe interviews of observaties. De plaats waar nieuwe data worden verzameld, wordt vastgesteld volgens het principe van theoretische selectie, dat wil zeggen door de vragen die de voorlopige analyse oproept. De cyclus van dataverzameling en -analyse wordt doorlopen totdat bij herhaalde dataverzameling geen nieuwe inzichten meer worden verkregen.

Bovengenoemde methode brengt twee belangrijke problemen met zich mee. In de eerste plaats is het vaststellen van de objectiviteit van de resultaten problematisch, omdat strenge reglementering vooraf ontbreekt, replicatie veelal onhaalbaar is en de controleerbaarheid achteraf veelal gering is. In de tweede plaats leiden de samenstelling van de onderzoeksgroep en de kleinschaligheid van dit soort onderzoek, tot vragen omtrent de generaliseerbaarheid van de uitspraken. Beide problemen zullen hieronder worden behandeld, omdat inzicht in de manier waarop er in dit onderzoek mee is omgegaan, van belang is voor het wetenschappelijk gehalte van het uitgevoerde onderzoek.

Objectiviteit

In kwalitatief onderzoek kunnen de algemeen wetenschappelijke normen van validiteit en betrouwbaarheid worden opgevat als criteria voor objectiviteit (Nievaard 1990, p. 81)¹. Dit is te verdedigen doordat de keuze voor geheel andere maatstaven voor objectiviteit (bijvoorbeeld Glaser en Strauss' *fit*, *relevance* en *work*, plausibiliteit of geloofwaardigheid), het kwalitatief onderzoek zou isoleren van de bestaande wetenschappelijke tradities (Swanborn 1990, p. 73; Nievaard 1990, p. 77). Daar staat wel tegenover dat methoden en procedures om de validiteit en betrouwbaarheid te controleren, worden afgestemd op de eigenheid van kwalitatief onderzoek, omdat anders de eigen aard van het type onderzoek zou worden aangetast.

Tijdens het onderzoek zijn methoden en procedures toegepast, waarmee de onderzoeker heeft gepoogd zo objectief mogelijk te werk te gaan en om bedreigingen van de validiteit en betrouwbaarheid te controleren. Enkele van deze methoden en procedures zijn in hoofdstuk 4 al beschreven. Wester (1991, pp. 185-189) verdeelt de procedures in een aantal rubrieken: de controle op de kwaliteit van de data, controle op de interpretatie en de gevonden samenhangen en controle op de onderzoeksprocedure. Deze indeling zal hier worden nagevolgd.

In de eerste plaats is er *controle op de kwaliteit van de data*, waarbij de vraag van belang is of de onderzoeker op de onderzoeksgegevens kan vertrouwen. Vertekening kan zich voordoen als de onderzochte verzorgenden zich anders gaan gedragen als gevolg van de aanwezigheid van de onderzoeker, als de geïnterviewde personen niet vertellen wat ze werkelijk vinden of als de keuze onbetrouwbaar is, die de onderzoeker moet maken uit alle gebeurtenissen die zich voordoen.

Om aan deze potentiële vertekeningen het hoofd te bieden is onder meer gebruik gemaakt van *replicatie*, dat wil zeggen het herhalen van observaties van dezelfde gebeurtenissen, zoals meer malen werkbijeenkomsten bijwonen of aanwezig zijn bij de maaltijd van de bewoners. Ook is in enkele verpleeghuizen gedurende langere tijd onderzoek verricht, omdat dan de kans wordt vergroot dat de verzorgenden hun gewone gedrag weer gaan vertonen, wat de validiteit ten goede komt. Daarnaast is het beginsel van *triangulatie* toegepast, dat betekent dat er meer ingangen zijn gebruikt om gegevens te verkrijgen. De gesprekken met verzorgenden werden aangevuld met interviews met andere betrokkenen, geschreven zorgplannen werden vergeleken met observaties van de omgang met de bewoner, et cetera. Door de dataverzamelingmethoden interviewen, participerende observatie en de bestudering van documenten te combineren, kunnen vertekeningen door eenzijdige waarnemingstechnieken worden voorkomen. Als derde controleprocedure zijn *member checks* gebruikt, door de waarnemingen van de onderzoeker voor te leggen aan en te bespreken met de verzorgenden die op de afdeling werkzaam zijn. Het doel hiervan was om onjuistheden in de ruwe onderzoeksge-

1 Validiteit is te omschrijven als: de kwaliteit van de overeenstemming tussen de bestudeerde verschijnselen en de symbolen (woorden of getallen) die deze verschijnselen representeren. Er is sprake van betrouwbare informatie als dezelfde observatie- of interviewprocedure in dezelfde context dezelfde informatie oplevert (Nievaard 1990, p. 81).

gevens te kunnen corrigeren. Bij dit proces ging het er om of de onderzochten het eens waren met de feitelijke gegevens.

In de tweede plaats is er *controle geweest op de interpretatie van de gegevens en op de gevonden samenhangen*. Het gaat hier zowel om de betekenis van wat is waargenomen in alledaagse termen voor de betrokkenen zelf, als om theoretische interpretaties van de kernthema's in het veld van onderzoek. Het gevaar van vertekening bij reductie van het onderzoeksmateriaal en de integratie van de concepten ontstaat doordat de onderzoeker zich volledig identificeert met de verzorgenden of juist met de bewoners (*going native*), waarvan selectieve interpretatie het gevolg kan zijn.

Om de bovengenoemde bedreigingen van validiteit te voorkomen, is een aantal procedures toegepast. Voor de controle op de interpretatie zijn *member checks* uitgevoerd. Bij waarnemingen op de afdeling werd de betekenis ervan rechtstreeks uitgezocht door interpretaties voor te leggen of betekenis na te vragen in gesprekken met betrokkenen. Een andere vorm hiervan is het toetsen van verklaringen bij informanten. Zo is aan docenten die lesgeven aan leerlingen op school, gevraagd of voor hen herkenbaar was, hoe in § 7.2 de ontwikkeling van leerling-ziekenverzorgenden is beschreven. Ook *triangulatie* is gebruikt, door interpretaties van verschillende personen met elkaar te vergelijken en door verklaringen van medewerkers uit verschillende verpleeghuizen met elkaar te confronteren. Door de gekozen variatie in de afdelingen (zo waren er afdelingen met veel en weinig bewoners, in grote en kleine verpleeghuizen, met teamverpleging en functionele verpleging, met revalidatiepatiënten en chronische bewoners), zijn de concepten en de relaties in verschillende situaties getoetst.

Voor de interpretaties van de onderzoeker, die geformuleerd zijn als inzichten en relevant zijn voor de theorievorming, is *peer debriefing* toegepast. Dat houdt in dat beginnende analyses, concepten en voorlopige categorieën, zijn voorgelegd aan collega's die of deskundig zijn op het gebied van medische sociologie (waar onder verpleeghuiszorg) of de kwalitatieve methoden toepassen. Interpretaties zijn ook getoetst door te bezien of ze aansloten bij de literatuur. Als met de ontwikkelde ideeën aansluiting wordt gevonden bij, of als ze kunnen worden geïnterpreteerd in het licht van al bestaande literatuur, kan dat de waarde van bevindingen doen toenemen (Wester 1991, pp. 37 en 187). Er is om die reden *literatuuronderzoek* gedaan naar de sociale aspecten van de verzorging van ernstig zieken of stervenden in instellingen, zoals verpleeghuizen en (psychiatrische) ziekenhuizen. Enkele bevindingen sloten aan bij resultaten uit onderzoek naar identiteit bij chronisch zieken, andere zijn in verband gebracht met processen van distantie en betrokkenheid en met strategieën in de omgang met gestigmatiseerden. Waar dat de bevindingen illustreerde of verdiepte is naar de relevante literatuur verwezen. In de derde plaats is er sprake van *controle op de onderzoeksprocedure*. Hierbij gaat het om de herhaalbaarheid van het onderzoek en dus de reproduceerbaarheid van de resultaten. In de praktijk zal een onderzoek vrijwel nooit worden overgedaan en gaat het meer om de vraag of het mogelijk is om het onderzoek te herhalen. Concreet betekent dat of de onderzoeker duidelijk verslag doet van wat hij heeft gedaan en of hij daar voldoende verantwoording voor aflegt.

In dit onderzoek is getracht de controleerbaarheid te vergroten door aan te sluiten bij *uitgewerkte methoden en technieken*, zoals de gefundeerde theorie methode (Glaser and Strauss 1967), de analysefasen die Wester (1991) beschrijft en de coderingstechnieken (Strauss 1987; Strauss and Corbin 1990). Deze methoden brengen structuur aan in het onderzoek en bieden een zekere systematiek voor het handelen, waarop bij een eventuele herhaling van het onderzoek kan worden terug gevallen. (Voor verdere *methodische verantwoording* van het onderzoek zie hoofdstuk 4.) De uitgebreide verslaglegging maakt het voor anderen controleerbaar hoe is te werk gegaan, wanneer en op welke plaatsen is geobserveerd, hoe op conclusies zijn getrokken op basis van het materiaal, enzovoort. Tevens zijn keuzen geëxpliciteerd en is beargumenteerd waarom ze zijn gemaakt.

Conclusie: ondanks de toepassing van deze controles en kwaliteitsprocedures, kan er niet van worden uitgegaan dat een andere onderzoeker tot precies dezelfde interpretatie van de gegevens en tot dezelfde theoretische begrippen zou zijn gekomen. Aan de andere kant is het zeer onwaarschijnlijk dat een andere onderzoeker vanuit dezelfde probleemstelling tot onderzoeksbevindingen zou komen, die niet in overeenstemming zijn met de resultaten. De concrete toepassing van allerlei procedures en methoden, mag als een teken worden gezien dat is getracht te komen tot geldige resultaten voor het onderzochte terrein.

Generaliseerbaarheid

De kleinschaligheid van veel kwalitatief onderzoek leidt vrijwel altijd tot vragen over de generaliseerbaarheid of externe validiteit. Bij kwalitatief onderzoek kan een uitspraak gevonden bij de onderzochte gevallen, niet geldig worden verklaard voor alle gevallen van de populatie, waar de onderzochte gevallen deel van uitmaken. Zulke statistische generalisatie behoort niet tot de mogelijkheden, omdat er geen sprake is van een representatieve steekproef. Het belangrijkste vraagstuk ligt dan ook bij de mogelijkheid tot theoretische generalisatie, dat wil zeggen dat wordt nagegaan in hoeverre de gevormde theorie aan andere verschijnselen ten grondslag kan worden gelegd. De literatuur geeft hierover geen uitsluitel en bevat enkele tegenstrijdigheden.

Rose (1982) bijvoorbeeld lijkt geen bezwaar te hebben tegen de generalisatie van uitspraken voor de hele populatie op grond van onderzoek bij slechts enkele eenheden. De gedachtengang hierbij is af te leiden uit de bespreking die de auteur geeft van een onderzoek van Wiener onder reumapatiënten². Rose acht het acceptabel om uitspraken te doen over 'rheumatoid arthritics world-wide', op basis van de theorie die is gevormd aan de hand van 21 interviews met reumapatiënten (Rose 1982, p. 138). Het argument dat de auteur geeft luidt: 'There appear to be many reasons why the theory *should* be generally applicable, since all of the concepts used are common to all situations in which a person has to cope with rheumatoid arthritis.' (ibid, p. 138). Deze redenering is gevaarlijk, omdat wordt veron-

2 Rose behandelt het artikel van Wiener uit 1975, dat later is opgenomen in het boek van Strauss c.s. (1984). Naar deze laatste versie van het artikel is elders in dit proefschrift verwezen.

dersteld dat reuma in alle situaties dezelfde problemen met zich mee zal brengen. Een dergelijke uitspraak is op grond van het uitgevoerde onderzoek niet te verantwoorden, omdat het verschijnsel niet in andere situaties is onderzocht. In feite vindt Rose dat het wél mogelijk is om op grond van beperkte onderzoekingen uitspraken te doen over het gehele verschijnsel.

Glaser en Strauss vinden voor het probleem van generaliseerbaarheid een hele andere oplossing. Zij proberen een passende theorie voor een bepaald onderzoeksterrein te ontwikkelen, door via het principe van theoretische selectie in ieder geval de belangrijkste uitingen van het verschijnsel te onderzoeken. Of de uitspraken dan ook gelden voor soortgelijke gevallen is niet hun voornaamste aandachtspunt. Hun uiteindelijke doel is om van een passende, inhoudelijke theorie voor een specifiek onderzoeksveld te komen tot een formele theorie die geldt voor meer terreinen. Zij bereiken dit door de gevormde concepten te toetsen in andere situaties. (Bijvoorbeeld door het concept 'bewustzijnscontext' toe te passen op de omgang tussen ziekenhuispersoneel en stervende patiënten en op andere sociale interacties, waarbij de personen elkaars ware identiteit niet kennen, zoals bij spionage).

Conrad (1990) lijkt het hiermee eens te zijn als hij beargumenteert dat kwalitatief onderzoek vooral moet worden beoordeeld op de *bruikbaarheid van concepten voor onderzoeksgroepen in andere, maar vergelijkbare omstandigheden en situaties*. Concepten zoals 'stigma', 'identiteitsverandering' en 'bewustzijnscontext', zijn waardevol voor zover ze het inzicht vergroten in relevante sociale aspecten van ziekte, gezondheid en gezondheidszorg.

Met het hier uitgevoerde onderzoek in zeven verpleeghuizen wordt het laatste nagestreefd. In eerste instantie valt daarbij te denken aan de toepassing van de begrippen in andere verpleeghuizen dan de onderzochte, of in andere totale instituties, waar langdurig mensen worden opgenomen en verpleegd, zoals de psychiatrische ziekenhuizen en instellingen voor zwakzinnigenzorg. In deze instellingen zullen naar verwachting gelijksoortige kernthema's voorkomen met betrekking tot de kwaliteit van zorg. De begrippen die in dit onderzoek zijn gebruikt, zoals stigma, eigenwaarde, nooit eindigend werk en de strategie van normalisatie en uniformering, zullen mogelijk ook in deze andere sectoren bruikbaar zijn om problemen en oplossingen inzichtelijk te maken, die samenhangen met het spanningsveld in totale instituties.

In tweede instantie kan eraan worden gedacht om de begrippen toe te passen in andere situaties waarin chronisch zieken worden verzorgd en verpleegd, zoals de thuiszorg. Naar verwachting zullen dan niet alle begrippen een even grote rol spelen en zullen relaties tussen de begrippen een andere vorm kunnen aannemen. De aanpassing, nuancering en correctie van het hier gevormde theoretisch kader, zal groter zijn naarmate de situatie meer afwijkt van de onderzochte situatie in het verpleeghuis.

8.3 De sociaal-wetenschappelijke benadering van kwaliteit van zorg

Om de probleemstelling te beantwoorden heeft het onderzoek elementen uit de literatuur over kwaliteit gecombineerd met de sociaal-wetenschappelijke denkwijzen. Deze combinatie is niet eenvoudig, omdat beide benaderingen elk geheel eigen principes hebben en verschillende werkwijzen hanteren met een bijbehorend taalgebruik en begrippenkader. De samenvoeging hiervan resulteert in nieuwe kennis op beide terreinen. Aan de ene kant kunnen uitgangspunten en werkwijzen uit het onderzoeksveld van de kwaliteit, een bijdrage hebben voor het sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Aan de andere kant kan kwalitatief sociologisch onderzoek kennis opleveren die bruikbaar is voor de oplossing van het kwaliteitsvraagstuk. Beide kanten zullen worden toegelicht.

De belangrijkste bijdrage die het kwaliteitsdenken heeft geleverd aan de behandeling van de probleemstelling, is de aspectbenadering van kwaliteit van zorg. Kwaliteit is een zogenaamd primitief begrip en daarom niet zo eenvoudig hanteerbaar te maken voor onderzoek (zie § 2.1). Via de aspectbenadering, waarbij aan betrokkenen wordt gevraagd welke aspecten van zorg zij belangrijk vinden voor de kwaliteit daarvan, wordt het mogelijk gemaakt kwaliteit van zorg te bestuderen. De benadering maakt het tevens mogelijk om een onderzoek af te bakenen tot een bepaalde categorie aspecten, zoals dit onderzoek is beperkt tot de relationele aspecten van zorg.

De literatuur over kwaliteit heeft ook geleerd dat het oordeel over de kwaliteit van iets subjectgebonden is. Dat wil zeggen dat de positie en de belangen van een actor altijd een rol spelen bij de vorming van het oordeel over kwaliteit. Dit maakt het voor de behandeling van het begrip noodzakelijk om één of meer perspectieven te kiezen van waaruit naar kwaliteit wordt gekeken. In dit onderzoek is gekozen om de kwaliteit van de verpleeghuiszorg te benaderen vanuit het perspectief van de verzorgenden. De reden daarvan is dat de verzorgenden de meest omvangrijke groep vormen in het verpleeghuis en het grootste deel van de directe zorg aan bewoners verlenen. Zij bepalen daardoor sterk hoe de zorg (de geleverde 'dienst') en daarmee de kwaliteit van de zorg wordt gerealiseerd.

Nu zal aan de orde komen welke bijdrage sociologisch onderzoek, zoals dat hier is uitgevoerd volgens de methodologische principes van de gefundeerde theorie benadering, heeft voor de bestudering van het onderwerp kwaliteit van zorg. Naast het type kennis dat het onderzoek oplevert komt daarbij tevens aan de orde of en hoe deze kennis bruikbaar is voor het beleid met betrekking tot de kwaliteit van zorg. De uitgevoerde studie is een voorbeeld van kwalitatief onderzoek waarin het perspectief van betrokkenen wordt achterhaald (Wester 1991, p. 30). In *perspectiefonderzoek* gaat het aan de ene kant om de verkenning en beschrijving van de betekenis die bepaalde actoren (groepen of personen) toekennen aan een werk- of leefsituatie. Aan de andere kant om het begrijpen en verklaren van hun manieren om problemen op te lossen (strategieën) in het licht van deze betekenis (zie ook § 4.1). Zo zijn in dit onderzoek het perspectief en de strategieën van verzorgenden geanalyseerd.

Dit soort kennis is om een aantal redenen relevant voor beleidsmakers en leiding-

gevend en op verschillende niveaus in de verpleeghuissector. Op de eerste plaats kunnen kwalitatieve onderzoeksmethoden bijdragen aan het *begrijpelijk maken van het handelen* van personen of groepen. Het hier uitgevoerde kwalitatieve onderzoek heeft laten zien dat het voor verzorgenden vanuit hun perspectief functioneel is om bepaalde oplossingen te kiezen voor de problemen en dat het niet zonder meer is te wijten aan 'kwade wil' of 'geringe inzet'. Het is voor de betrokkenen zelf moeilijk, zo niet onmogelijk, om voldoende afstand te nemen van hun werk en kritisch te kijken naar het eigen denken en handelen. Het is de taak van de onderzoeker, een 'buitenstaander', om op grond van de vele informatiebronnen die hem ter beschikking staan de ervaringswereld van anderen te reconstrueren en te interpreteren vanuit een bepaalde vraagstelling.

Op de tweede plaats kan door deze kennis duidelijk worden in hoeverre er sprake is van een *discrepantie tussen overwegingen* van beleidsmakers en die van degenen waar het beleid betrekking op heeft. Beleidsmakers leggen immers vanuit hun eigen perspectief (Met welke middelen kan het door ons gewenste doel zo efficiënt mogelijk worden bereikt?) van bovenaf voornemens en bijbehorende planning, eisen en regelingen, normen en rendementen op. Voor succesvolle, effectieve beleidsvoering is het inzicht in de uitgangspunten en opvattingen van uitvoerenden van essentieel belang, omdat effectieve beleidsvoering maatregelen en interventies vereist die passen bij het veld en die door de betrokkenen worden aanvaard en geaccepteerd (Nievaard 1993, p. 102).

Op de derde plaats kan kwalitatief sociologisch onderzoek door het inzicht dat het verschaft in de leefwereld van de betrokkenen, bijdragen aan een *onttrafeling van de complexiteit* van het kwaliteitsvraagstuk in het verpleeghuis. Er bestaat soms de neiging om complexe problemen te vereenvoudigen tot een enkele invloedrijke factor. Studieprestaties van leerlingen in het onderwijs bijvoorbeeld worden toegeschreven aan hun intelligentie en concentratievermogen of de kwaliteit van de zorg is afhankelijk van de houding en inzet van de betreffende verzorgenden en de financiële middelen. Deze versimpeling doet geen recht aan een ingewikkeld onderwerp als studierendementen, respectievelijk de kwaliteit van zorg. Een analyse van het perspectief en het handelen van de betrokkenen kan dit eenzijdige beeld corrigeren, nuanceren en aanvullen.

De vele in omloop zijnde meetinstrumenten van kwaliteit (§ 2.2.2) verschaffen over het algemeen een eenvoudige voorstelling en dat is de voornaamste kritiek die is te geven op deze instrumenten. Met meetinstrumenten krijgen leidinggevend en uitvoerend een indicatie van de mate waarin een aantal aspecten van de zorgverlening aan de standaard voldoet. De uitvoerenden kunnen zich door deze 'klassieke' aanpak (§ 2.2.1) al snel individueel gecontroleerd voelen op 'goed' of 'fout' functioneren, omdat het instrument geen recht kan doen aan de complexiteit van de omstandigheden waaronder zij de zorg moeten verlenen en de lastige keuzen die ze moeten maken. Van invloed op hun handelen zijn onder meer: de interacties met collega's en bewoners, ervaring en deskundigheid, belangenaafweging, de omvang van de afdeling, de relevante wetgeving (bijvoorbeeld over privacybescherming en de toepassing van beschermende middelen en maatregelen), het loopbaanperspectief, de organisatorische veranderingen en de

gedeelde opvattingen binnen een team.

8.4 Toepassingen van het onderzoek

De aanbevelingen die in dit hoofdstuk worden gedaan, moeten worden gezien tegen de achtergrond van de opmerkingen in de voorgaande paragraaf. De combinatie van elementen uit het denken over kwaliteit en uit de sociale wetenschap, leveren vruchtbare toepassingen op voor het ontwerpen en uitvoeren van beleid ten aanzien van de kwaliteitsbewaking en -bevordering.

De paragraaf start met een aanbeveling om de methodiek van de kwaliteitscyclus te modificeren en de fasen van de kwaliteitscyclus uit te breiden. Vervolgens worden op grond van de bevindingen van dit onderzoek aanbevelingen geformuleerd voor de verbetering van de kwaliteit van zorg in de verpleeghuizen. De voorstellen hebben betrekking op drie verschillende elementen:

- 1 Er worden voorstellen gedaan om de problemen te verminderen, die verzorgenden ervaren bij de realisatie van kwaliteit.
- 2 Er worden aanwijzingen gegeven voor de manier waarop leerlingen kennis zouden kunnen maken met de problemen in het verpleeghuis en de mogelijke oplossingen.
- 3 Er wordt aandacht besteed aan veranderingen van de gebruikelijke strategieën van verzorgenden, die een verbetering van de kwaliteit tot gevolg kunnen hebben.

In § 8.4.3 komen aanbevelingen voor vervolgonderzoek aan de orde.

8.4.1 Modificatie van de methodiek van de kwaliteitscyclus

De kwaliteitscyclus of Deming-cyclus geeft een logische samenhang weer tussen de fasen of stappen die moeten worden gezet voor de bestudering of oplossing van het kwaliteitsvraagstuk (zie § 2.2.1). De basis van de cyclus is eenvoudig: gewenste veranderingen worden gepland, uitgevoerd, getoetst en geëvalueerd. Op basis van de evaluatieuitkomsten kunnen nieuwe veranderingen worden gepland, waarna de cyclus opnieuw wordt doorlopen. In de bestudeerde kwaliteitsprojecten in verpleeghuizen, was in drie van de vier projecten de structuur van de kwaliteitscyclus te herkennen (zie § 2.2.3). De stappen waren dikwijls geformuleerd als: vaststellen van aspecten van kwaliteit en beschrijven van de huidige situatie; signaleren van problemen en het opstellen van normen; uitvoeren van veranderingen en toetsen of de gewenste situatie is bereikt.

De bruikbaarheid van de kwaliteitscyclus voor de verbetering van de dagelijkse zorgverlening, kan worden vergroot als er in de fasen systematisch wordt gezocht naar kennis over de leefwereld van de betrokkenen (zie § 8.3). Daarvoor is een modificatie van de eerste drie fasen nodig, waardoor fase vier, het opstellen van

activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering, beter kan verlopen. De toevoeging resulteert erin dat de stappen van de kwaliteitscyclus niet meer alleen de bestaande situatie beschrijven en voorschrijven wat moet worden veranderd (Harteloh en Casparie 1991, p. 33), maar ook verklaren waarom de bestaande situatie eruit ziet, zoals ze eruit ziet. De aanpassing van de cyclus heeft tot doel om de bestaande situatie inzichtelijk en begrijpelijk te maken, waardoor de activiteiten van kwaliteitsbewaking en -bevordering beter kunnen aansluiten bij de denk- en handelwijzen van degenen die de zorg verlenen.

In de *eerste fase van de kwaliteitscyclus* is het van belang dat de aspecten niet alleen worden geïnventariseerd en beschreven, maar dat tevens duidelijk wordt waarom verzorgenden ze in verband brengen met kwaliteit. Duidelijkheid over de *betekenis van het aspect* voor de betrokkenen, biedt de mogelijkheid om bij de afweging tussen verschillende aspecten en belangen, het achterliggende streven of doel als uitgangspunt te nemen voor het handelen. Als dat niet gebeurt bestaat het gevaar dat het aspect een eigen leven gaat leiden zonder dat wordt nagegaan of het in een concrete situatie wel bijdraagt aan het oorspronkelijk streven.

Een voorbeeld kan dit verduidelijken. Op enkele onderzochte afdelingen was het aspect 'zelfstandigheid van bewoners' zo belangrijk, dat de zelfzorg onder alle omstandigheden werd gestimuleerd. Met name revalidatiepatiënten zaten soms anderhalf uur achter de wastafel om zichzelf te wassen. Op dat moment was 'zelfstandigheid' tot doel verheven en was er geen sprake van reflectie of door de zelfzorg (het middel) de eigenwaarde van bewoners (de achterliggende betekenis) wel gunstig werd beïnvloed. Was die bezinning wel aanwezig geweest, dan zou het aspect kunnen worden afgewogen tegen andere aspecten en belangen en was de situatie waarschijnlijk niet zo vanzelfsprekend geweest.

In de *tweede fase van de kwaliteitscyclus* is het nodig om niet alleen vanuit abstracte beleidstermen, maar ook *vanuit het perspectief van de betrokkenen* zelf een volledige en duidelijke *probleemanalyse* te maken. Dat kan een geheel nieuw licht werpen op een problematische situatie die tot nu toe in beleidstermen was geformuleerd. Een probleemformulering in de taal van de betrokkenen draagt er op de eerste plaats aan bij dat de uitvoerenden zich begrepen voelen en op de tweede plaats dat naar alternatieve oplossingen kan worden gezocht. Alternatieven die pas een oplossing voor de problemen worden beschouwd, omdat ze vanuit een andere hoek en op een andere wijze zijn geformuleerd.

Zo wordt over het probleem van de werkdruk gesproken in beleidstermen als 'personeelscapaciteit', effectieve inzet van 'menskracht', de 'zorgzwaarte van bewoners', 'werklastmetingen' en de 'gestegen hulpindex'. Oplossingen worden gezocht in de dienstroosters, in een opnamestop waardoor minder mensen verzorgd hoeven te worden, in 'extra handen' door vrijwilligers te recrutereren voor de huiskamers, etcetera. Voor verzorgenden zijn dit abstracties waar ze zelf geen invloed op kunnen uitoefenen. Het uitgevoerde onderzoek heeft dit eenzijdige beeld aangevuld, door het probleem te formuleren in termen van het verantwoordelijkheidsgevoel van verzorgenden, de afhankelijkheid van bewoners van hulp van verzorgenden, de noodzaak om prioriteiten te stellen en het gevoel 'nooit klaar' te zijn met het werk. Voor de oplossing voor het probleem zou dat

betekenen dat naast meer personeel, ook geprobeerd kan worden om verzorgenden behulpzaam te zijn bij het leren stellen van prioriteiten tussen verschillende taken.

Tot slot is in de *derde fase van de kwaliteitscyclus* vereist dat de betrokkenen *reflecteren op de gebruikelijke oplossingen* die ze kiezen om de door hen ervaren problemen op te lossen en de geleverde kennis biedt daartoe aanknopingspunten. Tevens moet daarbij aan de orde komen welke effecten de gebruikelijke oplossingen hebben voor de kwaliteit van zorg. Pas als de uitvoerende zorgverleners zich bewust zijn van de vanzelfsprekendheid waarmee ze naar problemen en oplossingen kijken, kunnen ze nadenken of veranderingen gewenst zijn en welke maatregelen nodig zouden zijn.

8.4.2 *Verbetering van de kwaliteit van zorg in verpleeghuizen*

Aanbevelingen voor de reductie van de problemen

Bij de formulering van aanbevelingen voor de reductie van problemen, moeten twee opmerkingen worden gemaakt. De eerste heeft betrekking op het niveau waarop het onderzoek is uitgevoerd. Het microniveau, oftewel de interacties van personen in georganiseerd verband stonden centraal. Aan de basis van deze aanpak ligt de vooronderstelling dat individuen betekenis verlenen aan de situatie waarin ze zich bevinden en dat ze op grond daarvan zullen handelen. Op die manier construeren ze deels hun eigen werkelijkheid en ontstaan de structuren waarbinnen ze kunnen manoeuvreren (zie § 4.1). Aanbevelingen voor de reductie van de problemen bevinden zich al snel op het macro- en mesoniveau en dat lijkt op het eerste oog een incongruentie die niet gemakkelijk is te overbruggen. Dat is maar ten dele het geval, omdat er in een onderzoek op het interactionele niveau wel degelijk aandacht is voor de wisselwerking tussen interacties van actoren en de structuren op macroniveau³. Ontwikkelingen op macroniveau (bijvoorbeeld veroudering van de bevolking, veranderingen in het financieringsstelsel van de gezondheidszorg, nieuwe wetgeving) beïnvloeden de organisatie waarin verzorgenden werken en de omstandigheden waaronder ze hun werk moeten uitvoeren. Maar deze omstandigheden zijn niet deterministisch, in die zin dat de interpretatie en de reactie van individuen op de veranderingen kan verschillen. Reacties op microniveau kunnen op hun beurt effect hebben op de ontwikkelingen op macro- en meso-niveau. De verpleeghuisdirecties (of de overheid) zullen zeker met maatregelen en voorstellen komen, als verzorgenden bijvoorbeeld massaal ontslag zouden nemen, omdat ze het niet eens zijn met de landelijke richtlijnen voor het opnamebeleid van de verpleeghuizen. Omdat het microniveau enerzijds en het meso- en macroniveau anderzijds niet los van elkaar zijn te zien, zullen op grond van de bevindingen uitspraken worden gedaan over beide niveaus.

³ Strauss (1987, pp. 163-164) geeft zelfs duidelijke richtlijnen om de structurele condities systematisch in de analyse van het onderzoeksmateriaal te betrekken. Zie voor een discussie hierover ook Wiener en Wijsmans (1990, pp. 22-29)

De tweede opmerking vooraf is dat aanbevelingen voor de problemen die verzorgenden ervaren lastig zijn te formuleren, omdat de voornaamste problemen betrekking hebben op de fundamentele spanningsvelden die aanwezig zijn in totale instituties. De spanningsverhouding tussen de efficiëntie van de organisatie en de eisen van de bewonergerichte (humane) verzorging is niet op te heffen. Het is wel mogelijk om de spanningsverhouding te verminderen en om verzorgenden vanuit een andere invalshoek naar de problemen te laten kijken, waardoor ze ze als minder problematisch beschouwen. Na deze twee opmerkingen zullen de toepassingen van het onderzoek worden beschreven voor de drie afzonderlijke problemen.

Het eerste probleem dat is behandeld is de opgave van het nooit eindigende werk (§ 6.2). Dit onderzoek heeft niet onderzocht hoe groot de werklast is, welke personeelscapaciteit er in de verpleeghuizen is en hoe groot de zorgzwaarte van de bewoners is. Daarentegen is het probleem vanuit het perspectief van verzorgenden bekeken en gedefinieerd in termen van verantwoordelijkheid ten opzichte van bewoners en een oneindige vraag om hulp en aandacht. Werkdruk is inherent aan veel functies in de gezondheidszorg, waarin een beroep wordt gedaan op persoonlijke inzet en op de zorg voor anderen en kan derhalve nooit volledig worden opgelost. Het beschikbaar stellen van voldoende *financiële middelen* kan het probleem wel reduceren. Hierbij kan worden gedacht aan de inzet van voldoende en goed opgeleid personeel en ook aan hulpmiddelen die het werk kunnen verlichten en vergemakkelijken, zoals een tillift en incontinentiemateriaal. Het probleem dat contacten met bewoners moeizaam verlopen waardoor verzorgenden zich onzeker voelen, is eveneens inherent aan het werk in het verpleeghuis (§ 6.3). Er worden veelal mensen opgenomen die gestigmatiseerd zijn, die in de samenleving niet geheel meetellen omdat ze oud zijn en lijden aan lichamelijke en/of psychische aandoeningen. Ook voor verzorgenden, die dagelijks met de bewoners omgaan, blijven sommige situaties vreemd en ongewoon. Daardoor vinden zij het moeilijk om bij contacten met bewoners de juiste benadering te vinden en hun houding te bepalen.

Het is te verwachten dat dit probleem in de komende jaren groter zal worden, omdat de opnameindicaties zijn verscherpt onder druk van de veroudering van de bevolking (zie § 1.4). Dat betekent dat de bewoners bij de opname zeker zijn of in een verder stadium van het dementieproces zijn, meer zorg nodig hebben en dat in een aantal gevallen de tijd die ze in het verpleeghuis verblijven kort is, omdat ze zeer snel na hun opname komen te overlijden. Als gevolg hiervan krijgen verzorgenden vaker te maken met 'ongewone' en problematische zorgsituaties, zoals bewoners met wie ze geen contact meer kunnen krijgen en terminale bewoners.

Hieruit vloeit voort dat het niet wenselijk is om in het verpleeghuis alleen maar ernstig zieke, langdurig blijvende bewoners en terminale patiënten op te nemen. Een *gevarieerde samenstelling* van revalidatiebewoners én terminale en chronische bewoners is op grond van dit onderzoek aan te bevelen. Ook kan worden gedacht aan de dagbehandeling, waaraan veelal mensen deelnemen met wie verzorgenden kunnen praten en een goed contact kunnen opbouwen. Tevens kan worden

gedacht aan de bijzondere zorg die de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (1992) voorstelt als vorm van differentiatie van het verpleeghuisprodukt. Doelgroepen zijn bijvoorbeeld AIDS-patiënten, nierdialyse patiënten die institutioneel behandeld moeten worden of jonge patiënten die bijzondere opvang nodig hebben.

De spanning tussen distantie en betrokkenheid is eveneens een probleem dat hoort bij het werk in de gezondheidszorg. In het verpleeghuis is het zeer nadrukkelijk aanwezig, omdat daar de gevolgen van hoge ouderdom en ziekte direct waarneembaar zijn, zoals eenzaamheid, lijden, geestelijke aftakeling en sterven. De confrontatie met deze gebeurtenissen roept bij de verzorgenden gevoelens van angst, verdriet en onrust op. Ook voor dit probleem is geen oplossing te vinden, waardoor het volledig wordt opgeheven. Wel kan ook hier de opname van bewoners met *verschillende vooruitzichten* het probleem verkleinen, zodat verzorgenden naast ernstig zieke bewoners ook bewoners verzorgen die revalideren, die plezier beleven aan de activiteiten die worden georganiseerd en die naar het verzorgingstehuis (terug) kunnen.

Ook vanuit een ander oogpunt is deze variatie gunstig. Teamleden geven meestal een voorkeur aan voor de bewoners waar ze het liefst mee willen werken. Voor sommigen betekent dat, dat ze op een verpleegbehoefte afdeling gaan werken met demente ouderen of met revalidatiebewoners willen werken, voor anderen dat ze veel voldoening ontleen aan het geven van stervensbegeleiding of aan de omgang met mensen op een dubbelzorg-afdeling. Tegen deze achtergrond is het aan te bevelen dat verzorgenden in een verpleeghuis kunnen *kieszen* op welke afdeling ze willen werken, zodat ze bewoners verzorgen waarmee ze graag om willen gaan en waar ze hun capaciteiten het best in kunnen zetten.

Aanbevelingen voor de opleiding tot ziekenverzorgende

Uit de interviews kwam naar voren dat leerling-ziekenverzorgenden vaak op grond van vage en veelal idealistische noties voor het beroep van ziekenverzorgende kiezen. Slechts een klein deel van hen maakt een bewuste keuze om te solliciteren bij een somatisch of een psychogeriatrisch verpleeghuis, terwijl dat onderscheid enorme verschillen in de inhoud van het werk met zich meebrengt. Op grond hiervan is het aan te bevelen om leerlingen kennis te laten maken met de verschillen, voordat zij een definitieve keuze maken om bij één van beide typen verpleeghuizen te solliciteren en te gaan werken. De kans dat zij hun opleiding afronden en tot hun recht komen op de afdeling van hun keuze wordt daardoor vergroot.

In de *eerste fase van de socialisatie*, die grotendeels samenvalt met de beroepsvoorbereidende periode, ligt een aangrijpingspunt om verzorgenden te *leren omgaan* met de *afwijkende situaties* waar ze met name in het begin onwennig tegenover staan (§ 7.2.2). In de opleiding zouden ziekte, invaliditeit en dementie niet alleen als zodanig aan de orde moeten komen, maar behandeld kunnen worden in het licht van de gevolgen die ze hebben voor de omgang tussen bewoners en verzorgenden. Vanuit dat gezichtspunt kan aan de orde worden gesteld welke impliciete maatstaven en omgangsregels verzorgenden hanteren, hoe ze op grond daarvan

mensen beoordelen en hoe ze met ongewoon gedrag of zichtbare misvormingen kunnen omgaan. Mogelijk maakt dit het gemakkelijker om te wennen aan de in veel opzichten ongewone situatie in het verpleeghuis en om minder normatief naar de problematiek te kijken.

Het belangrijkste aangrijpingspunt ligt in de *tweede fase van de ontwikkeling* die leerlingen doormaken en die ongeveer overeenkomt met de eerste leerperiode. In deze fase ondervinden leerlingen de spanning tussen hetgeen ze hebben geleerd, hun verwachtingen en wensen en de werkmethoden in de dagelijkse praktijk. Ze zoeken naar wegen om de onzekerheid die door de spanning wordt opgevoeld te verminderen en in deze fase wordt dan ook de basis gelegd voor de manier waarop ze de problemen in de toekomst zullen oplossen. Het belangrijkste daarin is dat ze *goede begeleiding* krijgen bij het leren oplossen van hun problemen en dat ze van vaste stafleden het goede voorbeeld krijgen.

De goede begeleiding heeft betrekking op drie onderwerpen. Leerlingen staan vooral in deze fase onder druk om veel werk te verrichten dat voor hen nog lang niet zo routinematig verloopt als voor de gediplomeerden. Leerlingen leren op dat moment hoe ze met de opgave van het nooit eindigende werk om moeten gaan en vaste teamleden kunnen inzicht geven in de manier waarop ze *prioriteiten stellen* en laten zien hoe zij dit probleem oplossen. Daarbij zullen ook alternatieve oplossingen aan de orde moeten komen in relatie tot de consequenties die ze hebben voor de zorg aan bewoners.

Leerlingen leren in deze fase *vertrouwd te raken* met de omstandigheden in het verpleeghuis. Ze worden veelal voor het eerst geconfronteerd met 'vreemde' situaties als gevolg van handicaps, lichamelijke ziekten, ouderdom en dementie. Een goede begeleiding van leerlingen tijdens de periode waarin ze wennen aan de situatie, kan bevorderen dat ze het gedrag en het uiterlijk van de bewoners minder gaan zien als 'afwijkend van het normale', maar gaan ervaren als deel van het dagelijks leven in het verpleeghuis. Dat kan hun onwennigheid en onzekerheid in de benadering van bewoners verminderen.

Leerlingen blijken erg veel moeite te hebben om te leren omgaan met de emotionele belasting van het werk. Meestal is het hun eerste kennismaking met aftaking, ontredde en sterven. Tijdens hun opleiding wordt de basis gelegd om later op een *constructieve manier met gevoelens om te gaan*. Verschillende geïnterviewden suggereerden dat het uitermate belangrijk is om leerlingen het niet alleen op te laten lossen, maar om samen moeilijke situaties aan te pakken en hen zodoende te leren op een professionele manier hulp en steun te bieden, maar ook om afstand te nemen van hun werk.

Aanbevelingen voor de strategieën van verzorgenden

Vanuit het oogpunt van de relationele zorg, verdient de *overlegstrategie* de voorkeur boven de uniformeringsstrategie om het probleem van het nooit eindigende werk te hanteren (§ 7.3.4). Dat wil zeggen dat teamleden zouden moeten communiceren over de taken die van belang zijn en dat ze gezamenlijk prioriteiten moeten stellen. In een team waarin overleg en besprekingen als middelen dienen om prioriteiten te stellen, blijken teamleden de zorg gemakkelijker te kunnen afstem-

men op de persoonlijke behoeften van de bewoners en in de relationele zorg te voorzien. Teams die de oplossing zoeken in vooraf vastgelegde procedures, in vergaande taakverdeling en in de bijbehorende onderlinge controle op hard werken, zoals bij de uniformeringsstrategie het geval is (§ 7.3.1), zijn niet in staat de zorg te diversificeren, waardoor de relationele aspecten veel minder tot hun recht komen.

Onder de teamleden met een overlegstrategie leeft de indruk dat ze zelf invloed kunnen uitoefenen op de organisatie van de verzorging en dat ze inspraak hebben. Door hen wordt actief gezocht naar alternatieve oplossingen voor problemen. Het is van belang dat teamleden met een uniformeringsstrategie beseffen, dat ze door hun oriëntatie op de tijd, de dagindeling, op aantallen en de hoeveelheid werk, altijd werken onder de dreiging dat de situatie kan escaleren. Onder die dreiging ligt het voor de hand dat ze de rust en de tijd niet nemen voor de relationele aspecten van de zorg.

Voor het probleem van de onzekerheid over contacten met bewoners en afwijkende situaties, is vanuit het oogpunt van de relationele zorg geen aanbeveling te geven voor de normalisatie- of de acceptatiestrategie. De keuze voor een strategie is zeer *afhankelijk is van de situatie*, al is het duidelijk dat bij de laatste strategie de bewoner de belangrijke referente ander is voor de verzorgenden. In de literatuur wordt verondersteld dat de normalisatiestrategie de voorkeur krijgt van de patiënten zelf, tenminste als het voor hen enigszins mogelijk is om een zo gewoon mogelijk leven te leiden (§ 7.3.2). In dat geval overstijgen de baten de nadelen van de strategie. Maar de diverse auteurs zetten hun vraagtekens bij de wenselijkheid van deze strategie als het omgekeerde het geval is en de nadelen zwaarder gaan wegen dan de voordelen. Dat is meestal het geval als de ziekten en handicaps het leven zo ernstig verstoren, dat het onmogelijk wordt gewoon te leven. In het verpleeghuis doet zich deze situatie dikwijls voor en in dat geval lijkt het beter om te accepteren dat het leven 'abnormaal' is geworden (§ 7.3.5). Verzorgenden corrigeren het gedrag van bewoners dan minder en confronteren hen zo min mogelijk met hun achteruitgang, wat op dat moment de meest geschikte manier is om de eigenwaarde van bewoners te respecteren.

Naast de bovenstaande overweging is het nodig dat verzorgenden zich *bewustzijn* van de normen en maatstaven waarmee ze de situatie van de bewoners vergelijken en beoordelen, omdat hun handelen daar voor een belangrijk deel van afhangt. Vergelijken ze met gezonde volwassen mensen, dan zullen ze neigen naar een normalisatiestrategie en wanneer ze refereren aan aangepaste omgangsregels die passen bij de situatie in het verpleeghuis, dan zullen ze eerder een acceptatiestrategie volgen. Het verdient voorkeur om zoveel mogelijk uit te gaan van de specifieke situatie van de bewoners en hun vooruitzichten.

Op grond van de bevindingen van het onderzoek en de bevestiging daarvan in andere onderzoeken, heeft de *doseringsstrategie* de voorkeur boven de vermijdingsstrategie. Ten eerste omdat de relationele zorg dan van hogere kwaliteit is en ten tweede omdat de vermijding van contacten tussen verzorgenden en bewoners als oplossing voor het probleem van distantie en betrokkenheid, voor beide partijen vooral nadelen oplevert (§ 7.3.3). De bewoners ontvangen weinig steun en de be-

nodigde relationele zorg wordt hen ontzegd. De verzorgenden missen betekenisvolle contacten met bewoners, die hen veel voldoening kunnen schenken. Vermijden is geen constructieve manier om met het probleem van distantie en betrokkenheid om te gaan en dat verzorgenden deze strategie toch gebruiken, lijkt dan ook voor een belangrijk deel verklaarbaar te zijn uit hun socialisatie: ze hebben zelf geleerd om op die manier met het probleem om te gaan.

Bij de doseringsstrategie permitteren verzorgenden het zich om geïnvolveerd te raken bij de situatie van bewoners en tegelijk zichzelf beschermen tegen een te grote betrokkenheid (§ 7.3.6). Voorwaarde is dat verzorgenden naast invloering ook hun *eigen grenzen leren bewaken* en tijdig afstand nemen van het werk. Niet om contacten te vermijden en te ontvluchten, maar om de gevoelens die het werk bij hen oproept te laten rusten en bij te komen. Tevens is het van belang om in het team een sfeer te creëren waarbinnen het mogelijk is om *open* uit te komen voor *gevoelens* en elkaar daarin te *ondersteunen*. Hoe moeilijk dat is blijkt uit het moeizaam verloop van veranderingen van de bestaande situatie op dat terrein; initiatieven moeten levend gehouden worden, anders dreigen ze snel weer te verdwijnen.

8.4.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Het onderzoek heeft antwoord gegeven op de onderzoeksvragen die in de inleiding zijn geformuleerd. Maar er zijn niet alleen vragen beantwoord, er zijn ook nieuwe vragen opgeroepen. Om deze te bestuderen zou vervolgonderzoek wenselijk zijn en daarvoor worden in deze paragraaf enkele aanbevelingen gedaan. Sommige aanbevelingen zijn gericht op onderzoek dat op grond van de hier uitgevoerde studie, nieuwe kennis zou kunnen opleveren op het gebied van de medische sociologie (de sociale aspecten van ziekte, gezondheid en hulpverlening). Andere betreffen het onderzoek naar de kwaliteit van zorg en de toepassing daarvan in de praktijk.

Onderzoek naar het perspectief van verzorgenden en andere betrokken partijen

In deze studie is kwaliteit van zorg bestudeerd vanuit één perspectief, namelijk dat van de verzorgenden in het verpleeghuis. Omdat het oordeel over de kwaliteit van een object nooit los te zien is van de positie en de belangen van een betrokken partij, is het noodzakelijk om een invalshoek te kiezen van waaruit naar kwaliteit wordt gekeken (§ 2.1). De keuze voor de verzorgenden is beargumenteerd vanuit de gedachte dat zij verreweg de grootste groep zijn in het verpleeghuis en dat zij de meeste directe contacten met de bewoners hebben. Op die gronden kan worden beredeneerd dat hun denk- en handelwijzen de kwaliteit van zorg in het verpleeghuis in hoge mate zullen beïnvloeden. Dit onderzoek doet geen uitspraak over de perspectieven van andere betrokkenen in het verpleeghuis, die op de Leidschendamconferenties over kwaliteit aanwezig waren, namelijk de andere aanbieders (zorgverleners en leidinggevenden), de gebruikers, de verzekeraars en de overheid (zie § 1.1). Het zou zeer nuttig zijn om de studie aan te vullen met

onderzoeken naar de kwaliteit van zorg vanuit deze andere perspectieven. Hier zal alleen worden ingegaan op de groep bewoners en op de groepen die in het verpleeghuis werkzaam zijn (de zorgverleners en de leidinggevenden). Betrokkenen die op afstand invloed uitoefenen, zoals de overheid en de zorgverzekeraars, zullen buiten beschouwing worden gelaten.

Gedacht vanuit de toenemende belangstelling in de gezondheidszorg voor de behoeften en wensen van de gebruikers, lijkt het voor de hand te liggen om het perspectief van bewoners te onderzoeken. In allerlei sectoren van de gezondheidszorg moeten tevredenheidsonderzoek, patiëntenraadpleging, marktonderzoek, etcetera bijdragen aan een dienstverlening die is afgestemd op de wensen van de klant. De aandacht voor de klant zou in verpleeghuizen kunnen inhouden dat er in de toekomst meer rekening zal worden gehouden met de relationele aspecten, omdat ze een belangrijk deel van de dienstverlening aan de gebruiker uitmaken en omdat ze door bewoners en hun familieleden in hun oordeel over de kwaliteit betrokken worden.

Wel moet er rekening mee worden gehouden dat het niet eenvoudig is om het perspectief van bewoners te achterhalen, omdat de ervaring van dit en andere onderzoeken leert dat de verzameling van gegevens bij de bewoners door hun slechte gezondheidssituatie en dementie ernstig wordt bemoeilijkt (zie § 2.2). De hulpbehoefte van de bewoners bij opname is de laatste jaren gestegen en naar verwachting zal dat de komende jaren niet veranderen. Het is de vraag of de bewoners dan mondig genoeg zijn om aan te geven wat ze graag zouden willen. De Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) constateert:

'De consument is een langdurig/chronisch zieke of oudere persoon, die in meer of mindere mate zijn zelfstandigheid van handelen heeft moeten opgeven door de gevolgen van een ziekte of gebrek; dit kan zich uitstrekken tot en met aantasting van het vermogen tot het zelfstandig maken van keuzen: deze consument is niet zonder meer een mondige, kritische.' (NVVz 1992, p. 10)

Dat betekent dat anderen voor hen op moeten komen en hun belangen zullen moeten behartigen, zoals familieleden of de Nederlandse Vereniging Belangenbehartiging Verpleeghuisbewoners. Geredeneerd vanuit het subjectgebonden karakter van het begrip kwaliteit, hebben familieleden en regelmatige bezoekers hun eigen perspectief op kwaliteit van zorg vanuit hun positie en belangen. Een onderzoek vanuit het perspectief van de vertegenwoordigers van de bewoners, zou op deze gronden gerechtvaardigd zijn.

Voorts verdient het aanbeveling om het onderzoek te herhalen bij andere zorgverleners in het verpleeghuis, zoals verpleeghuisartsen, paramedici en activiteitenbegeleiders. Vanuit hun deskundigheid en positie in het verpleeghuis kunnen zij een andere visie hebben op kwaliteit dan de verzorgenden. Inzicht daarin kan het begrip voor elkaars standpunten vergroten, wat ten goede kan komen aan de samenwerking in het multidisciplinaire team en daarmee de kwaliteit van de zorg. Het perspectief van verzorgenden is onderzocht aan de hand van de ideeën van

Erving Goffman over totale instituties (zie § 3.2). Deze invalshoek bleek een vruchtbare te zijn en zou ook gebruikt kunnen worden voor de bestudering van de perspectieven van andere stafleden.

Leidinggevenden en managers van verpleeghuizen zullen in de toekomst een belangrijke taak krijgen in de uitvoering van kwaliteitszorg. Het ontwerp van de wet op de Kwaliteit van door instellingen verleende zorg en de wijziging van het ziektekostenstelsel, hebben in de verpleeghuizen geleid tot allerlei projecten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering, waarbij het management dikwijls een voortrekkersrol moet vervullen. Vanuit die functie gezien is het standpunt van het management ten aanzien van kwaliteit van belang, omdat het mede moet bepalen welke categorie aspecten het wil verbeteren in het verpleeghuis en welke daarvan prioriteit moet krijgen. Daarbij is het essentieel dat de leidinggevenden ook weten wat de andere betrokkenen belangrijk vinden, met welke problemen ze kampen en welke strategieën ze gebruiken. Inzicht daarin kan voorkomen dat geïnitieerde projecten voor kwaliteitsbewaking en -bevordering niet slagen, omdat ze stuiten op weerstanden bij de uitvoerenden. (Zie ook wat in § 8.3 is besproken over de passendheid van maatregelen bij de leefwereld van betrokkenen.)

Onderzoek naar de samenhang tussen relationele en instrumentele aspecten van zorg

In dit onderzoek is bewust gekozen om de relationele aspecten te onderzoeken. De veronderstelling was dat de categorie relationele aspecten voor chronische zieken en voor de *care-sector*, een belangrijk onderdeel van de zorg is en sterk bepalend is voor het oordeel over de kwaliteit van de zorg (zie § 1.4). Behandeling en genezing krijgen in het verpleeghuis relatief gezien minder nadruk en verpleging, verzorging en begeleiding nemen in belang toe. Dit verschil tussen de *cure-sector* en de *care-sector* was ook de aanleiding om een extra conferentie te organiseren over kwaliteit van zorg, speciaal voor de gehandicapten- en ouderenzorg (zie § 1.1).

Niet alleen vanuit een zorginhoudelijke opvatting verdienen de relationele aspecten aandacht, ook vanuit de invalshoek van kwaliteit. De technische en instrumentele aspecten zijn veel vaker onderzocht dan de relationele aspecten. Op de eerste plaats omdat de gegevens eenvoudiger zijn te verkrijgen en op de tweede plaats omdat er meer criteria en standaarden zijn ontwikkeld voor deze aspecten, waardoor ze deel uit kunnen maken van meetinstrumenten die worden gebruikt in grootschalige onderzoeken. Die onderzoeken hebben aanleiding gegeven tot allerlei maatregelen ter verbetering van de kwaliteit. Voor de relationele aspecten is dit veel minder gebeurd en naar verwachting valt dus juist bij deze aspecten nog een grote kwaliteitswinst te behalen (§ 2.3.1).

De relationele aspecten zijn in dit onderzoek gedetailleerd uitgewerkt en de betekenis van de aspecten is vanuit het perspectief van verzorgenden specifiek voor de sector van de verpleeghuizen onderzocht. De analyse van de aspecten heeft duidelijk gemaakt wat verzorgenden ervaren als de kern van de relationele aspecten en waar het bij de afzonderlijke aspecten, zoals 'bejegening', 'zelfstandigheid' of 'privacy' omgaat. De omschrijving en uitwerking van de aspecten zijn het begin van de operationalisatie van deze aspecten.

Verdere operationalisatie draagt eraan bij dat ze deel uit kunnen gaan maken van het kwaliteitssysteem van een verpleeghuis. De noodzaak voor de afzonderlijke instellingen om een kwaliteitssysteem op te zetten is om twee redenen aanwezig. Ten eerste neigt de wetgever in het kader van de deregulering in het ontwerp van de wet op de Kwaliteit van door instellingen verleende zorg, die op dit moment in behandeling is, tot het stellen van procedurele eisen. Dat wil zeggen tot het stellen van eisen omtrent de aanwezigheid en het functioneren van een intern kwaliteitsbeleid, waarvan een kwaliteitssysteem een belangrijk onderdeel is (zie § 1.1). Ten tweede zal de externe toetsing door de overheid, maar eventueel ook door de verzekeraars, de gebruikers of onafhankelijke instanties, naar verwachting plaatsvinden op grond van een toetsing van het aanwezige kwaliteitssysteem. Dit zou kunnen gebeuren in het kader van de toekenning van een certificaat, een bewijs dat een instelling voldoende bezig is met kwaliteitszorg. De interne toetsing van de hulp- en zorgverlening blijft voornamelijk de verantwoordelijkheid van de zorgverleners zelf.

De noodzakelijke afbakening tot de relationele aspecten heeft met zich meegebracht dat de instrumentele en technische aspecten van de zorg niet aan de orde zijn geweest, terwijl er in een kwaliteitssysteem een evenwichtige verhouding zal moeten zijn tussen zorgtechnische en relationele aspecten van zorg. In verder onderzoek kan worden bestudeerd wat het verband is tussen het perspectief van een team van verzorgenden en de kwaliteit van zowel de relationele als de technische aspecten. Een belangrijke vraag daarbij is of de realisatie van kwaliteit van relationele zorg ten koste gaat van de kwaliteit van de technische aspecten en omgekeerd. Indrukken die hierover op grond van dit onderzoek bestaan, zijn dat teams met een hoge kwaliteit van relationele zorg, zeker géén slechtere basiszorg hoeven te verlenen dan teams die een lage kwaliteit van relationele zorg realiseren.

Onderzoek naar de dynamiek van de strategieën van verzorgenden

In het onderzoek is bestudeerd hoe nieuwe verzorgenden zich conformeren aan de bestaande situatie, hoe gebruikelijke denk- en gedragswijzen in stand blijven en welke mechanismen zorgen voor stabiliteit (zie § 7.2). Er is niet onderzocht welk verband er is tussen het voorkomen van strategieën en bepaalde structurele factoren. Uit de literatuur zijn factoren bekend, die de werkwijzen van het afdelingsteam zouden beïnvloeden, zoals de wijze van leidinggeven door het afdelingshoofd en de samenwerking met de medische staf of de individuele artsen (Nievaard 1986). Verder kan gedacht worden aan de wijze waarop het management van de instelling beleid vormt en stuurt, de bewoners die op de afdeling verblijven (psychogeriatricie of somatiek), het opleidingsniveau en de werkervaring van het personeel, de personeelscapaciteit op de afdeling en de organisatie van de verpleging (teamverpleging, geïntegreerde verpleging, taakgerichte verpleging) en het gebruik van zorg- en verpleegplannen.

Naar aanleiding daarvan kunnen even zo interessante vragen worden gesteld over de dynamiek van strategieën en uitgangspunten. Bijvoorbeeld: Kan een team er toe overgaan om een andere oplossing te kiezen voor een probleem? Wanneer en

onder invloed van welke factoren doen zulke veranderingen zich voor? Welke relatie is er tussen de factoren en de aard van de gekozen oplossing? Het bestuderen van de verandering van gebruiken en gewoonten zal zeker vanuit de beleids-optiek wenselijk worden geacht, omdat dit te maken heeft met de sturingsmogelijkheden van de werkwijzen van uitvoerende medewerkers. Inmiddels wordt onderzoek gedaan naar de sturingsmogelijkheden van zorgcultuur door het management in verpleeghuizen bij het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

De beantwoording van deze vragen vergt een onderzoeksontwerp waarin alle mogelijk relevante factoren in de studie worden betrokken. Onderzoek kan plaatsvinden in een relatief stabiele situatie (bijvoorbeeld weinig verloop van het personeel, geen reorganisatie, geen verandering in de bewoners die worden opgenomen) en in een veranderende situatie (zoals uitbreiding van de verpleeghuiscapaciteit, groot personeelsverloop, start van kwaliteitsproject op een afdeling). Dan kan gedacht worden aan een multiple-case studie (Yin 1987), waarbij een klein aantal teams nauwkeurig wordt beschreven en wordt gevolgd in de tijd. Bij een dergelijke opzet zal een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden hoogstwaarschijnlijk de meeste resultaten opleveren. Een andere mogelijkheid is een experimentele opzet, waarbij de onderzoeker de gevolgen van interventies op de werkwijzen van de verzorgenden bestudeert.

8.5 Tot besluit: kwaliteitszorg in verpleeghuizen

Kwaliteitszorg is door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid gedefinieerd als een taak van het management, dat allerlei methoden en technieken kan aanwenden om de kwaliteit te bewaken en te bevorderen (zie p. 31). Met management is zowel bedoeld het leiden van een organisatie, als het organiseren van de eigen werkzaamheden van een beroepsbeoefenaar. Uiteindelijk wordt gestreefd naar een systeem van integrale kwaliteitszorg, waaronder wordt verstaan dat alle medewerkers zijn betrokken bij het permanente streven naar verbetering van de kwaliteit en dat de activiteiten in alle delen van de organisatie plaatsvinden en betrekking hebben op iedere fase van de dienst- en zorgverlening. Het op deze wijze denken over verbetering van dienst- en zorgverlening, behoort tot de moderne benadering van kwaliteit.

Kwaliteitszorg richt zich op de aspecten van zorg die op empirische gronden in verband kunnen worden gebracht met het oordeel over de kwaliteit van zorg. Dit onderzoek heeft laten zien dat in het verpleeghuis de relationele aspecten van zorg, belangrijk zijn voor het oordeel dat verzorgenden vellen over de kwaliteit van de zorg. In een kwaliteitssysteem (de organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg) zal een evenwichtige verhouding moeten zijn tussen de relevante medisch-, verpleeg- en zorgtechnische aspecten en de relationele aspecten van zorg.

Kwaliteitszorg is een systematische bezigheid die vorm krijgt via de Deming-cyclus

of daarvan afgeleide vormen. Het gaat niet om eenmalige activiteiten, maar om een voortdurende evaluatie en bijstelling van het handelen. De sociaal-wetenschappelijke benadering van het kwaliteitsvraagstuk in dit onderzoek, heeft geleid tot een voorstel tot modificatie van de kwaliteitscyclus. In de verschillende fasen van de cyclus wordt informatie verzameld over de huidige situatie, bijvoorbeeld via meetinstrumenten, en wordt vergeleken met opgestelde criteria of normen. De bevinding van dit onderzoek is, dat het zinvol is om eveneens systematisch informatie te verkrijgen over de leefwereld van de direct uitvoerenden van de zorgverlening. Kennis over hoe zij de situatie beleven, welke problemen ze ervaren en welke oplossingen ze gebruikelijk hanteren, kan bijdragen aan beter passend beleid ten aanzien van de verpleeghuiszorg.

Kwaliteitszorg moet worden gedragen door de gehele organisatie, maar de rol van het management wordt in de beschikbare literatuur groot geacht. Leidinggevend en krijgen over het algemeen een initiërende en motiverende rol toebedeeld. Zij moeten het proces sturen en voorwaarden scheppen, zodat de medewerkers ook werkelijk de kwaliteit kunnen bewaken en verbeteren. Vooralsnog zullen ze in het kader van de wet op de Kwaliteit van door instellingen verleende zorg en de wijziging van het ziektekostenstelsel, beginnen met het opzetten van kwaliteitssystemen. Het ontwikkelen van een dergelijk systeem, betekent in de praktijk soms het op gang brengen van een verandering of het aanbrengen van een nieuwe structuur in al bestaande activiteiten. De theoretische inzichten die dit onderzoek heeft opgeleverd, kunnen daar mogelijk een bijdrage aan leveren.

Literatuur

- Aller, H.L., J.A. Stoop en H.W. Stuit, 'Identiteit verpleeghuis en verpleeghuisgeneeskunde: deel I'. *Medisch Contact* 39 (1984) 4, pp. 121-123.
- Andriessen, J.H.A., 'Kwaliteitsprofielen: de kwaliteit van het dagelijks handelen in het verpleeghuis'. *Senior* 33 (1987) 15, pp. 302-305.
- Andriessen, J.H.A., *Handleiding voor kwaliteitsprofielen: methodiek voor kwaliteitsbevordering in instellingen voor langdurende zorg*. NZi, Utrecht 1989.
- Baker, D.E., "Care" in the geriatric ward: an account of two styles of nursing.' In: J. Wilson-Barnett (ed.), *Nursing research: ten studies in patient care*. [Developments in nursing research; 2.] Wiley Medical Publication, Chichester 1983, pp. 101-117.
- Becker, H.S., B. Geer, E.C. Hughes and A.L. Strauss, *Boys in white: student culture in medical school*. The University of Chicago Press, Chicago 1961.
- Begeleidingscommissie Kwaliteit en Doelmatigheid verpleeghuizen, *Verslag van de zoekronde 1984-medio 1985*. NZr, Utrecht 1986.
- Bergsma, J., *Identiteit, lichamelijke verstoring en autonomie: een somatopsychologische studie voor hulpverlener en patiënt*. De Tijdstroom, Lochem 1987.
- Berkestijn, Th.M.G. van en P.J.A. Colsen, 'Kwaliteit van zorg: een conferentie van de KNMG voor WVC'. *Medisch Contact* 44 (1989) 13, pp. 423-426.
- Berwick, D.M., 'Continuous improvement as an ideal in health care'. *New England Journal of Medicine* 320 (1989) 1, pp. 53-56.
- Beugeling, A., 'Signaaltoets als basis voor kwaliteitsbeheersing en -beheer'. *Ziekenhuis Management Magazine* (1990) 3, p. 25.
- Bik, M., *De signaaltoets voor verpleeghuizen: een onderzoek met betrekking tot het ontwikkelen van een methodiek om de kwaliteit in een verpleeghuis te kunnen toetsen*. [Doctoraalscriptie Beleid en Management Gezondheidszorg.] Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam 1992.
- Boekholdt, M.G., A. Beugeling en L.W. Davits, 'Kwaliteitszorg in drieledig perspectief: naar een volgende fase'. *Ziekenhuis Management Magazine* (1992) 10, pp. 322-329.
- Boot, J.M. en M.H.J.M. Knapen, *De Nederlandse gezondheidszorg*. [Aula paperback; 123.] Het Spectrum, Utrecht 1990.
- Bos, G.A.M. van den, *Zorgen van en voor chronisch zieken*. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht 1989.
- Bos, G.A.M. van den, *Van oude mensen de dingen die niet voorbijgaan*. [Oratie.] Universiteit van Amsterdam, Amsterdam 1993.
- Bosch, C.F.M., *Betrokkenheid op de verpleegafdeling: onderzoek naar de interactie tussen verpleegkundigen, patiënten en artsen op de verpleegafdelingen door middel van participerende observatie*. [Verpleegkundige studies; 50.] De Tijdstroom, Lochem 1984.

- Bus, M.A.B., L. Hollands, A.N. Appelman en B.J.A.M. van Bergen, *Een meetinstrument voor de kwaliteit van verpleging en verzorging van psychogeriatrische bewoners in verpleeghuizen*. De Tijdstroom, Utrecht 1993.
- Caljouw, J.C., E.J. van Herk en D. Panjer, '50 jaar Het Zonnehuis-Beekbergen'. In: J.C. Caljouw e.a., *De identiteit van het verpleeghuis. Een bundel opstellen samengesteld onder auspiciën van de Vereniging Het Zonnehuis*. De Tijdstroom, Lochem 1980, pp. 1-21.
- Casparie, A.F., 'Kwaliteit in de gezondheidszorg: huidige inzichten en toekomstige ontwikkelingen'. *Medisch Contact* 44 (1989) 14, pp. 477-482.
- Casparie, A.F., 'Gezondheidszorgonderzoek bij chronische ziekten: parameters van kwaliteit van zorg'. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 69 (1991) 7, pp. 242-245.
- Cassee, E.Th., 'Kommunikatie en therapeutisch gedrag'. In: E.Th. Cassee en C.J. Lammers, *Mensen in het ziekenhuis: nieuwe vormen van leidinggeven en kommunikatie*. Tjeenk Willink, Groningen 1973, pp. 81-102.
- Charmaz, K., 'Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill'. *Sociology of Health and Illness* 5 (1983) 2, pp. 168-195.
- Clark, P. and A. Bowling, 'Quality of everyday life in long stay institutions for the elderly: an observational study of long stay hospital and nursing home care'. *Social Science and Medicine* 30 (1990) 11, pp. 1201-1210.
- Coenen, H., P. Pennartz en F. Wester, 'Doorbraken, transformaties en fasen in het onderzoeksproces'. In: H. Coenen, P. Pennartz en F. Wester (red.), *Nasporingen: structuren van interpretatief sociaal-wetenschappelijk onderzoek*. [SISWO-publikatie; 332.] SISWO, Amsterdam 1988, pp. 156-166.
- Conrad, P., 'Qualitative research on chronic illness: a commentary on method and conceptual development'. *Social Science and Medicine* 30 (1990) 11, pp. 1257-1263.
- Crombie, I.K. and H.T.O. Davies, 'Missing link in the audit cycle'. *Quality in Health Care* 2 (1993) 1, pp. 47-48.
- Davis, F., *Passage through crisis: polio victims and their families*. Bobbs-Merrill, Indianapolis 1963.
- Donabedian, A., *Explorations in quality assessment and monitoring, Vol I The definition of quality and approaches to its assessment*. Health Administration Press, Ann Arbor 1980.
- Donabedian, A., 'The quality of care: how can it be assessed?'. *Journal of American Medical Association* 260 (1988) 12, pp. 1743-1748.
- Doorn, J.A.A. van, Inleiding in: Goffman, E., *Totale instituties*. [Keur der sociologie; Reeks 'Modernen'.] Universitaire Pers Rotterdam/Nijgh & Van Ditmar Educatief, Rotterdam 1977.
- Driessen, S., *Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen: ontwikkeling van een meetinstrument*. [Doctoraalscriptie Beleid en Management Gezondheidszorg.] Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam 1992.
- Elias, N., 'Problemen van distantie en betrokkenheid'. In: *Sociologie en geschiedenis en andere essays*. Van Gennep, Amsterdam 1971, pp. 157-203.
- Feil, N., *Validation; Een nieuwe benadering in de omgang met gedesoriënteerde ouderen*. KA-VANA, Dwingeloo 1991.
- Frissen, M.A.G., 'Partijen in de gezondheidszorg maken afspraken over kwaliteit'. *Medisch Contact* 45 (1990) 27/28, pp. 871-875.

- Gemert, G.H. van en R.B. Minderaa (red.), *Zorg voor verstandelijk gehandicapten*. Van Gorcum, Assen/Maastricht 1993.
- Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid voor de provincie Utrecht en de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid Utrecht en Flevoland, *Basiszorg, minimumzorg? Een inventariserend onderzoek naar knelpunten in de basiszorg op somatische en psychogeriatrische afdelingen van de verpleeghuizen in de provincie Utrecht*. 1989.
- Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volkgezondheid, *Kwaliteitszorg in de GGZ en GGZZ*. [Discussienota.] Rijswijk 1990.
- Glaser, B.G. and A.L. Strauss, *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. Aldine, New York 1967.
- Glaser, B.G. en A.L. Strauss, *Besef van de naderende dood*. Samsom, Alphen aan den Rijn 1973.
- Goffman, E., *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Penguin Books, Harmondsworth 1968.
- Goffman, E., *Totale instituties*. [Keur der sociologie; Reeks 'Modernen'.] Universitaire Pers Rotterdam/Nijgh & Van Ditmar Educatief, Rotterdam 1977.
- Goffman, E., *Stigma: Aantekeningen over het omgaan met een geschonden identiteit*. Bijleveld, Utrecht 1979.
- Goffman, E., *De dramaturgie van het dagelijks leven: schijn en werkelijkheid in sociale interacties*. Bijleveld, Utrecht 1983.
- Groen, B., N. Willemse en R. Rijkschroeff, *Op zoek naar kwaliteitscriteria van de eerstelijnsgezondheidszorg vanuit het patiëntenperspectief*. Instituut voor de Wetenschap der Andragogie, Amsterdam 1990.
- Grol, R.P.T.M. (red.), *Kwaliteitsbewaking in de verpleeghuisgeneeskunde: methoden van intercollegiale toetsing*. VUGA, 's-Gravenhage 1991.
- Grypdonck, M., 'Van continuïteit van zorg naar zorg voor continuïteit'. *Tijdschrift voor Ziekenverpleging* 43 (1989) 15, pp. 487-492.
- Harteloh, P.P.M. en A.F. Casparie, *Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. VUGA, 's-Gravenhage 1991.
- Harteloh, P.P.M. en J.W.G. Kistemaker, 'Denken over kwaliteit'. *Nederlands Tijdschrift voor Fysiotherapie* (1993) 1, pp. 4-8.
- Hattinga Verschure, J.C.M., 'Het verpleeghuis: inrichtings- of leefgemeenschapsmodel'. *Het Ziekenhuis* (1979) 9, pp. 214-218.
- Have, H. ten, *Het verpleeghuis: veld van onderzoek. Een micro-sociologisch onderzoek naar de betekeniswerelden van patiënten en personeel in het verpleeghuis*. Van Loghum Slaterus, Deventer 1979.
- Heer, M. de, *Nat kan niet wachten: wat vindt de patiënt van de zorg in het verpleeghuis*. [Oprichting Voortgezette opleiding beroepsinnovatie.] Leusden 1989.
- Heuvel, W.J.A. van den, *Het verpleegtehuis: leven van huis uit*. [Gerontologie en Geriatrie; 7.] Dekker & van de Vegt, Nijmegen 1977.
- Hofstede, H. en M. Scavenius, 'De spanning tussen betrokkenheid en distantie in arts-patiënte gesprekken'. *Metamedica* 61 (1982), pp. 351-359.
- Hutchinson, S.A., 'Creating meaning: grounded theory of NICU nurses'. In: Chenitz, W.C. and J.M. Swanson (ed.), *From practice to grounded theory: qualitative research in nursing*. Addison-Wesley, California 1986, pp. 191-204.

- Kelk, C., *Recht voor geïnstitutionaliseerden: de functies van het recht in penitentiaire inrichtingen, psychiatrische ziekenhuizen en andere totale instituties*. [Oratie Rijksuniversiteit Utrecht.] Gouda Quint, Arnhem 1983.
- Klazinga, N.S., 'Kwaliteitsbeleid in de gehandicapten- en ouderenzorg: bespiegelingen vanuit de curatieve sector'. In: Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, *Conferentie Kwaliteit van zorg in de gehandicapten- en ouderenzorg. Inleidingen gehouden op de conferentie september 1990 te Leidschendam*. NIZW, Utrecht 1990, pp. 18-24.
- Knafelz, K.A. and J.A. Deatrick, 'How families manage chronic conditions: an analysis of the concept of normalization'. *Research in Nursing and Health* 9 (1986), pp. 215-222.
- Kruyssen, F. van der, *Het verpleeghuis als woon-werkomgeving*. [Adequaat blijven verplegen; 1.] Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht 1986.
- Lemmens, F. en M. Donker, *Kwaliteitsbeoordeling door cliënten: een metastudie naar tevredenheidsonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg*. [NcGv-reeks; 90-6.] Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, Utrecht 1990.
- Levitin, T.E., 'Deviants as active participants in the labeling process: the visibly handicapped'. In: J.G. Manis and B.N. Meltzer, *Symbolic interaction: A reader in social psychology*. Allyn and Bacon, Boston 1978, pp. 345-352.
- Lingen, B. van, B. van Bergen en L. Hollands, 'Kwaliteit in verpleeghuizen: goede zorg is meetbaar'. *Het Ziekenhuis* (1988) 23/24, pp. 1085-1088.
- Lingen, B. van e.a., *Kwaliteit van verpleegkundige zorg in verpleeghuizen: een meetinstrument*. De Tijdstroom, Lochem 1990.
- Lofland, J., 'Interactionist imagery and analytic interruptus'. In: J.G. Manis and B.N. Meltzer, *Symbolic interaction: A reader in social psychology*. Boston, Allyn and Bacon 1978, pp. 402-408.
- Maso, I., *Kwalitatief onderzoek*. Boom, Meppel/Amsterdam 1987.
- Melia, K.M., 'Student nurses' construction of occupational socialisation'. *Sociology of Health and Illness* 6 (1984) 2, pp. 132-151.
- Menzies, I.E.P., 'A case-study in the functioning of social systems as a defence against anxiety: a report on a study of the nursing service of a general hospital'. *Human Relations* 13 (1960), pp. 195-121.
- Merton, R.K., G.G. Reader and P.L. Kendall (ed.), *The student-physician: introductory studies in the sociology of medical education*. Harvard University Press, Cambridge (Mass.) 1969.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Nota kwaliteit van zorg*. [Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1990-1991, pub. 22 113, nr. 1.] SDU, 's-Gravenhage 1991.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Financieel Overzicht Zorg*. [Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1991-1992, pub. 22 311, nrs. 1-2.] 's-Gravenhage 1992.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, *Financieel Overzicht Zorg*. [Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1992-1993, pub. 22 808, nrs. 1-2.] 's-Gravenhage 1993.
- Moss, F.E. and V.J. Halamandaris, *Too old, too sick, too bad: nursing homes in America*. Aspen Systems Press, Germantown 1977.
- Naafs, J., *Leven in tehuisen: een leven waard?* [Cahiers ouderdom en levensloop; 14.] Van Loghum Slaterus, Deventer 1987.

- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening*. Zoetermeer 1986.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Discussienota algemeen begrippenkader kwaliteitsbevordering*. Zoetermeer 1990a.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Begrippenkader kwaliteit van de instellingen*. Zoetermeer 1990b.
- Nationaal Ziekenhuisinstituut, *De intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1989*. [nr. 90.671.] NZi, Utrecht 1989.
- Nationaal Ziekenhuisinstituut, *De intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1991*. [nr. 192.814.] NZi, Utrecht 1991.
- Nationaal Ziekenhuisinstituut, *Kwaliteitszorg in ontwikkeling*. NZi, Utrecht 1993.
- Nationale Ziekenhuisraad, *Verpleeghuiszorg in perspectief: beleidsnota sectie verpleeghuizen NZr*. Utrecht 1989.
- Nederlands Centrum voor Democratische Burgerschapsvorming, *Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief. Verslag van de op 21 september georganiseerde studiedag*. NCDB, Amsterdam 1990.
- Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, *Conferentie Kwaliteit van zorg in de gehandicapten- en ouderenzorg. Inleidingen gehouden op de conferentie september 1990 te Leidschenham*. NIZW, Utrecht 1990.
- Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie, *Kwaliteit van zorg & Informatie*. NP/CF, Utrecht 1993.
- Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, *Verpleeghuizen op de zorgmarkt: een handreiking voor een inhoudelijke plaatsbepaling*. Nederlandse Zorgfederatie, Utrecht 1992.
- Neijzen, J.A. en M. Trompetter, *Kwaliteitszorg in dienstverlenende organisaties: de klant is koning, maar wie maakt er de dienst uit?* Kluwer, Deventer 1989.
- Nievaard, A.C., *Triaden in het ziekenhuis: een sociologisch onderzoek naar artsen, verplegenden en patiënten*. VUGA/Lisbon, 's-Gravenhage 1986.
- Nievaard, A.C., 'Validiteit en betrouwbaarheid in kwalitatief onderzoek'. In: I. Maso en A. Smaling (red.), *Objectiviteit in kwalitatief onderzoek*. Boom, Meppel/Amsterdam 1990, pp. 75-96.
- Nievaard, A.C., 'Reflectie: Over de gefundeerde theoriebenadering en de toepassingsmogelijkheden van kwalitatief onderzoek'. In: A.L.J. Goethals en A.C. Nievaard (red.), *Gezondheidszorg en Hulpverlening II*. [SISWO publikatie; 380.] SISWO, Amsterdam 1993, pp. 99-105.
- Oleson, V.L. and E.W. Whittaker, *The silent dialogue: a study in the social psychology of professional socialization*. Jossey-Bass, San Francisco 1968.
- Oostrom, T., *Kwaliteit kost tijd: een onderzoek naar de kwaliteit van de centrale intake voor wijkverpleging en gezinsverzorging*. [Doctoraalscriptie Beleid en Management Gezondheidszorg.] Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam 1991.
- Oostvogel, F.J.G., 'De historische ontwikkeling van het verpleeghuis'. In: J. Trommel, M.W. Ribbe en J.A. Stoop (red.), *Capita selecta van de verpleeghuisgeneeskunde*. Bohn, Scheltema & Holkema, Utrecht 1989, pp. 3-20.
- Pavalko, R.M., *Sociology of occupations and professions*. Peacock, Illinois 1971.
- Philp, I., S. Mawhinney and W.J. Mutch, 'Setting standards for long term care of the elderly in hospital'. *British Medical Journal* 302 (1991), p. 1056.

- Quinn, J.B., H. Mintzberg and R.M. James, *The strategy process: concepts, contexts and cases*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1988.
- Raad voor Gezondheidsonderzoek, *Advies kwaliteit van zorg: terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek*. [Advies no.6.] RGO, 's-Gravenhage 1990.
- Ribbe, M.W., *Wegen in de verpleeghuisgeneeskunde*. [Oratie.] Vrije Universiteit, Amsterdam 1992.
- Robinson, C.A., 'Managing life with a chronic condition: the story of normalization'. *Qualitative Health Research* 3 (1993) 1, pp. 6-28.
- Rooze, E., *Onzekerheidsreducerende strategieën: Kenmerken van de organisatiecultuur op chirurgische en interne afdelingen, een kwalitatief onderzoek onder verpleegkundigen*. [Doctoraalscriptie Beleid en Management Gezondheidszorg.] Erasmus Universiteit Rotterdam, Rotterdam 1992.
- Rose, G., *Deciphering sociological research*. Macmillan, Houndmills 1982.
- Roseboom, L. en J.A. Stoop, 'Kwaliteitsbevordering in verpleeghuizen'. *Medisch Contact* 42 (1987) 10, pp. 301-303.
- Roseboom, L., 'Verpleeghuizen bekeken op kwaliteit en doelmatigheid'. *Het Ziekenhuis* (1989) 3, pp. 114-116.
- Schatzman, L. and A.L. Strauss, *Field research: strategies for a natural sociology*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1973.
- Schepers, R.M.J. en A.C. Nievaard, *Ziekte en zorg: Inleiding in de medische sociologie*. [Serie Grondbeginselen der sociologie.] Stenfert Kroese, Leiden 1990.
- Schnabel, P., 'Wat is privacy?' in: L. Boon (red.), *Privacy in de gezondheidszorg; dilemma's bij zelfbeschikkingsrecht, leefklimaat, automatisering, patiëntenaautonomie bij behandelingen, volksgezondheidsonderzoek, gewenste intimiteiten*. [Ontwikkelingen in de gezondheidszorg; 11.] Stichting Sympos, Amstelveen 1990, pp. 6-13.
- Shibutani, T., 'Reference groups as perspectives'. In: J.G. Manis and B.N. Meltzer, *Symbolic interaction: A reader in social psychology*. Allyn and Bacon, Boston 1978, pp. 108-115.
- Silverman, D., *Organisatietheorie*. [Keur der sociologie; Reeks 'Modernen'.] Universitaire Pers Rotterdam/Nijgh & Van Ditmar Educatief, Rotterdam 1974.
- Simpson, I.H., 'Patterns of socialization into professions; the case of student nurses'. *Sociological Inquiry* 37 (1967), pp. 47-54.
- SIVIS (SIG Verpleeghuis Informatiesysteem), *Jaarboek Verpleeghuizen 1990*. Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg, Utrecht 1991.
- Spradley, J.P., *The ethnographic interview*. Holt, Rinehart & Winston, New York 1979.
- Steffen, G.E., 'Quality medical care: a definition'. *Journal of American Medical Association* 260 (1988) 1, pp. 56-61.
- Strauss, A.L., S. Fagerhaugh, B. Suczek and C. Wiener, *Social organization of medical work*. University of Chicago Press, Chicago 1985.
- Strauss, A.L., *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge University Press, Cambridge 1987.
- Strauss, A.L. and J. Corbin, *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Sage publications, Newbury Park 1990.
- Swanborn, P.G., 'Objectiviteit: een poging tot duidelijkheid'. In: I. Maso en A. Smaling (red.), *Objectiviteit in kwalitatief onderzoek*. Boom, Meppel/Amsterdam 1990, pp. 97-116.

- Tempelman, C.J.J., 'Persoonlijke problemen van verzorgend personeel in bejaarden-oorden'. *Senior* 31 (1984) 12, pp. 275-278.
- Verkaar, E.A.M.J., *Strategisch gedrag van kategoriale patiëntenorganisaties*. Rotterdam 1991.
- Ven, W.P.M.M. van de, 'Hoogste prioriteit voor langdurig zorgbehoeftigen: utopie of werkelijkheid?' In: L. Boon (red.), *Zorgvisies, prijs & kwaliteit*. [Ontwikkelingen in de gezondheidszorg; 15.] Stichting Sympoz, Amstelveen 1992, pp. 15-20.
- Vladeck, B.C., *Unloving care: the nursing home tragedy*. Basic Books, New York 1980.
- Vrolijk, A., F.M. Dijkema en G. Timmerman, *Gespreksmodellen: een geprogrammeerde instructie*. Samsom, Alphen aan den Rijn/Brussel 1972.
- Weert, N. van, J. Peeters en L. Gunther Moor, *Leefklimaat in verpleeghuizen en verzorgings-tehuizen: een benadering vanuit het perspectief van bewoners*. Instituut voor Toegepaste Sociale wetenschappen, Nijmegen 1989.
- Wester, F., *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Coutinho, Muiderberg 1991.
- Wester, F. en I. Maso, 'Het analyseproces in kwalitatief onderzoek'. In: F. Wester en I. Maso (red.), *Moelijkheden en mogelijkheden: het omgaan met problemen in de praktijk van de kwalitatieve analyse*. [SISWO publikatie; 354.] SISWO, Amsterdam 1991, pp. 7-21.
- Wiener, C.L., 'The burden of reumatoid arthritis'. In: A.L. Strauss e.a., *Chronic illness and the quality of life*. The C.V. Mosby Company, St. Louis 1984, pp. 88-98.
- Wiener, C.L. and W.M. Wismans (ed.), *Grounded theory in medical research: from theory to practice*. [Publications of the Helen Dowling Institute; 2.] Swets & Zeitlinger, Amsterdam 1990.
- Willemse, N., 'Patiënt en kwaliteit van zorg: mogelijke criteria voor de kwaliteit van de eerstelijnsgezondheidszorg'. *Medisch Contact* 45 (1990) 23, pp. 733-734.
- Wouters, C., 'Regulering van macht en emoties bij het levenseinde'. *Amsterdams Sociologisch Tijdschrift* 16 (1989) 3, pp. 3-30.
- Wulp, J.C. van der, *Verstoring en verwerking in verpleeghuizen. Belevingswereld en conflicten van hen die hun verdere leven in een verpleeghuis doorbrengen*. Intro, Nijkerk 1986.
- Wijnen, J.S. van en P.N.Th.M. Windt, 'Kwaliteitsbeheersing: van toevalstreffer naar zekere uitkomst'. *Senior* 36 (1990) 5, pp. 95-100.
- Yin, R.K., *Case study research: design and methods*. [Applied social research methods; 5.] Sage publications, Beverly Hills 1987.
- Zijderveld, A.C., *De theorie van het symbolisch interactionisme*. Boom, Amsterdam/Meppel 1973.

Bijlage I

Selectie van relationele aspecten uit de literatuur

De literatuur over aspectbenaderingen van kwaliteit van zorg is gebruikt om een eerste indruk te krijgen van mogelijk relevante aspecten voor de kwaliteit van de verpleeghuiszorg.

Voor een eerste selectie van relevante relationele aspecten zijn twee aspectbenaderingen gebruikt. Ten eerste de aspectbenadering van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV 1986). Deze aspectbenadering bevat een opsomming van aspecten vanuit het perspectief van de beroepsbeoefenaars. Ten tweede de aspectbenadering vanuit het patiëntenperspectief van het Nederlands Centrum voor Democratische Burgerschapsvorming (NCDB 1990).

De analyse van de aspectbenaderingen leverde de volgende opsomming op. Tussen haakjes wordt vermeld uit welke aspectbenadering het aspect afkomstig is: de NRV, het NCDB of uit beide.

Respectvolle bejegening:

De beroepsbeoefenaar dient de patiënt/consument te beschouwen als een gelijkwaardig medemens en diens waardigheid en eigen verantwoordelijkheid tot uitgangspunt te nemen (NRV en in iets andere bewoordingen NCDB).

Informatiebereidheid:

De beroepsbeoefenaar moet zowel op eigen initiatief als desgevraagd de voor de patiënt/consument relevante informatie verstrekken (NRV en NCDB).

Keuzevrijheid:

De patiënt moet keuzevrijheid hebben tussen zorgverleners en bij alternatieve behandelingen (NCDB).

Vertrouwensrelatie:

Onder een vertrouwensrelatie wordt verstaan dat de beroepsbeoefenaar en patiënt/consument 'op elkaar aankunnen'. De beroepsbeoefenaar dient de geheimhoudingsplicht in acht te nemen en de persoonlijk levenssfeer van de patiënt te eerbiedigen (NRV).

Coöperatie:

Met coöperatie wordt bedoeld dat de relatie tussen beroepsbeoefenaar en pa-

tiënt/consument een samenwerkingsrelatie dient te zijn, in die zin dat zij samen op weg zijn naar het beoogde doel (constructieve opstelling medewerker) (NRV).

Verantwoordingsbereidheid:

Onder verantwoordingsbereidheid wordt verstaan dat de beroepsbeoefenaar de keuze van zijn gedrag en handelwijze dient te kunnen verantwoorden (NRV).

Aandacht:

Er moet aandacht zijn voor ziekteoverstijgende vragen en voor de subjectieve beleving van de ziekte door de patiënt (NCDB).

Privacy:

Privacy met betrekking tot ruimte en indeling tijd alsook privacy met betrekking tot respect persoon (NCDB).

Continuïteit:

Continuïteit is van belang in situaties waarin verschillende beroepsbeoefenaren bij de zorg zijn betrokken. Er dient zorg te worden gedragen voor een goede overdracht van zijn (be)handelwijze aan diegene die hem aflost, opvolgt of vervangt. Het dient ook te worden gezien binnen het handelen van de beroepsbeoefenaar, in die zin dat er een logische afhandeling van werkzaamheden moet zijn (NRV).

Beschikbaarheid:

Beschikbaarheid omvat de mate van aanwezigheid van beroepsbeoefenaars en hun bereikbaarheid in tijd en toegankelijkheid (NRV).

Bijlage II

Topiclijst voor interviews in de explorerende onderzoeksfase

Deze topiclijst is gebruikt voor interviews met verschillende hulpverleners in het verpleeghuis.

1 Bewoners in verpleeghuis

- Bewoners op de afdeling (psychogeriatric of somatiek)
- Karakteristieken van bewoners (communicatiemogelijkheden, aandoeningen, verblijfsduur, toekomstperspectief, zelfzorg, psychische beperkingen)
- Wat voor zorg hebben bewoners nodig (bestaat er een zorgvisie)
- Heeft de afdeling een speciale doelstelling

2 Taakinvulling en betekenis van taken

- Wat moet een (invullen beroep) doen in het verpleeghuis
- Wat is de plaats van dit beroep in het geheel van de verpleeghuiszorg
- Wat is de motivatie van de hulpverlener om juist op deze afdeling te gaan werken (de contacten met bewoners, de verzorging, eventueel vergelijkingen met andere instellingen)

3 Kwaliteit van zorg

- Wat verstaan hulpverleners onder goede zorg (omschrijving)
- Welke criteria hanteren ze
- Komen opvattingen van verschillende zorgverleners overeen
- Welke aspecten zijn van belang in de zorg voor bewoners
- Hoe zien ze verpleeghuiszorg bijvoorbeeld ten opzichte van ziekenhuiszorg

4 Benadering van bewoners

- Wat is er belangrijk in de relatie met bewoners (hoe ontstaat een relatie, hoe wordt een relatie opgebouwd)
- Is het moeilijk om met bewoners om te gaan die meestal niet genezen

5 Probleemervaring

- Wat ondervinden hulpverleners als knelpunten (emotioneel, prioriteitenstellen en werkdruk)
- Hoe verloopt de samenwerking met directe collega's (hechte groep, sfeer, waarover wordt gepraat)

- Hoe verlopen contacten met andere disciplines
- Wat is moeilijk in de benadering van bewoners
- Wordt het werk als zwaar ervaren (oorzaken)

6 Verbetering van zorg in verpleeghuizen

- Wat zou volgens de hulpverlener verbeterd kunnen worden
- Zijn er concrete projecten ter verbetering van kwaliteit van zorg
- Voelt de hulpverlener zich in staat zelf elementen in het werk te verbeteren (stimulerende en belemmerende factoren)
- Zijn er recent veranderingen geweest (hoe zijn die ervaren, wat waren effecten)

Bijlage III

Topiclijst voor interviews met verzorgenden

A Dit deel van de topiclijst is voor alle verzorgenden

1 Kwaliteit van zorg

Typering van de bewoners op de afdeling

- Bewoners op de afdeling (psychogeriatric of somatiek)
- Karakteristieken van bewoners (communicatiemogelijkheden, aandoeningen, verblijfsduur, toekomstperspectief, zelfzorg, psychische beperkingen)
- Wat voor zorg hebben bewoners nodig

Opvattingen over kwaliteit van zorg

- Wat verstaan verzorgenden onder goede zorg (omschrijving)
- Welke criteria hanteren ze
- Wat is er belangrijk in de relatie met bewoners
- Hoe zien ze verpleeghuiszorg bijvoorbeeld ten opzichte van ziekenhuiszorg
- Maken verzorgenden verschillen tussen bewoners
- Over welke vaardigheden moeten verzorgenden beschikken om goede zorg te verlenen (sociale vaardigheden, liefde kunnen geven, zich in kunnen zetten, hard kunnen werken, kennis hebben, ervaring hebben in het werk met mensen)

Welke aspecten van zorg zijn belangrijk voor kwaliteit

- Privacy (informatie, gebruik van bedgordijnen, eigen plaats van bewoners)
- Autonomie (zelfzorg, participatie van bewoners in de zorg, zelfstandigheid, hospitalisatie)
- Aandacht (gezelschap, spelletjes doen, praten, tijd hebben voor de mensen)
- Continuïteit (herkenning, wederzijdse kennis, vertrouwen)
- Bereikbaarheid (vragen van bewoners beantwoorden, bewoners niet laten wachten)
- Respectbetoon (bewoners netjes aankleden, beleefd aanspreken van bewoners)

Betekenis van de aspecten

- Wat is de betekenis van de aspecten (onafhankelijkheid, eenzaamheid tegen- gaan, lichamelijke afwijkingen verbergen)
- Wat verstaan verzorgenden onder eigenwaarde (zelfvertrouwen, hoe bewoners over zichzelf denken, zin van het leven)

Doorvragen over: waardoor verliezen bewoners hun gevoel van eigenwaarde, hoe kan de eigenwaarde van bewoners worden bevorderd

2 Probleemervaring van verzorgenden*Probleem van de werkdruk*

- Voor welke taken voelen verzorgenden zich verantwoordelijk
- Is het takenpakket in de loop van de tijd veranderd (doorvragen over aard van de veranderingen)
- Vinden verzorgenden dat er te weinig personeel is
- Is de verpleging goed georganiseerd (wordt er bijvoorbeeld goed samenge- werkt)

Probleem van beperkte mogelijkheden van bewoners

- Tegen welke beperkingen van bewoners lopen verzorgenden aan
- Voelen verzorgenden zich onzeker in de omgang met bewoners (onder welke omstandigheden, bij welke bewoners)
- Krijgen verzorgenden reacties van hun omgeving (kennissen of vrienden, ne- gatieve reacties over bewoners)
- Is er sprake van gevoelens van machteloosheid om de situatie van bewoners te veranderen (wanneer doen zich die voor)

Probleem van distantie en betrokkenheid

- Met welke gebeurtenissen hebben verzorgenden het emotioneel moeilijk (overplaatsen van bewoners, ziekte en aftakeling, eenzaamheid, sterven van bewoners)
- Zijn er bewoners bij wie verzorgenden meer zijn betrokken (band of hechting, verblijfsduur, activiteiten en 'karakter' van bewoners, jonge bewoners)
- Bestaat er verband tussen persoonlijke ervaringen en gevoelens bij overlijden van bewoners

Veranderingen in het verpleeghuis

- Zijn er recente veranderingen geweest, welke
- Wat waren gevolgen voor de zorg
- Hebben verzorgenden invloed gehad op de veranderingen

3 Oplossingen van verzorgenden*Doelmatigheid vergroten en keuzen maken*

- Hoe vergroten verzorgenden de efficiëntie van hun zorgverlening (hard wer- ken, taken onderling verdelen, elkaar motiveren en in de gaten houden, regels maken, met elkaar overleggen, basiszorg uitvoeren)

- Lossen deze oplossingen het probleem van de werkdruk op? (voordelen, nadelen)
- Wat zijn de consequenties voor de zorg aan bewoners (weinig tijd en aandacht, bewoners moeten wachten, bewoners krijgen waar ze behoefte aan hebben)

Hanteren van onzekerheid in de omgang met bewoners

- Hoe gaan verzorgenden om met onwennigheid en onzekerheid in de omgang met bewoners (doen zo normaal mogelijk, corrigeren gedrag, praten niet over afwijkingen, accepteren het, bespreken onderling de beste benadering)
- Gedragen ze zich anders bij bewoners dan in de omgang met anderen (hoe dan)
- Verminderen de benaderingswijzen hun onzekerheid en angst
- Wat voor gevolgen heeft de oplossing naar hun eigen idee
- Welke rol speelt de familie en de directe omgeving van de verzorgende

Omgaan met emotionele problemen

- Hoe gaan verzorgenden om met de emotionele gebeurtenissen (verharden, niet over praten, wel over praten, contacten met ernstig zieke of stervende bewoners vermijden, thuis niet aan het werk denken, elkaar aflossen)
- Welke beperkingen zien verzorgenden van de verschillende oplossingen voor zichzelf of voor de bewoners
- Welke positieve effecten zien ze voor zichzelf en voor de bewoners

4 Persoonlijke gegevens en ervaringen van verzorgenden

- Welke opleiding heeft verzorgende gehad
- Hoeveel jaar werkervaring (in dit verpleeghuis, elders)
- Wil de verzorgende hier blijven werken (doorvragen naar redenen)

B Dit deel van de topiclijst is speciaal voor leerlingen

1 Keuze voor de opleiding

Motivatie voor de keuze voor ziekenverzorging

- Redenen om deze opleiding te doen (verwachtingen van het beroep, kennis-making met verpleeghuis, familie die in het verpleeghuis is verpleegd, bekenden die in het verpleeghuis werken)

Voldoet het werk aan de verwachtingen

- Komen verwachtingen overeen met het dagelijkse werk (welke wel en welke niet, doorvragen naar oorzaken)

2 Kwaliteit van zorg voor bewoners

Wat verstaan leerlingen onder goede zorg

- Welke aspecten van zorg zijn belangrijk voor bewoners
- Wat is de betekenis van de aspecten

Ontwikkeling van de opvattingen over kwaliteit

- Hoe komen leerlingen in aanraking met opvattingen over goede zorg (vinden leerlingen zelf, geleerd op school, uit het verpleeghuis)
- Oriëntatie op welke groep (medeleerlingen, collega's, bewoners)

3 Probleemervaringen

Problemen van leerlingen

- Welke problemen hebben leerlingen bij de realisatie van kwaliteit van zorg (werkdruk, onwennigheid in de omgang met bewoners, emotionele problemen)
- Wat zien leerlingen als oorzaken van de problemen (te weinig personeel, onvoldoende leiding, gebrek aan deskundigheid en ervaring, de bewoners)
- Zijn de problemen veranderd gedurende de opleiding
- Herkennen leerlingen deze problemen bij anderen (collega's, medeleerlingen)

4 Oplossen van problemen

Oplossingen van leerlingen

- Welke oplossingen gebruiken leerlingen (hard werken, keuzen maken tussen taken, praten over problemen met anderen, zelf veranderingen voorstellen in het team, ontwijken van bepaalde werkzaamheden)
- Hoe beoordelen leerlingen deze oplossingen (gunstig of minder gunstig effect op de zorg voor bewoners, wat vinden ze zelf van hun handelen)

Hoe leren leerlingen problemen oplossen

- Hoe komen leerlingen aan de oplossingen (letten op rol van de geleerde theorie, ervaringen van anderen leerlingen, leren van collega's)
- Belangrijke referentiegroepen (medeleerlingen, docenten, bewoners, collega's)

Veranderingen gedurende de opleiding

- Constateren leerlingen zelf veranderingen tussen het begin van de werkperiode in het verpleeghuis en aan het eind (in opvattingen, in werkwijzen)

5 Plannen voor toekomst

Hoe ziet de leerling zijn toekomst

- Wil de leerling de opleiding afmaken (redenen)
- Wil de leerling in dit verpleeghuis blijven werken (wat is de reden dat het bevalt, wat is de reden om te kiezen voor een ander verpleeghuis)

Bijlage IV

Topiclijst voor docenten bij de opleiding tot ziekenverzorgende

1 Beroepskeuze van leerlingen

Verwachtingen van het beroep

- Wat verwachten leerlingen (liefde geven, voor mensen zorgen, contacten met mensen, hard werken)
- Vage of duidelijke verwachtingen
- Waardoor ontstaan verwachtingen (eerdere kennismaking met verpleeghuis, familielid is in verpleeghuis verpleegd, door wat anderen vertellen, door bekende die in het verpleeghuis werkt)

Invloed van belangrijke andere personen of groepen

- Sturing van beroepskeuze door ouders
- Invloed van medescholieren

Andere motieven

- Andere zaken die keuze beïnvloeden (werken en leren, uit huis gaan wonen, geld verdienen)

2 De beroepsvoorbereidende periode (BVP)

De aangeboden leerstof

- Wat voor vakken worden gegeven
- Vakken met betrekking tot de omgang met bewoners

Veranderingen van leerlingen in deze fase

- Veranderingen op welke gebieden (houding, verwachtingen van werk, opvattingen, visie op de praktijk)

Aansluiting van leerstof op praktijkervaring van leerlingen

- wijkt theorie af van praktijk (op welke terreinen, wat zijn de oorzaken)
- Ervaren leerlingen praktisch nut van theoretische lessen op school

Leerlingen die stoppen met de opleiding

- Redenen van leerlingen die zelf stoppen (te moeilijk, niet leuk)
- Redenen dat leerlingen word geadviseerd te stoppen (wie adviseert: school, het verpleeghuis, anderen)

- Om welke redenen wordt leerlingen geadviseerd te stoppen (houding, moeite met leren)

3 Praktijkervaringen van leerlingen

Wat leren ze

- Leren van technische vaardigheden (in het begin en later)
- Leren omgaan met gevoelens (in het begin en later)

Welke problemen komen leerlingen tegen

- Problemen met het werken in het verpleeghuis (problemen met de omgang met bewoners, met ziekte, sterven en dementie, problemen met de werkdruk, problemen met het werk met collega's in een team, problemen met familieleden van bewoners)
- Andere problemen (leren en werken, verschillende diensten, omgeving thuis, problemen met het halen van toetsen)

Begeleiding van leerlingen

- Begeleiding op school en in het verpleeghuis (opleidingscoördinator, werkbegeleiders, praktijkbegeleiders, collega's)
- Problemen met begeleiding die leerlingen ervaren (bereikbaarheid, te weinig begeleiding, slechte begeleiding)

Problemen oplossen door leerlingen

- Hoe leren leerlingen problemen oplossen (rol van de theorie, medeleerlingen, collega's nadoen, begeleiding)
- Hoe lossen ze hun problemen op (hard werken, zich aanpassen, ideeën uiten, actief in het team participeren, niet praten over gevoelens of angst)
- Wat doen leerlingen die hun probleem niet oplossen (stoppen met opleiding, kiezen ander verpleeghuis)
- Welke leerlingen ondervinden de meeste moeite om hun problemen op te lossen

Verschuiving van oriëntatie van de leerling

- Oriëntatie in eerste fase van de opleiding (bewoners, collega's, docenten op school, medeleerlingen)
- Idem voor latere fase van de opleiding

4 Verschillen tussen ervaringen van leerlingen

Verschillen in verpleeghuizen waar leerlingen stage lopen

- Waarin verschillen ervaringen (verschillende problemen van leerlingen, verschillende oplossingen voor problemen in teams)
- Kunnen de werkwijzen in verschillende teams worden getypeerd en wat zijn de oorzaken van verschillen

Bijlage V

Toelichting bij de methode kaartjes sortering

Om werkzaamheden van verzorgenden te inventariseren en inzicht te krijgen in de manier waarop ze hun taken indelen en waarderen is gebruik gemaakt van een methode met kaartjes, zoals Spradley (1979) die heeft beschreven. De respondent krijgt 26 kaartjes waarop allerlei taken staan die verzorgenden in het verpleeghuis uitvoeren. Daarbij wordt de volgende mondelinge toelichting gegeven:

‘Ik heb hier een stapel kaartjes. Op elk kaartje staat een taak die door jullie team wordt uitgevoerd. Zou je ze eens willen bekijken en zou je ze daarna in groepjes willen verdelen. Er zijn verschillende mogelijkheden.

Het gaat niet om een goede of foute ordening, maar om inzicht te krijgen in de manier waarop je naar je werk kijkt en ermee omgaat. Als er taken ontbreken (of niet goed zijn benoemd) dan kun je dat wijzigen.’

Stap 1

Op de kaartjes staan de volgende taken geschreven:

- | | |
|---|--|
| 1- voorraden aanvullen in de kast | 14- correctie van gedrag van bewoners |
| 2- keukenwerk en koffie schenken | 15- bewaken en observeren van bewoners |
| 3- werk in de spoelkeuken | 16- wassen en aankleden van bewoners |
| 4- bewoners geruststellen | 17- bedden opmaken |
| 5- praatje maken met de bewoners | 18- helpen bij de toiletgang |
| 6- afleggen van bewoners | 19- helpen bij eten en drinken |
| 7- wandelen met bewoners | 20- verschonon van bewoners |
| 8- overdragen naar collega's | 21- stervensbegeleiding |
| 9- zorgen voor rust op de afdeling | 22- catheteriseren |
| 10- praten met familie | 23- in de huiskamer aanwezig zijn |
| 11- wondverzorging | 24- stoma schoonmaken |
| 12- leerlingen begeleiden | 25- spelletjes doen met bewoners |
| 13- bijwonen van patiëntbesprekin-
gen | 26- medicijnen delen |

Stap 2

Na de indeling door de respondent konden de volgende vragen worden gesteld:

- 1 Welk criterium gebruik je om de taken in te delen?

- 2 Hoe zou je elk groepje noemen?
- 3 Zijn er nog taken die ontbreken?
- 4 Welke taken voer je alleen uit? (welke samen, met een groep, met het hele team, met andere disciplines)
- 5 Hoe vaak voer je de taken uit? (meer keren per dag, één keer per dag, wekelijks, maandelijks)
- 6 Welke taken zijn van te voren gepland en welke niet?
- 7 In welke ruimten voer je de werkzaamheden uit? (Op de slaapzaal, in de huiskamer, in de hal, op het toilet, in de douche, in de spoelkeuken, in de voorraadkamer, buiten de afdeling, op de eenpersoonskamers)
- 8 Wanneer voer je ze uit? (tijdstip van de dag, als het wordt gevraagd, als er wat gebeurt, onder bepaalde condities)
- 9 Welke taken zijn het belangrijkste op de afdeling? (waarom)
- 10 Welke taken vind je het leukst? (reden)
- 11 Welke taken vind je dat je te weinig doet? (argumentatie)
- 12 Zijn er werkzaamheden die je vies vindt?
- 13 Zijn er werkzaamheden die je moeilijk vindt om te doen?

Register

- Aanbevelingen 16, 18, 26, 43, 45, 217, 229, 230, 232, 234, 235, 237
- Aandacht 11-14, 22, 26, 28, 29, 31, 32, 35, 36, 40, 42, 43, 49, 56, 60, 68, 70, 74, 75, 79-81, 83, 86, 89, 97-103, 112, 118, 119, 124, 125, 127, 134, 136, 138, 145-148, 156, 159, 161, 167, 170-172, 174-176, 178, 179, 182, 184-190, 193, 194, 196, 203, 206, 211, 214-222, 230, 232, 237, 239
- Aanpassing 49, 54, 57, 94, 154, 164, 168, 176, 199-201, 203, 204, 212, 213, 221, 227, 230
- Acceptatie 49, 88, 89, 144, 152, 163, 166, 170, 180, 199, 201, 202, 204, 212, 214, 215, 221, 222, 236
- Acceptatiestrategie 75, 76, 183, 199, 200, 203, 204, 213, 221, 235, 236
- Afhankelijkheid 22, 28-30, 35, 37, 40, 41, 50, 57, 61, 69, 71, 74, 82, 83, 86, 87, 89, 93, 95, 96, 107-109, 113, 116, 118, 119, 129, 132, 134, 142, 143, 160, 179, 191, 200, 219, 229, 231, 236
- Afstandnemen 207
- Afwijkend gedrag 118, 131, 133, 135, 185, 199, 200, 204, 213, 221, 235
- Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen (ADL) 25, 171, 174, 202
- Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) 19, 25
- Analyse 14, 15, 17, 25, 27, 35, 38, 40, 42, 43, 45, 48, 60-62, 64, 73, 74-76, 79, 80, 84, 87, 119, 121, 122, 151, 152, 155, 156, 168-171, 211, 214, 222, 223, 229, 239
-eenheden 62
-kader 14, 27, 30, 33, 34, 37, 38
- constant vergelijkende - 62, 75, 223
- exploratiefase 61, 73
- inductieve - 59
- integratiefase 62, 73, 76, 122, 225
- reductiefase 42, 73, 225, 232
- specificatiefase 42, 62, 73
- Aspecten van zorg 13-18, 22, 26, 28, 29, 31-33, 36, 39, 41-45, 49, 51, 52, 61, 66, 68, 72, 74-77, 79-83, 118-124, 126-128, 137, 138, 146-148, 169-172, 175, 189, 195, 215, 218-220, 222, 225, 227-231, 235, 237-241
- dienstverlenende aspecten 32
- relationele aspecten 14, 15, 22, 29, 31, 39, 42, 43, 45, 74, 79, 82, 83, 118, 121, 122, 124-129, 137, 144, 146-148, 166, 167, 171, 172, 174, 179, 187, 189, 195, 196, 215, 216, 218-220, 222, 223, 228, 235-237, 239-241
- verpleegtechnische aspecten 14, 22, 123, 124, 190
- Attitude (zie Houding)
- Autonomie 41, 48, 112, 219
- Basiszorg 84, 122-125, 127, 146, 148, 159, 176, 188, 194, 195, 203, 215, 240
- Batch treatment 107-109, 126, 173
- Beheersing van emoties 55, 139, 169, 171, 180, 181, 187, 215, 221
- Behulpzaamheid 31, 43, 74, 79, 83, 104-108, 118, 119, 124, 138, 146, 147, 148, 193, 218-220
- Bejegening 14, 22, 29, 31, 32, 39, 41, 43, 74, 75, 79, 80, 83-86, 88, 90, 118, 119, 146, 148, 218-220, 239
- Beleefdheid 84-86, 90, 119, 136

- Beperkingen 20, 21, 27, 30, 41, 50, 66, 84, 86, 101, 102, 136, 139, 152, 170, 183, 185, 186, 199, 208, 212, 218, 221
 Beschikbaarheid 21, 22, 80, 104, 116
 Betrokkenheid 39, 40, 51-53, 57, 69, 70, 73, 75, 116, 121, 122, 137-140, 143, 145-148, 152, 164, 168, 170, 171, 180, 187, 196, 206-209, 212-215, 219-222, 225, 233, 236
 Betrouwbaarheid 69-71, 77, 217, 224
 Buitenstaanders 132

 Care 11, 20, 22, 47, 122, 140, 188, 208, 239
 Chronische ziekten 19-23, 50, 60, 87, 88, 96, 101, 102, 105, 108, 131, 136, 138, 142, 143, 182, 183, 185, 190, 200, 208, 225, 227, 239
 Co-morbiditeit 24
 Collegialiteit 74, 165, 178-180
 Continuïteit 36, 41, 43, 74, 75, 79, 80, 83, 114-119, 129, 138, 144, 147, 148, 192, 209, 218-220
 Controleprocedures 170
 Cure 11, 20, 122, 239

 Data-analyse (zie Analyse)
 Definitie van de situatie 13, 17, 26-28, 43, 45, 53-55, 59, 70, 74, 75, 77, 79, 80, 82, 83, 86, 91, 94, 97, 101-103, 107, 112, 116, 118, 120, 139, 144, 148, 154, 157, 164, 177, 196, 203, 206, 218, 223-225, 228, 230-232, 239
 Dementie 24, 142, 146, 160, 203, 234, 235, 237
 Deming-cyclus (zie Kwaliteitscyclus)
 Distantie 73, 75, 121, 122, 137-140, 145-148, 164, 168, 187, 206-208, 213, 214, 219-222, 225, 233, 236
 Doelmatigheid 12, 14, 34, 35, 52, 53, 57, 126, 146, 171, 172, 177, 179, 180, 187, 195, 212, 214, 215, 222
 Dosering 152, 170, 206, 212, 221
 Doseringsstrategie 206-208, 213-215, 222, 236
 Dubbelzorg 21, 63, 66, 82, 98, 99, 117, 128, 134-136, 141, 142, 145, 180, 181, 184, 189, 210, 234

 Eenzaamheid 88, 101, 102, 118, 132, 142, 191, 233

 Efficiëntie 17, 23, 52, 126, 146, 172, 214, 215, 219, 222, 232
 Eigenwaarde 61, 74, 75, 80, 109, 185
 Emoties 139, 145, 169, 171, 180, 181, 187, 191, 193, 197, 198, 208, 210, 212, 215, 221
 Emotionele belasting 130, 138, 148, 163, 187, 235
 Entreeprocedures 49

 Functiestoornissen 20-22, 66, 86, 87, 132, 136
 Functionele verpleging 63, 107, 108, 116, 171, 225

 Gebreken 20, 86, 90, 183, 185, 202, 212, 220, 221
 Gedifferentieerde afdelingen 66
 Gedragsstoornissen 22, 63, 184
 Gefundeerde theorie 25, 59-61, 73, 77, 223, 225, 228
 Geldigheid (zie Validiteit)
 Generalisatie 26, 64, 66, 77, 217, 223, 226
 analytische of theoretische – 64, 226
 statistische – 64, 226

 Handicap 81, 87, 99
 Hospitalisatie(proces) 75, 94, 95, 118, 119, 135, 175, 219
 Houding 32, 33, 41, 45, 67, 82, 83, 95, 125, 131, 138, 163-165, 179, 188, 190, 196, 229, 233

 Identiteit(s) 49, 50, 87-89, 108, 119, 131, 186, 225, 227
 -uitrusting 89, 186
 spoiled identity 87
 Informanten 68, 72, 156, 167, 170, 225
 Ingewijden 131, 220
 Inlevingsvermogen 139, 147, 171, 187, 201, 206, 207, 215
 Inmates 48, 51
 Instrumentele zorg 124, 126-129, 159, 195
 Integrale kwaliteitszorg 31, 33, 37-40, 217, 238, 239, 241
 Interinstitutionele visitatie 34
 Interviews 35, 51, 60, 61, 64, 67, 68, 70-72, 80, 84, 85, 94, 97, 98, 108, 114, 121-123, 140, 153, 155, 156, 162, 169, 170, 188,

- 194, 223, 224, 226, 234
niet-gestructureerde – 70
semi-gestructureerde – 71
topiclijst 61, 70-72
- Isolement (zie Eenzaamheid)
- Kaartjesmethode 68, 71, 72, 123, 127
- Kernthema 60, 75, 76, 118-120, 132, 219, 225, 227
- Keuzevrijheid 91, 93, 97, 218
- Kwalitatief onderzoek 59, 60, 62, 64, 70, 217, 224, 226-228
- Kwaliteit 11-19, 25-45, 47, 48, 53, 56, 57, 60-62, 64, 66, 74-76, 79, 80, 81, 83, 95, 107, 109, 118, 120-122, 125, 127, 146, 147, 159, 169, 170, 211, 215, 217-219, 222-224, 227-232, 236-241
abstract karakter 28, 41, 44, 120
– en doelmatigheid in verpleeghuizen (Kwaldo-project) 14, 34, 38, 39
oordeel 11, 13, 28, 29, 31-33, 39, 41, 42, 45, 81, 118, 154, 201, 218, 228, 237, 239, 241
primitief begrip 28, 81, 228
subjectgebonden karakter 13, 29, 40, 45, 238
- Kwaliteit van zorg 11-18, 25-31, 37, 39-41, 43-45, 53, 56, 57, 60, 61, 75, 76, 79-81, 83, 95, 107, 109, 118, 120-122, 169, 170, 211, 217-219, 222, 223, 227-232, 237-239, 241
aspectbenadering van kwaliteit 14, 27, 38, 41, 42, 45, 74, 79, 217, 228
goede zorg 13, 26, 56, 80, 82, 90, 118, 130, 138, 153, 218, 220
- Kwaliteitsbewaking en -bevordering 12, 14, 16, 25, 27, 30-33, 38, 45, 229, 230, 238
klassieke benadering 14, 45
moderne benadering (bedrijfskundige aanpak) 14, 27, 30-32, 38-40, 41, 45, 56, 241
preventief model 32, 33
therapeutisch model 31, 33
- Kwaliteits
–borging 30
–cirkels 34
–cyclus 16, 27, 32, 40, 43, 45, 217, 229-231, 241
–profielen 14, 34, 36, 38-40
–projecten 14, 27, 33, 34, 37-41, 45, 217, 230, 238
–score 37, 38
–systeem 12, 34, 35, 40, 239, 241, 242
–verbetering 12, 13, 30, 32, 33, 35-38, 44, 77
–verlies 12
–winst 42, 45, 239
- Leef
–klimaat 34, 37
–wereld 40, 43, 59, 94, 120, 173, 223, 229, 230, 238, 241
- Leerling-ziekenverzorgenden 13, 17, 24, 26, 56, 61, 67, 72, 90, 117, 123, 124, 135, 143, 151-169, 166, 168, 174, 179, 180, 181, 186, 188, 198, 211, 212, 220, 221, 225, 229, 230, 234, 235
begeleiding 20, 21, 52, 123, 142, 148, 153, 161, 163, 166, 180, 201, 234, 235, 239
beroepskeuze 156
- Leidschendamconferenties 11, 237
- Literatuuronderzoek 61, 69, 224, 225
- Lopende-bandwerk (zie Batch treatment)
- Marta- en Maria-perspectief 152, 211
- Meetinstrument 14, 34, 37-40
- Member checks 68, 170, 224, 225
- Minimalisering 183-185, 212, 221
- Misvormingen 87, 89, 113, 146, 186, 200, 234
- Mortificatie 49, 57, 172
- Non-verbale communicatie 99
- Nooit eindigend werk 121, 122, 126, 146, 148, 168, 171, 192, 213, 219, 221, 232, 234, 235
- Normalen 87, 131, 132
- Normalisatie
–proces 152, 170, 181-183, 186, 200, 212-215, 221, 222, 227, 235
–strategie 183, 199, 200, 212, 221, 236
- Normen 29, 35, 40, 131-134, 154, 155, 171, 178, 179, 182, 183, 186, 199, 205, 224, 229, 230, 236, 241
- Objectiviteit 26, 68, 217, 223, 224

- Ondersteuning 22, 163, 169, 175, 193, 197, 198, 207, 221, 236
- Onderzoeks
- eenheden 62, 64
 - model 14, 15, 18, 26, 27, 43, 44, 57, 74, 76, 79, 121, 151, 211
 - vragen 13, 17, 18, 40, 73, 77, 218, 237
- Ongedifferentieerde afdelingen 66
- Onwennigheid 131, 135, 136, 213, 221, 235
- Onzekerheid 121, 131, 134, 136, 137, 146, 164, 168, 182, 183, 199, 207, 212, 213, 219-221, 234, 235, 239, 241
- Opnameprocedure 14, 172, 173
- Ouderdom 90, 136, 144, 233, 235
- Overbelasting 122, 146
- Overleg 61-63, 65, 152, 170, 180, 192-194, 197, 212, 214, 215, 221, 222, 235
- Overlegstrategie 193, 195, 213, 214, 221, 235
- Overlijden (zie Sterven)
- Participatie 193, 221
- Participerende observatie 60, 61, 64, 68-70, 72, 75, 80, 155, 169, 203, 223, 224
- Patiëntenperspectief 39, 41, 79
- Peer debriefing 76, 170, 225
- Persoonlijke levenssfeer 110, 111, 218
- Perspectief 13, 14, 16, 25, 26, 29, 30, 33, 37-45, 47, 48, 53-57, 59, 60, 61, 71, 73, 74, 76, 79-81, 83, 94, 118, 120, 139, 151, 152, 154, 155, 159-161, 164-166, 168, 169, 184, 211, 212, 214-216, 219, 221-223, 228, 229, 231, 232, 237-240
- beginners- 54, 155, 156, 168, 212, 221
 - eind- 54, 155, 164, 168, 212, 221
 - groeps- 54, 162
 - onderzoek 228
 - tussentijds - 54, 155, 159, 160, 168, 212, 221
 - typologie 115, 126, 127, 214-216, 222, 234
- Prioriteiten 42, 122, 124, 126, 127, 129, 131, 146, 148, 152, 161, 170, 174-176, 192, 193, 195, 196, 212, 213, 220, 221, 231, 235
- Privacy 43, 47-50, 68, 74, 75, 79, 80, 83, 109-114, 118, 119, 124, 126, 127, 141, 146, 148, 195, 205, 206, 218-220, 239
- Probleemstelling 11, 13, 17, 71, 73, 80, 217, 223, 226-228
- Problemen 13, 15-17, 19, 26, 28, 29, 31, 37, 38, 40, 43, 45, 48, 50-54, 56, 57, 62, 72, 75, 76, 86, 98-101, 120-122, 131, 132, 134, 137-140, 142, 146-149, 151-153, 156, 157, 159, 160, 162-165, 167-170, 181, 183-185, 193, 194, 197, 198, 207, 211-215, 219-223, 226-232, 234, 235, 238, 241
- Project Registratie Intramurale Kwaliteitsbevordering (PRIK) 34 Psychogeriatric 20, 23, 24, 34, 37, 65, 66, 106, 118, 135, 160, 191, 240
- Quality assurance (zie Kwaliteitsborging)
- Rationalisering 207, 208
- Referentiegroep 56, 61, 151, 154, 162, 164, 168, 175, 195, 205, 212, 220
- Reflecteren 217, 231
- Renormalizing 199
- Replicatie 70, 223, 224
- Respect 84, 85, 90, 110, 181, 216
- Role-taking 59, 223
- Selective sampling 62
- Sensitizing concepts 61, 71, 73, 74, 76, 223
- Signaaltoets 14, 34, 35, 38-40
- Sociaal
- verlies 144
 - wetenschappelijke invalshoek 13, 16, 18, 41, 57
- Sociale
- contacten 13, 29, 42, 50, 69, 82, 86, 87, 95, 97-99, 101-104, 110, 117-119, 121, 122, 128, 131-135, 141, 146, 154, 171, 173, 181-183, 185, 188, 190, 191, 199, 206, 209, 212-215, 218-221, 227, 229, 232, 233, 235-237
 - controle 30, 31, 33, 49, 76, 94-96, 119, 128, 139, 140, 163, 164, 168, 169, 171, 177, 178, 180, 212, 219, 221, 224, 225, 235
- Socialisatieproces 17, 56, 152, 154, 155, 160, 163, 166, 212, 220
- Somatiek 20, 22-24, 37, 61, 63, 65, 66, 106, 133, 136, 240
- Stafleden 16, 17, 26, 48-52, 57, 110, 161, 168, 172, 179, 191, 212, 216, 219, 220, 234, 238, 240

- Standaardisatie 126, 128, 129, 171, 173, 174, 193, 212, 215, 221
- Sterven 22, 23, 66, 70, 75, 99, 118, 121, 128, 139, 140, 142-145, 148, 160, 163-165, 167, 181, 191, 192, 198, 206-209, 220, 233, 235
- Stigma 86, 87, 89, 90, 118, 131, 146, 185, 219, 220, 227
- Stigmatisering 60, 75, 87, 131, 225
- Strategie 17, 48, 52, 53, 55-57, 61, 73, 76, 151, 152, 164, 170, 171, 180, 182, 183, 186-188, 193, 199, 200, 206, 213, 214, 221, 222, 227, 235, 236
- Symbolisch interactionisme 59
- Taakgerichte verpleging 107, 180
- Tactieken 15-17, 26, 29, 43, 45, 48, 49, 56, 57, 76, 151, 162, 169-172, 175, 177, 178, 180, 181, 183-186, 188-191, 193, 195, 197, 199, 200, 207, 210, 212, 213, 221
- Team
- performance 187
 - verpleging 63, 65, 107, 116, 117, 225, 240
- Technische zorg 122, 216
- Tempo (zie Werktempo)
- Territorium 113, 219
- Theoretische selectie 60-62, 64, 70, 223, 226
- Theorievorming 60, 225
- Tolerantie 200, 204-206, 213, 221
- Totale institutie 16, 25, 48-52, 57, 60, 74, 95, 107, 110, 146, 172, 219, 227, 232, 238
- spanningsveld 19, 43, 52, 53, 121, 122, 138, 161, 206, 207, 213-215, 221, 222, 227
- Triangulatie 68, 69, 156, 224, 225
- Uiterlijk 75, 84, 86, 89, 90, 118, 119, 146, 185, 199, 218, 219, 235
- Uiterlijke verzorging 85, 88, 89, 185
- Uniformering 152, 170, 171, 174, 180, 193, 212, 221, 227
- Uniformeringsstrategie 171, 174, 175, 179, 180, 212, 214, 221, 235
- Validation-benadering 142
- Validiteit 24, 69-71, 76, 77, 217, 224-226
- Veldwerk 61, 68, 69, 73, 74, 143, 216
- Verbale communicatie 99
- Verbergen 85, 163, 183, 185, 186, 200, 212, 221
- Verharden 208, 209
- Vermijding 152, 170, 187, 212, 221, 236
- Vermijdingsstrategie 76, 191, 206, 213-215, 221, 222, 236
- Verpleeghuis
- afgeleide functies 22
 - arbeidsplaatsen 24
 - basisfuncties 21, 22
 - doelstellingen 16, 17, 29, 34, 36, 51, 52
 - functies 16, 18, 20-22, 25, 153, 154, 232
 - gecombineerd - 23, 66
 - hoofddiagnose(n) 24
 - kosten 18, 25, 80, 142
 - omvang 23, 61, 63, 65, 66, 76, 112, 177, 229
 - ontstaan 18, 22, 36, 107, 108, 116, 134, 138, 156, 232
 - patiëntengroepen 21, 23
 - populatie 23, 24
 - psychogeriatrische - 20, 23, 160
 - reactiveringsfunctie 19, 21
 - somatisch - 20, 61, 66, 136
 - terminale zorg 21
 - verblijfsfunctie 19, 21
 - woonfunctie 19, 48
- Waarden 29, 144, 154, 155, 206
- Wachten 50, 81, 96, 107-109, 130
- Wachtgedrag 50
- Welbevinden 11, 22, 48, 50-52, 88, 203
- Werk
- druk 25, 82, 122, 124, 125, 146, 157, 159, 164, 170, 172, 174, 176, 212, 214, 221, 231
 - tempo 128, 130, 143, 159, 161, 163, 164, 168, 171, 177, 178, 189, 212, 221
- Wet op de Kwaliteit van door instellingen verleende zorg (Kwaliteitswet zorginstellingen) 12, 18, 238, 239, 241
- Workload approach 161, 177
- Zelf
- beeld 49, 50, 87, 88, 101, 102, 119
 - bescherming 52, 53, 146, 214, 215, 219, 222

- standigheid 20, 36, 43, 74, 75, 79, 80, 83, 87, 91, 92, 94-97, 104, 115, 118, 119, 124, 126, 133, 146, 148, 157, 159, 171, 181, 195, 218-220, 231, 238, 239
- vertrouwen 87, 88, 97, 119, 157
- zorg 51, 74, 88, 91, 92, 94, 96, 97, 127, 182, 184, 201, 202, 218, 231
- Ziekenhuizen 18, 19, 35, 49, 51, 110, 122, 179, 182, 185, 190, 225, 227
- Ziekteverzuim 25, 130, 163, 165
- Zorg
 - bewonergerichte – 52, 57, 215, 222
 - bijzondere – 21, 22, 233
 - langdurende – 22
 - multidisciplinaire – 19
 - somatisch-plus 21
- Zorgbehoeften 21, 81, 105, 218
 - sociale behoeften 98
- Zorg
 - plus 21, 63
 - stelsel 12, 18
 - zwaarte 24, 231, 232

Summary

Quality of care is an important issue in Dutch health care. The reason for this increasing interest is the perceived need to determine quality in order to assess the effectiveness and efficiency of care, which is necessary in a health care system that will be more market-oriented in the near future. Recent studies have shown deficiencies in care in nursing homes that are thought to be unacceptable and should lead to improvement. Both developments give rise to research on the quality of care in nursing homes.

Two demarcations are made in this study. Firstly, quality of care is studied from the point of view of nurses, because they constitute the largest number of personnel in nursing homes in the Netherlands and it is they who provide for the residents during the day. Therefore nursing staff is considered to be an important factor in determining the way residents are cared for. Secondly, special importance is placed on the relational aspects of care as being an essential part of nursing home care. Because these aspects are hard to define and difficult to measure, they have never before been studied intensively.

The study focuses on three research questions. The first question is aimed at describing what nurses understand by the concept of quality of care. Answering this question implies making an inventory of the relevant aspects and trying to find out why nurses think these aspects are important. This requires identifying both their interpretation of the residents' situation and the task they define for themselves. The second question intends to study the problems nurses experience while trying to provide good quality of care and the strategies they use in coping with these problems. Part of the study is dedicated to how student nurses learn the solutions that are commonly used by staff on the wards. Finally, the results of the different solutions are examined with regard to quality of care.

The study aims at clarifying the theoretical concept of quality of care and at obtaining a better understanding of this concept in nursing homes. The sociological approach of the concept sheds new light on this subject. The study also seeks to acquire new knowledge about medical sociology and the social aspects of (chronic) illness, health and health care. The social contribution of the study being that the results could possibly serve as an incentive to improve quality in nursing homes.

'Quality' is hard to define, because people have difficulty in stating clearly what it is and in explaining its meaning. The characteristics of the concept of quality can, however, be identified. For example, quality is an abstraction; a person's judgement about something. A workable approach is chosen on the basis of these characteristics: quality of care is the judgement of the nurses in nursing homes about the relevant aspects of care, which is constituted by comparing the aspects of the situation desired with those of one experienced. This approach is the guiding principle for this research on quality from the perspective of nurses.

In the study four projects concerning quality assurance in nursing homes in the Netherlands are analysed. The results show that in all of these projects a combination of traditional and modern principles of quality assurance is used. The traditional elements are: the emphasis placed on professional judgement, the accent on the measurement of quality and the lack of continuation with the projects. Considering quality as a judgement, being aware of the importance of patients' needs along with the importance that is given to the aspects of service in health care and the cyclical structure of the projects; these examples exhibit the modern approach to quality assurance. The conclusion drawn from this analysis is used to shape this study.

Erving Goffman's descriptions of total institutions constitute the theoretical perspective of the study. With the concept of total institutions the author refers to facilities where the inmates are resident and are supervised by a small staff. In Goffman's view the staff try systematically to destroy the inmates' self-esteem ('mortification'), with the aim of making them adhere to the rules governing the system. Residents are manipulated and forced to do tasks in the company of other inmates, which severely infringes their privacy and autonomy.

Several authors have studied whether this concept of total institutions fits the nursing homes in the Netherlands. Some of them concluded that many situations observed in nursing homes resembled Goffman's descriptions and that the well-being of inmates was effected negatively by long-term residence in institutions. Yet researchers agree on the fact that this is due to the severity of their chronic illness and not to the purposeful behaviour of the staff. Other authors explain the deprivation of residents by pointing at the differing aims and concerns of staff and residents.

The most important issue in this discussion is that staff seems to be bound by two imperatives. On the one hand they have to work efficiently following institutional rules and customs. They also have to protect themselves from getting too involved with the patients' problems and concerns, as this causes fear and anxiety. On the other hand they have to provide humane care which demands involvement and empathy. It is supposed that this strain explains most of the problems nursing staff encounter in realizing quality of care. It also illustrates that nurses can choose from a small range of possible solutions or strategies to manage with their problems.

Shibutani's definition of perspective is used in the study. He regards a perspective as an ordered view of one's world and that which is taken for granted about the

attributes of various objects, of events and of human nature. It constitutes the matrix through which one perceives his environment. A strategy is formulated as a pattern of activities that one regularly uses to cope with problematic situations, referring to common and institutionalized ways of feeling, thinking and behaving. A strategy can consist of different tactics.

The grounded theory approach was used to answer the research questions. This type of research concentrates on theory construction (or theory building) and the data is mostly qualitative. Because this approach emphasizes the importance of processes of interaction and of meaning in people's lives, the researcher must try to see the world through the eyes of the individuals being researched (role-taking). Therefore flexible methods of data gathering are preferred, such as semi-structured interviews and participant observation. The use of these methods results in a description of the most important themes in the research field and should lead to an interpretation of the findings in the light of the main research question.

The approach consists of two basic principles. First, comparative analysis which means that data, ideas and theoretical concepts are compared and tested with new data collected in different groups or comparable situations. This meant for example that nurses' ideas about quality of care for mentally ill residents were compared with those about somatically ill residents and that the problems mentioned were compared in different situations. This results in an extensive description of each relevant concept that fits into the developing theory. Secondly, theoretical sampling indicates that the size and the nature of the sample and the choice of comparison groups will be decided from the data as the theory emerges. The selection was made on analytical grounds which meant, for example, that during the research it was decided to observe the wards where nurses gave different opinions about the peculiar behaviour of residents, because this turned out to be a main theme in their perception.

The research consisted of two phases. In the first phase the object of the study was explored mainly by participant observation on two wards in two different nursing homes which differed in the sort of residents who were taken care of, in the organization of the nursing staff, size, etc. Thirty-three interviews were supplemented to the observations of patients and staff of all disciplines, such as physicians, paramedical staff like physiotherapists, psychologists and nurses. The interviews and observations were structured by 'sensitizing concepts' that alerted the researcher to central issues.

In the second phase the accent was on the nurses and their ideas of what it is like to work in a nursing home. Five nursing homes were chosen and twelve wards were visited and observed. Thirty-seven nurses were interviewed and were also asked to categorize small cards with tasks written on them, in order to learn more about the way they regarded their daily work. Later on three nursing-school teachers were interviewed and specifically asked about student nurses.

The data were analysed according to the rules provided by the grounded-theory approach. Data collection and analysis were carried out simultaneously. At first

the field notes were explored which involved open coding. Finally, findings were integrated and the relationships between concepts were stated. Bias was prevented as much as possible by using control methods, such as replication, triangulation, member checks, peer debriefing and a literature search.

The generalization of results for the whole population is not allowed in qualitative research. The importance lies in the fact that the concepts which were found fit the field of research and can be used to describe and illustrate phenomena in different situations. Therefore it might be necessary to refine, adapt and amend the results found in this particular field of research.

Quality of care seems to be synonymous with good care from the point of view of nurses. Good care means that the care provided meets the residents' wishes and needs. To provide good care nurses must possess adequate knowledge and skills, but even more valuable is their attitude towards the residents which should be loving and caring. Nurses reported in the interviews that the relational aspects are an important part of nursing home care and play a significant role in their judgement about quality, even though they are often neglected in daily care.

Six relational aspects of care were associated by the nurses with quality of care, namely respectful treatment, independence, attention, privacy, helpfulness and continuity. By respectful treatment they mean that their behaviour towards residents ought to be polite and that they should take care of the residents' appearances. Independence refers to self-care and the use of the experience and knowledge of the residents in the care they provide. By attention they mean listening to patients' problems and keeping them company. Privacy is associated with the protection of the residents' personal information and their territories. Helpfulness is connected with reacting to residents' questions and providing adequate care in time. Continuity refers to the relationship between nurses and residents which develops over time, involving trust and sympathy.

Nurses associate these aspects with quality of care, because they are supposed to contribute to the self-esteem of residents. From the point of view of nurses, chronically ill persons like nursing-home residents are dependent, immobilized, disabled and stigmatized. As a consequence they question their self-esteem and view their limitations as losses. Nurses think self-esteem can be regained by stimulating independence, by taking care of residents' appearances and by social contacts and fighting loneliness and hospitalization. By means of the six aspects of care nursing staff hope to influence the residents' well-being in a positive way. Self-esteem is shown to be the core-concept of quality in the relational aspects of care in nursing homes.

It is found that from the nurses' viewpoint three major problems hinder them in realizing quality of care. These problems reflect the area of tension in the total institutions that authors such as Goffman wrote about. The first problem reported in the interviews is the burden of never-ending work. Staff shortages, limited resources and lack of time generate the idea that they can never provide all the help the residents need. Due to this problem nurses feel unable to do justice to the

aspects independence, helpfulness, privacy and attention. Priorities have to be established between these aspects and the other tasks for which they are responsible.

The second problem is related to the severity of the residents' illnesses, their handicaps and mental retardation. In particular the peculiar and problematic behaviour of residents can create uncertainty in daily contact between nurses and patients, which may cause them to neglect the aspects respectful treatment, independence and attention. Particularly with regard to these aspects nurses experience uncertainty and fear in their relationship with stigmatized inmates.

The third problem consists of the emotional disturbance caused by the depressing environment in which the nurses work. They experience emotional stress as a consequence of patients dying and the confrontation with severe illnesses, mentally-impaired geriatrics, loneliness and failing health. This requires a great deal of skill at balancing emotional distance and involvement with residents' problems and concerns. The aspects attention, helpfulness and continuity are related with this problem, because these ask for involvement, trust and attachment in the relationship between nurses and residents.

Before describing the solutions that nurses use in overcoming the problems, the occupational socialization of student nurses is considered. During their training at school and work in the nursing homes, they acquire the values, attitudes, skills and knowledge current in the group of which they are or seek to become a member. Socialization and the development of perspectives that goes along with it is described in three phases.

The initial perspective is characterized by high expectations of the job in advance and discovering that they are unaccustomed to the work. In the provisional perspective they experience the tension between doing what is good for the residents and what colleagues require them to do. In the third phase most students adapt to the working methods of the staff and adopt the customs of the group. A successful socialization results in maintaining the established order on the ward. Students who do not adjust to the habits of the other nurses are likely to discontinue their training.

Six strategies are found to be used by nurses to cope with these problems. The uniformization strategy is used mainly to solve the problem of workload, but also functions as a solution for the emotional problems caused by the work. The strategy consists of three tactics, namely standardization of tasks, division of work among nurses and denial of feelings. The normalization strategy shows how nurses try to normalize the lives of residents in spite of serious physical and mental handicaps. The aim of this strategy is to lower tension and uncertainty in their relationship with residents. Tactics employed in this strategy consists of minimizing health problems, covering up limitations and masking visible handicaps. The avoidance strategy is used by nurses to reduce the anxiety and tension experienced between distance and involvement. Avoiding contact with residents and selecting conversational subjects which are not a threat are part of this strategy.

The consultation strategy refers to settling problems by making decisions in consultation and establishing priorities by mutual agreement. This is not only a way to reduce the problem of never-ending work, but also to cope with the tension between distance and involvement. The main tactics of the strategy are the active participation of all members of staff to draw up alternatives and reach consensus and the openness of feelings. The acceptance strategy is related to the adjustment of the care provided with regards to the residents' health and conduct. By tolerating the peculiar behaviour of residents and sparing them by not asking them to perform tasks which they are unable to, nurses cope with the uncertainty they experience in their contact with residents. The measurement strategy means that a balance is established between distance and involvement in their relationship with residents. Tactics used in this strategy consist of rationalising work and drawing a distinction between their work and private life, for example, by trying not to think about work when they are at home.

Further analysis showed that these strategies could be divided in two categories. The strategies of uniformization, normalization and avoidance are mainly used to increase the efficiency of technical tasks and to protect nurses from getting too involved with the emotional problems of the residents. The opposite is the case with the consultation, acceptance and measurement strategies, which are all aimed at delivering personal care and encourage involvement with residents. This distinction can be interpreted against the background of the perspectives of nurses on quality of care. Two types of perspectives are formulated and expressed by the terms *marta*-perspective and *maria*-perspective. Nursing teams with a *marta*-perspective will be oriented towards efficiency and self-preservation, while teams with a *maria*-perspective are primarily concerned about the residents and their personal needs.

Both types give rise to different ways of solving problems and as a consequence have an effect on the quality of care that is provided. If a *marta*-perspective is present, the relational aspects of care will in general be passed over in favour of the technical tasks; if a *maria*-perspective is dominant, more attention will be paid to the relational aspects of care.

On the basis of the findings of this research some recommendations are made. It is argued that the sociological approach to the concept of quality has provided some important insights, because not only does it describe the ways in which nurses think and behave, but it also explains why they cannot always provide residents with a good quality of care. It clarifies the complexity of the decisions nurses have to make in their daily work and also reveals discrepancies between the considerations of the policy makers and of the nurses. This knowledge can increase the possibility that policy decisions aimed at improving quality of care are accepted and considered logical and useful by nurses. Therefore it is recommended the quality improvement cycle be modified and some questions aimed at revealing the considerations of the staff be added.

Furthermore recommendations are made to reduce problems in nursing homes. Some problems are thought to be inherent in nursing homes and because of this

they will never disappear totally. However, the greater availability of capital and staff can reduce the workload, while the problems of emotional pressure and uncertainty can be reduced if nursing homes were to take care not only of very seriously ill residents, but also of residents with various prognoses and the potential for rehabilitation. Contact with these kind of residents will certainly make the nurses' job easier.

Student nurses need good supervision and support in learning to cope with the difficult problems they encounter. They have to learn to establish adequate priorities, to deal with their feelings effectively and to familiarize themselves with the peculiar situations in nursing homes. Qualified nurses need to teach them the correct ways to deal with this and should set them a good example. To improve quality of care it is recommended to support the consultation and measurement strategies, because these offer the possibility to provide relational care to residents unlike the uniformization and avoidance strategies. The choice between the normalization and acceptance strategies is somewhat difficult, because the preference depends very much on the situation.

Further research should consider the perspectives on the quality of care other than those of the nurses, such as those of the managers, other professions, the residents and their families. A study could also be set up to find out how relational and technical care relate to each other. In this research emphasis was placed on stable perspectives and strategies, but it is of great interest for managers to study the conditions that can alter these strategies, because this will expose ways of regulating perspectives and strategies in desirable directions.

Curriculum vitae

Hennie Boeije (1966) studeerde van 1984 tot 1989 Beleid en Management Gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Tijdens haar studie gaf zij les in medische sociologie. Na het behalen van het doctoraal examen was zij als assistent in opleiding verbonden aan het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG), waar dit onderzoek werd uitgevoerd. Tevens was zij docent in medische sociologie en kwalitatieve onderzoeksmethoden. Momenteel werkt zij als wetenschappelijk medewerker bij het iBMG.

H.R. BOEIJE

KWALITEIT VAN ZORG IN VERPLEEGHUIZEN

Een onderzoek naar problemen en strategieën van verzorgenden

De kwaliteit van zorg in verpleeghuizen wordt in dit boek in beeld gebracht vanuit het perspectief van verzorgenden. De nadruk ligt daarbij op de moeilijk grijpbare relationele aspecten, zoals bejegening, aandacht en continuïteit. Het onderzoek gaat ook in op de achtergrond van deze aspecten. Dat verzorgenden niet altijd in staat zijn om in de dagelijkse praktijk kwaliteit van zorg te realiseren, kan te wijten zijn aan bijvoorbeeld werkdruk, onzekerheid in de contacten met demente of gehandicapte bewoners of emotionele problemen rondom de zorgverlening. Aan de hand van vele voorbeelden wordt systematisch in kaart gebracht welke verschillende oplossingen verzorgenden daarvoor vinden. De verzorgenden zelf worden daarbij veelvuldig aan het woord gelaten.

Mensen die werkzaam zijn in het verpleeghuis of die op een andere manier daarbij zijn betrokken, zullen veel in dit boek herkennen. De gebruikte kwalitatieve onderzoeksmethoden – interviews en participerende observatie – kunnen het inzicht vergroten in de complexe keuzen en dilemma's waarmee zorgverleners in verpleeghuizen worden geconfronteerd.

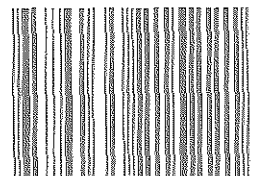
Tot slot zijn op basis van het onderzoek aanbevelingen en toepassingen geformuleerd die kunnen leiden tot een verbetering van het handelen in de dagelijkse praktijk in het verpleeghuis.

BELEID EN MANAGEMENT GEZONDHEIDSZORG

In de reeks *Beleid en Management Gezondheidszorg* verschijnen publikaties die betrekking hebben op beleids- en organisatievraagstukken in de gezondheidszorg. Binnen dit kader komt een breed scala van onderwerpen aan de orde op het gebied van zowel instellingsmanagement als overheidsbeleid. Dit terrein wordt vanuit verschillende invalshoeken benaderd zoals de economische, juridische, sociaal-medische en organisatorische. De reeks staat onder auspiciën van het instituut *Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG)* van de Erasmus Universiteit te Rotterdam. Met de reeks beoogt het iBMG een brug te slaan tussen de theorie en de praktijk van het beleid en het management in de gezondheidszorg.



ISBN 90-352-1522-2



9 789035 215221