

STRATEGIEËN EN PERSPECTIEVEN VAN VERZORGENDEN IN HET VERPLEEGHUIS

H.R. Boeije en A.C. Nievaard

1. INLEIDING

Er lijkt veel voor te zeggen verpleeghuizen te typeren als totale instituties. Evenals kloosters, gevangenissen en psychiatrische inrichtingen worden verpleeghuizen immers gekenmerkt door de alomvattende organisatie van behoeftebevrediging van de *inmates*, het ontbreken van grenzen tussen de verschillende leefsfere (werken, wonen, recreatie), de voortdurende aanwezigheid van anderen en het opgelegde collectieve dagritme (Goffman, 1961). Het belangwekkende van deze typering beperkt zich niet tot de verontwaardiging en het schokeffect bij de herkenning van overeenkomsten in het leven van kloosterlingen, gedetineerden en patiënten. De typering is vooral zinvol gebleken als inspiratiebron voor theoretische inzichten bij het wetenschappelijk onderzoek naar de sociale situatie van verpleeghuisbewoners en -personeel, bijvoorbeeld Van den Heuvel (1977), Ten Have (1977) en Naafs (1987).

Kan het begrip 'totale instituties' nu nog met evenveel vrucht worden gebruikt als analytisch zinvol kader voor het begrijpen van werkrelaties van verzorgenden (1) en bewoners in verpleeghuizen? Dat is ten eerste de vraag. Op de eerste plaats is er in de ruim dertig jaren na het verschijnen van Goffmans werk aanzienlijk veel veranderd in het functioneren van verpleeghuizen. Zo is de openheid van deze instellingen voor de buitenwereld toegenomen, is de toegankelijkheid voor controle van buitenaf door wet- en regelgeving aangescherpt, de invloed van familieleden vermeerderd en het ruimtelijke isolement verminderd door de bouw van verpleeghuizen midden in woonwijken. Deze veranderingen hebben een fundamentele omslag in de positie van verpleeghuisbewoners en stafleden gebracht, die moeilijk is te rijmen met het totalitaire karakter van de inrichtingen waarover Goffman meer dan dertig jaar geleden sprak.

Op de tweede plaats zijn er in de gezondheidszorg fundamentele verschuivingen in de zorgvisie (zorg op maat, autonomie, zelfzorg, etcetera). Deze bijgestelde visie heeft bijgedragen aan belangrijke wijzigingen in omgangsvormen tussen bewoners en stafleden. Hoewel de basale afhankelijkheid van de eersten een onveranderbaar gegeven is in de verpleeghuiszorg, is het weinig realistisch om deze nog steeds te beschrijven vanuit de optiek van stafleden die in totale instituties à la Goffman de orde handhaven

en de *inmates* bejegenen, vernederen en bestraffen. Het is derhalve niet relevant om het gedrag van verzorgenden jegens verpleeghuisbewoners te vatten in normatieve categorieën die neerkomen op (impliciete) beschuldigingen van gewilde of ongewilde inhumane zorgverlening.

Op grond van deze summier geschetste ontwikkelingen moet op empirische gronden de conclusie worden getrokken dat het weinig zinvol lijkt vanuit het begrip totale institutie de (werk)relaties tussen verzorgenden en bewoners in hedendaagse verpleeghuizen te analyseren. In plaats van een totalitair instellingsregime zal worden uitgegaan van een zorgsituatie in verpleeghuizen, die gekenmerkt wordt door sterke *institutionele ambivalentie*. Daarmee wordt bedoeld dat naast de dwingende, bureaucratisch gestuwde inrichtingscultuur, waar de gang van zaken zich met welhaast ijzeren wetmatigheid lijkt te voltrekken, de eisen staan van toegewijde verzorging en het vooropstellen van het welzijn van de bewoners. Verzorgenden ervaren deze ambivalentie als een spanningsveld tussen enerzijds doelmatigheid en zelfbescherming, anderzijds de handhaving van humanitaire maatstaven voor bewonergerichte zorg. Kelk (1983) drukt dit als volgt uit:

'Bij het werken met mensen moeten de stafleden bij voortduring schipperen tussen het hanteren van erkende maatstaven van humaniteit, het toegeven aan institutionele efficiency en het uit zelfbescherming bewaren van afstand tegenover een al te grote emotionele betrokkenheid bij de problemen der geïnstitutionaliseerden.' (Kelk, 1983: 12).

In de dagelijkse praktijk zullen verzorgenden moeten laveren tussen doelmatigheid en persoonlijke betrokkenheid. Naar verwachting zullen beide uitgangspunten terug te vinden zijn in de perspectieven die verzorgenden in het verpleeghuis ontwikkelen op hun werkzaamheden. Hierop komen we in de conclusie van het artikel terug.

Het bovenstaande vormde de grondslag voor een onderzoek naar het werk van verzorgenden in verpleeghuizen. Hierbij werd de volgende *onderzoeksvraag* gesteld: *Welke problemen ervaren verzorgenden bij hun werk in het verpleeghuis en welke strategieën gebruiken zij om met deze problemen om te gaan?*

In dit artikel zal allereerst worden aangegeven hoe het onderzoek is uitgevoerd. Daarna worden drie problemen beschreven waarmee verzorgenden in verpleeghuizen zich geconfronteerd zien. Vervolgens zullen de strategieën worden uitgewerkt die verzorgenden hanteren om met de problemen om te gaan. Dit wordt gevolgd door een interpretatie van de resultaten vanuit verschillende perspectieven van verzorgenden. Tot slot vindt een beschouwing plaats over de generaliseerbaarheid van de bevindingen.

2. ONDERZOEKSMETHODE

Het onderzoek maakt deel uit van een dissertatieproject (Boeije, 1994). Het is uitgevoerd op basis van de methodologische principes van de gefundeerde theorie benadering (Glaser en Strauss, 1967; Wester, 1991). Deze keuze berust op de overweging dat deze methodologie het meest geschikt is om ervaringen en het perspectief van verzorgenden op de werksituatie te reconstrueren.

Het veldwerk werd verricht op veertien afdelingen van zeven verpleeghuizen in de regio Rijnmond. De belangrijkste methoden van dataverzameling waren participerende observatie en semi-gestructureerde interviews. Er zijn in totaal 75 veelal intensieve en langdurige interviews gehouden. In de eerste explorerende periode van het onderzoek zijn personen geïnterviewd met verschillende beroepen en posities in de verpleeghuizen. In de tweede, meer toetsende fase zijn voornamelijk verzorgenden ondervraagd. Hier werd het principe van theoretische selectie toegepast, zodat zowel mannelijke als vrouwelijke medewerkers werden geïnterviewd van verschillende leeftijd en met verschillende posities, opleidingen, werkervaring en dienstjaren. Leidraad bij zowel de interviews als de observaties was een topiclijst met verschillende onderwerpen. Tevens is aan verzorgenden gevraagd kaartjes te sorteren waarop verschillende werkzaamheden waren geschreven, om duidelijkheid te krijgen over de categorieën waarin zij over hun werk dachten (Spradley, 1979). De via deze methoden verkregen gegevens zijn aangevuld met interviews met docenten aan de opleiding voor ziekenverzorging, die als sleutelfiguren kunnen worden beschouwd.

De analyse van de onderzoeksgegevens is afgewisseld met de dataverzameling, zodat bevindingen telkens konden worden vergeleken met nieuwe gegevens. Bij dit methodisch principe van constante vergelijking in de analysefase (*constant comparative method*: Glaser en Strauss, 1967) werd gezocht naar belangrijke thema's in de beleving van de onderzochten. Vervolgens werden deze thema's met begrippen benoemd om ze daarna met elkaar in verband te brengen in het licht van de onderzoeksvraag. De analyse werd afgerond toen herhaalde verzameling van gegevens geen nieuwe informatie meer opleverde en de begrippen geïntegreerd konden worden tot een samenhangend theoretisch kader.

Om de objectiviteit van het onderzoek te waarborgen, zijn verschillende controleprocedures toegepast (Nievaard, 1990; Wester, 1991). Zoals het gebruik van verschillende dataverzamelingsmethoden, het contrasteren van verschillende verpleeghuizen en het vergelijken van diverse genterviewden (triangulatie), het controleren van de juistheid en interpretatie van verzamelde gegevens bij de onderzochten en bij deskundige informanten (*member checks*), het gebruik van de literatuur om de validiteit en betrouwbaarheid van de eigen bevindingen te toetsen en het voorleggen van interpretaties bij vakgenoten en collega-onderzoekers (*peer debriefing*).

3. ENKELE PROBLEMEN VAN VERZORGENDEN

Op grond van de bevindingen konden drie problemen van verzorgenden worden aangewezen, die duidelijk de spanningen en tegenstrijdigheden (institutionele ambivalentie) van het verpleeghuis weerspiegelden. Onder problemen worden complexe situaties verstaan waarbij tegelijkertijd meerdere belangen en aspecten in het geding zijn en waarin verzorgenden keuzen moeten maken. Een keuze voor een bepaalde oplossing kan zowel wenselijke als onwenselijke gevolgen met zich meebrengen. De drie meest relevante problemen zijn:

- a. De opgave van het oneindige werk.
- b. Het probleem van de spanning en onzekerheid in de omgang met bewoners.
- c. Het probleem van distantie en betrokkenheid.

De drie problemen zullen achtereenvolgens worden beschreven. In de tekst zullen ter verduidelijking enkele citaten uit interviews worden opgenomen.

3.1 De opgave van het oneindige werk

Voor verzorgenden is het probleem van de 'werkdruk' verbonden met de ervaring dat ze nooit klaar zijn met hun werk, dat het nooit af is en dat de vraag van de bewoners om hulp en bijstand nimmer eindigt. Vanuit hun perspectief wordt het probleem vooral ervaren als de opgave van het oneindige werk, omdat ze zich verantwoordelijk voelen om te voorzien in alle zorgbehoeften en hulpvragen van bewoners ('Ik ben er voor die mensen, dit is mijn beroep').

Bewoners hebben behoefte aan basiszorg (wassen, aankleden, hulp bij eten en drinken, etc.), aan verpleging (wondverzorging bijvoorbeeld), maar ook aan relationele zorg, zoals aandacht en respectvolle bejegening (Boeije, 1994). Deze behoeften leiden tot een omvangrijk takenpakket voor de verzorgenden, waardoor ze zijn genoodzaakt tot het stellen van prioriteiten en tot efficiënte uitvoering van werkzaamheden. Verzorgenden moeten dikwijls kiezen tussen de basiszorg en verpleegtechnische handelingen en de relationele zorg die de betrokkenheid op de individuele bewoner weerspiegelt:

'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 reactiverings- en opnameafdeling, 22-06-1992)

Als bij verzorgenden het gevoel lang aanhoudt dat bewoners tekort wordt gedaan, zullen zij dit als een zware last ervaren met een toenemende kans op vermoeidheid en overbelasting, afwezigheid door ziekte, uitval of ontslagname.

'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 verplegings-behoeftepsychogeriatrische afdeling, 25-10-1991)

De geïnterviewden zijn het er vrijwel allemaal over eens dat het probleem de laatste jaren is toegenomen.

3.2 Spanning en onzekerheid in de omgang met bewoners

Het ondervinden van spanning en onzekerheid in de contacten met bewoners, is een belangrijk probleem voor verzorgenden. In dit onderzoek is het probleem geanalyseerd met behulp van het begrip *stigma*. Bij Goffman omvat dit begrip een breed scala van meer of minder belangrijke kenmerken van minder wenselijke aard, waardoor personen in de gedachten van anderen niet helemaal meetellen en niet geheel worden geaccepteerd (Goffman, 1963: 10). Vanuit dit gezichtspunt worden in het verpleeghuis personen met uiteenlopende stigmata opgenomen, zoals communicatieproblemen, (zichtbare) lichamelijke handicaps of gedragsstoornissen. Enkele voorbeelden:

'Anderen die scheef zitten, kwijlen, roepen of in de war zijn die tellen absoluut niet mee.'

'Toen ze [de bewoner] hier binnenkwam praatte ze wel, niet veel, maar ze zei "ja" en "nee". En nu niets meer.'

'Dat leven is mensonwaardig, omdat veel mensen incontinent zijn van faeces of met de handen in het eten zitten.'

Volgens Goffman kenmerkt de relatie tussen 'gestigmatiseerden' en 'normalen' zich door spanning en onzekerheid van beide kanten, omdat beiden niet goed weten hoe ze zich moeten opstellen tegenover de ander. Verzorgenden zijn te beschouwen als ingewijden, dat wil zeggen 'normalen' die door hun specifieke situatie goed op de hoogte zijn geraakt van het gestigmatiseerden-bestaan en daardoor met hen mee kunnen voelen. Desalniettemin kunnen ze zich onzeker en onwennig voelen in de relatie met bewoners die gehandicapt zijn, die zich in een terminale fase bevinden, die zich agressief of verward gedragen of niet praten. De contacten met bewoners verlopen soms moeizaam, teleurstellend of onvoorspelbaar. Bij leerling-ziekenverzorgenden is de onvertrouwdheid met de situatie nog duidelijker zichtbaar (Boeije en Nievaard, 1995). Een voorbeeld:

'In het begin heel afstandelijk met de mensen want ja, psychogeriatricie 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.' (Leerling-ziekenverzorgende psychogeriatricus verpleeghuis, 14-04-1992)

Er zijn vele aanwijzingen in de onderzoeksgegevens dat de omgang met bewoners ook voor vaste teamleden problematisch blijft. Deels is dit te verklaren doordat ze er in contacten met eigen familieleden of bezoekers van het verpleeghuis, aan worden herinnerd dat de mensen die ze verzorgen 'niet gewoon' zijn. Deze confrontatie met de gebruikelijke verwachtingen ten aanzien van gedrag, draagt eraan bij dat de door verzorgenden ervaren spanning en onzekerheid nooit geheel zal verdwijnen en hoogstens kan verminderen.

3.3 Het probleem van spanning tussen distantie en betrokkenheid

Verzorgenden in het verpleeghuis worden dagelijks geconfronteerd met situaties die gevoelens van angst en onrust oproepen, zoals persoonlijke vragen en zorgen van bewoners, ziekte, pijn, overlijden, aftakeling en ontredde. Ze worden telkens blootgesteld aan gevoelens van anderen en die van zichzelf, als gevolg van het werken in een soms deprimerende omgeving waar weinig optimisme is gerechtvaardigd:

'Ik persoonlijk vind begeleiding [van begeleidingsbehoefte dementerende 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.' (Afdelingshoofd verzorgingsbehoefte psychogeriatrische afdeling, 18-11-1991)

Verzorgenden kunnen zich deze gebeurtenissen aantrekken en er emotioneel bij betrokken raken, in het bijzonder als ze een hechtere band hebben met de bewoners die ze dagelijks verzorgen. Om hun gevoelens te verdragen en te verwerken, wordt tevens een beroepsmatige distantie van hen gevraagd. Deze spanning tussen distantie en betrokkenheid, voortvloeiende uit de institutionele ambivalentie, hangt samen met het dilemma van persoonlijke inzet en binding met bewoners en de afstand die nodig is om zichzelf te beschermen. Het probleem wordt gecompliceerd, omdat verzorgenden worden geconfronteerd met verschillende bewoners die tegelijkertijd hun zorgen met hen willen delen.

De handhaving van het evenwicht tussen distantie en betrokkenheid is nodig om zelf te kunnen blijven functioneren. Als verzorgenden niet in staat zijn effectief met hun gevoelens om te gaan, bestaat de kans op overbelasting en ziekteverzuim. De verzwaring die verzorgenden signaleren van dit probleem wordt door hen toegeschreven aan de zwaardere zorgbehoefte van bewoners bij opname, waardoor zij en hun familieleden tijdens de dikwijls korte verblijfsduur een intensieve lichamelijke en psychische begeleiding nodig hebben van de verzorgenden.

4. STRATEGIEËN VAN VERZORGENDEN

Het tweede deel van de onderzoeksvraag heeft betrekking op de strategieën die verzorgenden gebruiken om met genoemde problemen om te gaan. Een strategie is te omschrijven als een gedragspatroon van een actor om met problemen om te gaan, daarbij refererend aan de gebruikelijke en geïnstitutionaliseerde manier van voelen, denken en handelen in zulke situaties (Boeije, 1994: 56). Van een strategie kunnen meer tactieken deel uitmaken, die elk concreter en minder omvattend zijn.

Na een intensieve analyse van het verkregen onderzoeksmateriaal konden zes strategieën worden ontdekt. Deze zullen hieronder worden samengevat, waarbij van elke strategie de kern en de afzonderlijke tactieken zullen worden weergegeven. Waar nodig zal worden verduidelijkt met citaten uit interviews. De volgende strategieën komen achtereenvolgens aan de orde:

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.

4.1 De uniformeringsstrategie

De uniformeringsstrategie bestaat eruit de bewoners door de verzorgenden zo gelijk mogelijk worden behandeld. Deze strategie wordt gebruikt om het probleem van de werkdruk te verminderen. De voornaamste tactiek binnen deze strategie is de standaardisatie van het werkproces door middel van regels, vaste procedures, afspraken,

planning en controle. Dat betekent dat bewoners nauwelijks individuele aandacht krijgen, weinig keuzen hebben en dat er geen uitzonderingen worden gemaakt:

'Ze spelen je uit hé, 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.' (Teamleider ongedifferentieerde afdeling, 07-05-1990)

De tweede tactiek die past binnen deze strategie is een functionele verdeling van taken, waarbij elke verzorgende slechts een deel uitvoert van de gehele verzorging van een bewoner. De combinatie van deze twee elkaar aanvullende tactieken, kan leiden tot wat verzorgenden aanduiden met lopende band werk (*batch treatment*). Hiermee bedoelen ze dat bewoners achter elkaar dezelfde behandeling ondergaan, waarbij de mogelijkheid van persoonlijk contact tussen bewoners en verzorgenden zeer beperkt is ('de één soppen, de ander spoelen en weer een ander aankleden').

Vanuit de overweging dat het werk zo doelmatig mogelijk moet worden uitgevoerd, is het begrijpelijk dat de snelheid en het tempo waarmee verzorgenden werken een belangrijk onderdeel zijn van de standaardisatie. Verzorgenden oriënteren zich met hun werkzaamheden op de tijd, de dagindeling en het dienstrooster. Van deze structurering van het werk is het onderstaande citaat een kenmerkend voorbeeld. Ten gunste van de tijdwinst die valt te behalen, schuift de verzorgende haar ideeën over zelfzorg van bewoners en over hoe de zorg behoort te worden uitgevoerd, ter zijde:

'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 de bewoners vandaag maar helpen, dat hoort niet, maar je doet het toch omdat je gewoon weet dat als je iedereen zelf een *half uur* bezig laat, dat je dan om *vier uur* de laatste uit bed kan halen. (...) 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 hier altijd een race tegen de *klok*.' (Gediplomeerd ziekenverzorgende verzorgingsbehoeftige psychogeriatrische afdeling, 11-05-1992)

Als deze verzorgenden spreken over collegialiteit bedoelen ze dat ze elkaar controleren op de hoeveelheid werk die ze verrichten en op het halen van de planning voor die dag. Hard werken en vlug zijn is de norm in afdelingsteams die deze strategie hanteren.

De tactiek dat emoties niet worden getoond en dat er niet over wordt gepraat, sluit hierbij aan. Verzorgenden vertelden dat er op de afdeling nooit over sterven werd gepraat en dat je daar maar tegen moest kunnen. Stilstaan bij gevoelens brengt de efficiëntie waarmee het werk wordt gedaan in gevaar en vereist bovenal een open en ondersteunend klimaat. De uniformeringsstrategie blijkt niet alleen een manier te zijn om de werkdruk te hanteren, maar ook om in het spanningsveld van distantie en betrokkenheid te kunnen opereren.

4.2 De normalisatiestrategie

Bij de normalisatiestrategie spannen verzorgenden zich in om het dagelijks leven van bewoners zo normaal mogelijk te laten verlopen ondanks hun lichamelijke en/of mentale beperkingen. Dit is een remedie om de onzekerheid en onwennigheid te

hanteren die zich voordoet in de contacten met ernstig zieke of dementerende bewoners. Het belangrijkste referentiepunt bij deze strategie zijn de 'normale' omgangsregels waarnaar de verzorgenden zelf en de bezoekers van het verpleeghuis dagelijks leven:

'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 somatisch verpleeghuis, 25-03-1991)

De beide tactieken die deel uitmaken van de normalisatiestrategie zijn de minimalisering van de problemen van bewoners en het verbergen van gebreken en beperkingen. Verzorgenden kunnen normaliseren door de nadruk te leggen op de kansen en vooruitzichten van bewoners, bijvoorbeeld reactivering en naar huis terugkeren. De tactiek stelt hen in staat om vooral te kijken naar de plezierige ervaringen in een soms trieste werkomgeving. Een enkele keer doen verzorgenden rechtstreekse uitspraken over deze tactiek, zoals 'soms moet je een roze bril opzetten' of 'je moet vooral de plezierige dingen in je werk blijven zien'. Anders dan bij ontkenning van de problemen zien verzorgenden wel in dat handicaps en ziekten gevolgen hebben voor het dagelijks leven, maar ze willen de consequenties daarvan zo klein mogelijk houden.

De verbergings tactiek die deel uitmaakt van deze strategie speelt in op de zichtbaarheid van stigmatiserende kenmerken, zoals een amputatie, prothese of afwijkend gedrag. (2) Verzorgenden in het verpleeghuis proberen opvallende uiterlijkheden te verbergen door te zorgen voor nette en schone kleding en door prothesen of, zoals in het voorbeeld een onrustband, aan het oog te onttrekken:

'Je hebt ook mensen die in een onrustband zitten. 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 psychogeriatrische afdeling, 12-05-1992)

Ook door het gebruik van eufemistische termen kunnen verzorgenden de aandoeningen van bewoners verdoezelen. Zo wordt niet gesproken over 'luiers' maar over 'incontinentie-materiaal'; 'voeren' wordt steevast omgezet in 'helpen met eten'. Zowel minimalisering als verdoezeling helpt verzorgenden om te gaan met de spanning en onzekerheid in de relatie met bewoners.

4.3 De vermijdingsstrategie

Teams kunnen de vermijdingsstrategie hanteren om met het spanningsveld tussen distantie en betrokkenheid om te gaan. Ze doen dit door de communicatie met bewoners te sturen. Een tactiek is om te trachten het aantal contacten met bewoners te verminderen en de voorkeur te geven aan werkzaamheden waarbij ze niet direct contact met bewoners hebben. Vrijgekomen tijd wordt gebruikt voor allerlei karweitjes en niet benut voor de bewoners. ('Want er moet altijd zeg maar, wat materieels gedaan worden. (...) Ik moet iets doen, ja iets beetpakken.') Uiteindelijk leidt deze tactiek

ertoe dat aandacht geven aan bewoners helemaal niet meer als werk wordt beschouwd en dat men ook niet goed weet hoe men bewoners moet benaderen. Teamleden met deze tactiek laten duidelijk merken aan bewoners dat ze het druk hebben, niet gestoord kunnen worden of apart van de bewoners pauzeren:

'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 in de huiskamer te gaan zitten.' (Opleidingscoördinator somatisch verpleeghuis, 27-02-1990)

Het uit de weg gaan van contacten kan ook worden bewerkstelligd door bewoners op de afdeling te isoleren: stervende bewoners worden vrijwel altijd op een eenpersoonskamer geplaatst. Daardoor wordt het gemakkelijker om bewoners alleen te bezoeken als het verzorgenden uitkomt. ('Verzorgenden gaan alleen naar binnen als het functioneel is, bijvoorbeeld voor een infuus, maar ze gaan niet spontaan naar binnen.')

(3)

Een andere tactiek is het gebruik van een bepaalde communicatiestijl waarbij verzorgenden weinig over zichzelf en hun privéleven vertellen en alleen vragen stellen aan de bewoner ('Hoeveel kinderen heeft u?'). In het spanningsveld van distantie en betrokkenheid ontwijken verzorgenden die de vermijdingsstrategie gebruiken persoonlijke gesprekken met bewoners waarin een beroep wordt gedaan op hun inlevingsvermogen.

4.4 De overlegstrategie

De overlegstrategie bestaat uit besprekingen, vergaderingen en bijeenkomsten van teamleden om de taken onderling te verdelen en gezamenlijk naar alternatieven te zoeken voor problemen die zich voordoen op de afdeling. ('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?") Dit is een manier om het probleem van het nooit eindigende werk te verkleinen. Door onderling te overleggen kunnen ze flexibel inspelen op onverwachte gebeurtenissen, crisis bedwingen en tegemoet komen aan de zorg die de individuele bewoner in hun ogen nodig heeft.

Een tactiek binnen de overlegstrategie is dat ieder teamlid actief participeert, open voor zijn mening uitkomt en zijn verantwoordelijkheid kent bij het zoeken naar oplossingen voor problemen en moeilijkheden. Door uitwisseling van argumenten en meningen hopen de verzorgenden consensus te bereiken en beslissingen te nemen waar ieder teamlid zich in kan vinden. Door het accent op eigen verantwoordelijkheid ervaren afzonderlijke teamleden een zekere mate van vrijheid om zelf hun handelen vorm te geven binnen de regels van de organisatie ('Het is van belang dat je iedere ziekenverzorgende zijn eigen weg laat zoeken').

Een tweede tactiek binnen de overlegstrategie is de openheid over gevoelens en de onderlinge steun. In een omgeving als het verpleeghuis achten verzorgenden het nodig om te praten over emoties en in dat klimaat helpen ze elkaar ook bij het omgaan met gevoelens. In de praktijk blijkt dat dit niet vanzelf gaat en dat er telkens energie in moet worden gestoken:

'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 psychogeriatrische afdeling, 25-10-1991)

Reflectie op het werk en op het functioneren van elke verzorgende is belangrijk binnen deze strategie. Men verwacht in het team dat een verzorgende een taak niet alleen maar snel uitvoert, maar 'ziet' wat daar nog meer bij komt kijken. De overlegstrategie biedt een oplossing om met de werkdruk om te gaan en is tevens een manier om met de spanning tussen distantie en betrokkenheid om te gaan.

4.5 De acceptatiestrategie

De kern van de acceptatiestrategie bestaat eruit dat verzorgenden hun verwachtingen ten aanzien van bewoners aanpassen en erkennen dat de ziekten waaraan zij lijden ingrijpende gevolgen hebben voor het dagelijks leven en bijvoorbeeld voor de mate van zelfzorg en de contacten die met hen mogelijk zijn. Om met de onzekerheid die hierdoor ontstaat om te gaan, sluiten ze met hun verzorging aan bij het niveau en de leefsituatie van de bewoners.

De aanpassing uit zich onder meer in het streven naar op zich kleine resultaten of verbeteringen in de gezondheid en het welbevinden van de bewoner. Uitkomsten moeten haalbaar zijn voor de bewoners en binnen hun bereik liggen. Teamleden aanvaarden dat bewoners in veel gevallen niet meer kunnen genezen en dat het er om gaat om hen tijdens hun verblijf een aangename tijd te geven:

'Er zijn *weinig lichtpuntjes*, die moet je vinden in het *aardig zijn* tegen mensen en in de *verzorging*. (...) 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 psychogeriatrische afdeling, 18-11-1991)

De tweede tactiek bestaat uit de tolerantie van gedrag dat als afwijkend wordt ervaren, bijvoorbeeld als een bewoner met zijn handen eet. Verzorgenden stellen (dementerende) bewoners niet verantwoordelijk voor hun gedrag en proberen er begrip voor op te brengen. Zo lang de bewoner zichzelf niet schaadt en het niet storend is voor medebewoners, corrigeren verzorgenden zo min mogelijk ('dan laten we ze gewoon') en confronteren ze hen niet met wat ze niet meer kunnen.

Samengevat bestaat de acceptatiestrategie uit tactieken die tot doel hebben de verzorging bij het leven van de bewoners te laten aansluiten en hen niet te dwingen in een keurslijf van regels en verwachtingen waaraan zij gezien hun gezondheidstoestand niet kunnen voldoen.

4.6 De doseringsstrategie

De doseringsstrategie ten slotte, vormt een oplossing voor het probleem van de spanning tussen distantie en betrokkenheid. De kern van de strategie is dat verzorgenden betrokken zijn op de bewoners, maar als het nodig is afstand nemen om zaken zelf te verwerken en op een rijtje te zetten. ('Aan de ene kant leef je wel erg mee, maar aan de andere kant moet je het wel van je af kunnen zetten.') Ze doseren als het ware de mate waarin ze zich inleven en waarin ze steun bieden aan bewoners en collega's.

Een manier daartoe is dat verzorgenden soms verstandelijk naar de gebeurtenissen kijken en beredeneren dat ze zich veel inspanningen hebben getroost om iemand een prettige tijd te geven of dat ze het sterven hebben kunnen verzachten. Verzorgenden die deze strategie gebruiken lijken greep te hebben op hun gevoelens en dat stelt hen in staat om in moeilijke situaties professioneel op te treden en hun werk te doen:

'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.' (Afdelingshoofd verplegingsbehoefte psychogeriatrische afdeling, 25-10-1991)

Verzorgenden die deze strategie hanteren zijn niet verhard, maar willen juist betrokken handelen. Alleen om overbelasting te voorkomen, moeten ze het evenwicht tussen beide polen bewaren en hun betrokkenheid doseren.

Een ander hulpmiddel daarbij is de tactiek om thuis afstand te nemen van het werk. Veel verzorgenden hebben geleerd om thuis afleiding te zoeken, niet meer over het werk na te denken en ervan los te komen. ('Die scheiding is beslist noodzakelijk dat je er tussen uitgaat met vrije dagen en alles van je afzetten.') Door onder meer een scheiding tussen werk en privé aan te brengen, zijn verzorgenden in staat de zorg vol te houden.

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 andere manier, om de spanning tussen betrokkenheid en distantie voor verzorgenden hanteerbaar te maken.

Het is van belang in te zien dat de problemen waar verzorgenden mee kampen met vele andere aspecten en belangen samenhangen, zodat een strategie weliswaar een oplossing kan bieden voor het ene probleem en tegelijkertijd andere problemen kan oproepen. De uniformeringsstrategie bijvoorbeeld 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 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 tijdrovend.

5. HET MARTA- EN MARIA-PERSPECTIEF

Bij verdergaande data-analyse blijkt dat de variatie in de zes strategieën kan worden gereduceerd tot twee achterliggende categorieën. De eerste categorie betreft de *doelmatigheid* waarmee het dagelijkse (technische) werk wordt uitgevoerd en het houden van *afstand* tot bewoners. De tweede, tegengestelde categorie betreft de gerichtheid op *persoonlijke zorg en betrokkenheid* van verzorgenden met bewoners. Het onderscheid tussen beide categorieën is te interpreteren als het verschil in perspectief van verzorgenden op de werksituatie. Omdat het begrip perspectief nogal eens gelijkgesteld wordt aan optiek, invalshoek, visie of zelfs positie, is het belangrijk een duidelijke omschrijving te geven:

'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: 110)

Volgens deze omschrijving is een perspectief dus een geordende visie op de omringende wereld waarin men leeft en verschafft het een interpretatiekader voor ervaringen van het individu. Daardoor kan het dienst doen als uitgangspunt voor het handelen. (4)

De twee typen perspectieven van verzorgenden die in de data konden worden onderscheiden, zijn aangeduid als het *Marta-perspectief* en het *Maria-perspectief*. De benaming is ontleend aan een Bijbelverhaal waar wordt beschreven hoe Christus en zijn discipelen een bezoek brengen aan het huis van de gezusters Maria en Marta. De zussen moeten een keuze maken tussen het aanbieden van eten en drinken aan de gasten of blijven luisteren naar hun verhalen. Marta kiest voor het eerste en bedient haar gasten, terwijl Maria hen gezelschap houdt. Marta die ontevreden is over Maria beklaagt zich over haar, maar krijgt als antwoord dat ieder zelf een keuze heeft gemaakt en dat bezorgdheid slechts nodig is over enkele dingen.

Geredeneerd vanuit de problemen waarmee verzorgenden in het verpleeghuis worden geconfronteerd, zullen teams van verzorgenden met een Marta-perspectief zich oriënteren op de doelmatigheid waarmee ze de technische en op resultaatgerichte werkzaamheden kunnen uitvoeren. Om een snelle en beheerste uitvoering van het werk te bewerkstelligen, geven zij de voorkeur aan standaardisatie van taken en aan een vergaande taakverdeling. Een uniforme behandeling van bewoners draagt bij aan vermindering van persoonlijk contact en aan beheersing van emoties. Zij oriënteren zich

om de woorden van Kelk (1983) te gebruiken, meer op de institutionele doelmatigheid en zelfbescherming dan op bewoners.

Teams van verzorgenden met een Maria-perspectief richten zich op zorgverlening die de bewoner centraal stelt en prefereren verzorging en verpleging die recht doet aan de persoonlijke verschillen tussen bewoners. Teamleden vinden gezamenlijk overleg noodzakelijk om te leren van elkaars ervaringen, te zoeken naar verbeteringen en te komen tot consensus. In hun visie is inlevingsvermogen en betrokkenheid een vereiste om te weten wat bewoners precies nodig hebben en om een meer omvattende relatie met hen op te bouwen. Collega's helpen elkaar bij het omgaan met gevoelens. Zij passen zich zoveel mogelijk aan de bewoners aan en laten zich vooral leiden door humanitaire maatstaven (Kelk 1983) en minder door de eisen van de organisatie.

Beide typen perspectieven kristalliseren uit tot verschillende strategieën van zorgverlening. Vanuit het Marta-perspectief zijn verzorgenden geneigd te kiezen voor de uniformerings-, de normalisatie- en de vermijdingsstrategie. Het tegemoetkomen aan persoonlijke contacten of aan de behoefte aan relationele zorg of psycho-sociale ondersteuning van bewoners, krijgt daarin een ondergeschikte plaats toegewezen. Bij het Maria-perspectief zullen daarentegen eerder de overleg-, de acceptatie- en de doseringsstrategie gerangschikt worden als oplossingen waarbij de relationele zorg een belangrijke plaats krijgt. In tegenstelling tot de technische vaardigheden van verzorgenden waarop bij het Marta-perspectief het accent ligt, moeten ze vanuit het Maria-perspectief juist beschikken over empathische eigenschappen.

Eerder is al opgemerkt dat een strategie voor verzorgenden een oplossing kan zijn voor het ene probleem, maar tegelijkertijd een ander probleem kan creëren. Wat zijn nu de gevolgen van strategieën voor de bewoners? Hoewel deze effecten niet expliciet zijn onderzocht, is wel het volgende vastgesteld. Er kan van worden uitgegaan dat de meeste bewoners in een slechte gezondheid verkeren. Dat impliceert dat ze veel behoefte hebben aan persoonlijke begeleiding, zoals geformuleerd bij het Maria-perspectief. De bijbehorende strategieën van overleg en dosering maken, in tegenstelling tot de uniformerings- en de vermijdingsstrategie een persoonlijke zorgverlening mogelijk. Uniformering en vermijding kunnen veel ellende brengen op de afdeling, omdat ze zowel de arbeidsvoldoening van de teamleden als de persoonlijke zorg voor bewoners reduceren. Hierbij moet worden opgemerkt dat een Maria-perspectief geen vrijbrief mag zijn om 'alleen maar te praten' en de basiszorg en het verpleegtechnisch werk te laten voor wat het is. Ook deze elementen van het werk vragen veel tijd en expertise. Een keuze tussen de normalisatie- en de acceptatiestrategie is lastig, omdat het afhangt van de situatie waarin de bewoners zich bevinden.

De relevantie van het onderscheid in perspectieven moet vooral worden gezocht in het (her)ordenen van de onderzoeksbevindingen en het bieden van een mogelijke verklaring voor de gevonden variatie in teams en de manier waarop ze zorg verlenen. Omdat de perspectieven zijn geconstrueerd op ideeën die vooral gedurende de laatste fasen van de gegevensverzameling zijn ontwikkeld, moet de typologie worden gezien als een tussenfase en hulpmiddel om de gevonden samenhangen in het materiaal beter te begrijpen. Dit standpunt sluit aan bij de opvatting van Layder die in tegenstelling tot Glaser en Strauss een typologie niet beschouwt als het eindproduct van veldwerk, maar als een 'continual and organic feature of the reseach process' (Layder, 1993: 139). Layder zegt hierover:

'The construction of typologies is not only important as a means of generating theoretical and empirical descriptions of phenomena such as forms of interaction, types of careers, political parties, religious organizations, and so on. The typologies also provide systematic benchmarks for comparative analysis and theoretical sampling, both of which are central features of grounded theory methodology.' (Layder, 1993: 150)

Hoewel de Marta-Maria typologie aansluit bij tweedelingen in de literatuur, zoals die van Baker (1983), zal nieuw veldwerk nodig zijn om het heuristisch nut ervan te toetsen. Baker (1983) constateerde soortgelijke patronen van zorgverlening op geriatrie afdelingen. In haar onderzoek concentreert ze zich op de onderliggende perspectieven van de twee stijlen van verplegen die ze waarneemt tussen het afdelingshoofd Sister Green en de rest van de medewerkers op haar afdeling. Baker beschrijft de verwickelingen die ontstaan door de verschillende uitgangspunten en handelingen en waarbij niet alleen de afdeling maar ook de medische staf en het management betrokken raken. Baker's studie kan als voorbeeld worden genomen om te onderzoeken welke condities bijdragen aan het voorkomen van bepaalde strategieën en stijlen van verplegen en hun invloed op de afdeling.

Ook uit andere literatuur zijn factoren bekend, die de werkwijzen van afdelingsteams zouden beïnvloeden, zoals de wijze van leiding geven 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 aard en ernst van de aandoeningen van de bewoners die op de afdeling verblijven, het opleidingsniveau en de werkervaring van het personeel, de personeelscapaciteit op de afdeling en de organisatie van de verpleging. Naar aanleiding daarvan kunnen interessante vragen worden gesteld over de dynamiek van strategieën en uitgangspunten. Bijvoorbeeld onder invloed van welke factoren zich veranderingen voordoen of welke relatie er is tussen de factoren en de aard van de oplossingen die worden gekozen om problemen op te lossen.

6. NABESCHOUWING

In deze nabeschuiving zullen we aandacht besteden aan de generalisatie van de resultaten, maar eerst staan we stil bij het in de inleiding geïntroduceerde begrip totale institutie. Goffman's studie heeft als zoeklicht gefungeerd en de onderzoekers gevoelig gemaakt voor processen die zich afspelen in het dagelijks leven in het verpleeghuis, zonder dat daarbij het begrip totale institutie klakkeloos is overgenomen. Wel heeft dit begrip de onderzoekers op het spoor gebracht van de institutionele ambivalentie die kenmerkend is voor het verpleeghuis.

In de welvaartssituatie van de jaren zestig, werd de ambivalentie gevormd door de polen van de bewaarfunctie en het streven naar humanitaire zorg. In de loop van de tijd is er een verschuiving opgetreden in de inhoud van de ambivalentie doordat de ene pool onder invloed van de schaarste is gevormd door doelmatigheid en de andere is geformaliseerd in allerlei wettelijke eisen over kwaliteit van zorg en patiëntenrechten. Het gevolg hiervan is dat de institutionele ambivalentie is blijven bestaan, maar een geheel andere inhoud heeft gekregen. Daarom is het weinig zinvol het begrip totale institutie nu nog te hanteren voor zorgsituaties die aan de oppervlakte overeenkomst

vertonen met praktijken die het leven van alledag beheersen in gevangenissen, concentratiekampen of tuchthuizen.

Een belangrijk probleem betreft de vraag naar de generaliseerbaarheid of externe validiteit van de bevindingen, gezien het relatief beperkte aantal onderzoekseenheden. We kunnen daar wat dit onderzoek betreft heel duidelijk over zijn: aangezien de onderzochte gevallen niet gekozen zijn op basis van een aselechte steekproef is generalisatie naar andere niet onderzochte verpleeghuizen, afdelingen of verzorgenden niet geoorloofd. (5) We achten dit echter geen probleem, omdat kwalitatief onderzoek zich niet leent voor statistische generalisatie, maar wel voor theoretische generalisatie. Dat wil zeggen dat de in een bepaald onderzoek ontwikkelde begrippen, samenhangen en theoretische inzichten ook gelden voor andere, vergelijkbare situaties en verschijnselen (Conrad, 1990).

Zo lijken de begrippen 'normaliseringsstrategie', 'uniformeringstrategie' en 'Marta- en Mariaperspectief' bruikbaar in zorgsituaties die eveneens gekenmerkt worden door institutionele ambivalentie (de spanning tussen doelmatigheid, zelfbescherming en streven naar humaniteit en betrokkenheid) en de daarmee samenhangende problemen van 'het nooit eindigende werk', 'onzekerheid in interactie met bewoners' en de 'spanning distantie en betrokkenheid'. Aangezien deze spanningen en problemen ook kunnen worden geconstateerd bij het personeel in geestelijk gehandicaptenzorg, zullen de begrippen die in de onderzochte verpleeghuizen ontwikkeld zijn, ook in deze instellingen bruikbaar zijn. Hetzelfde kan verondersteld worden voor andere verpleeghuizen. Voor andere zorgsituaties, zoals de thuiszorg voor chronische zieken, zullen de ontwikkelde begrippen niet alle geldig zijn of moeten worden aangepast en genuanceerd. Daar waar de genoemde institutionele ambivalentie afwezig is, zoals de poliklinische zorg en kortdurende ziekenhuisopnamen, zal de toepasbaarheid van de ontwikkelde begrippen minder groot zijn.

VOETNOTEN

- (1) Verzorgenden wordt hier gebruikt als verzamelnaam voor alle zorgverleners die in teamverband op een afdeling in het verpleeghuis werkzaam zijn. De ziekenverzorgenden vormen de grootste groep. Daarnaast werken er verpleegkundigen, verplegenden en verpleeghulpverleners of verpleegassistenten.
- (2) Wiener (1975) beschrijft deze tactiek bij reumapatiënten die hun pijn en invaliditeit proberen te verbergen, zodat ze aan de verwachtingen kunnen voldoen van mensen in hun omgeving, zoals boodschappen doen en huishoudelijk werk verrichten.
- (3) Glaser en Strauss (1973) beschrijven deze tactiek in hun onderzoek naar de wijze waarop ziekenhuispersoneel omgaat met stervende patiënten.
- (4) Shibutani accentueert de omvattendheid, de grote reikwijdte en relatieve onveranderlijkheid van het perspectief van een persoon. Dit in tegenstelling tot Becker e.a. (1961) die situationele veranderlijkheid van het begrip perspectief uitwerken in een onderzoek naar veranderingen in houding van medische

studenten gedurende de medische studie. Een ander belangrijk verschil is dat de definitie van Shibutani uitsluitend betrekking heeft op iemands gedachtenwereld en Becker e.a. ook handelingen van actoren tot het begrip rekenen ('patterns of thought and action'; Becker e.a. 1961: 36). Omdat voor deze begripsuitbreiding onvoldoende argumenten aanwezig zijn, wordt aangesloten bij de omschrijving van Shibutani. Onder een perspectief wordt verstaan het raster waarmee de werkelijkheid wordt waargenomen en dat door die functie dienst kan doen als uitgangspunt voor het handelen.

- (5) Sommige kwalitatieve onderzoekers huldigen een minder streng standpunt en hebben er geen bezwaar tegen om bevindingen van een beperkt aantal eenheden te generaliseren, omdat ze aannemen dat de onderzochte eenheden kenmerkend of typerend geacht mogen worden voor de gehele populatie (bijvoorbeeld Rose, 1982).

BIBLIOGRAFIE

- BAKER, D.E. (1983), "Care" in the geriatric ward: an account of two styles of nursing', pp. 101-117, in: WILSON-BARNETT, J. (ed.), *Nursing research: ten studies in patient care*. Chichester: Wiley Medical Publication.
- BECKER, H.S., B. GEER, E.C. HUGHES & A.L. STRAUSS (1961), *Boys in white: studentculture in medical school*. Chicago: University of Chicago Press.
- BOEIJE, H.R. (1994), *Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen: een onderzoek naar problemen en strategieën van verzorgenden*. Utrecht: De Tijdstroom.
- BOEIJE, H.R. & A.C. NIEVAARD (1995), 'Gewoon doen wat je geleerd is: De opleidingsperiode vanuit het perspectief van leerling-ziekenverzorgenden in verpleeghuizen', *Verpleegkunde*, 10 (1): 19-28.
- CONRAD, P. (1990), 'Qualitative research on chronic illness: a commentary on method and conceptual development', *Social Science and Medicine*, 30 (11): 1257-1263.
- GLASER, B.G. & A.L. STRAUSS (1967), *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine.
- GLASER, B.G. & A.L. STRAUSS (1973), *Het besef van de naderende dood*. Alphen aan de Rijn: Samsom.
- GOFFMAN, E. (1961), *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Londen: Doubleday & Co, Anchor Books.
- GOFFMAN, E. (1963), *Stigma. Notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- KELK, C. (1983), *Recht voor geïnstitutionaliseerden; de functies van het recht in penitentiaire inrichtingen, psychiatrische ziekenhuizen en andere totale instituties*. Arnhem: Gouda Quint.
- LAYDER, D. (1993), *New strategies in social research: an introduction and guide*. Cambridge: Polity press.
- NAAFS, J. (1987), *Leven in tehuizen: een leven waard?* Deventer: Van Loghum Slaterus.

- NIEVAARD, A.C. (1986), *Triaden in het ziekenhuis: een sociologisch onderzoek naar artsen, verplegenden en patiënten*. 's Gravenhage: VUGA/Lisbon.
- NIEVAARD, A.C. (1990), 'Validiteit en betrouwbaarheid in kwalitatief onderzoek', pp. 75-96, in: MASO, I., A. SMALING (eds.), *Objectiviteit in kwalitatief onderzoek*. Meppel/Amsterdam: Boom.
- ROSE, G. (1982), *Deciphering sociological research*. Houndmills: MacMillan.
- SHIBUTANI, T. (1978), 'Reference groups as perspectives', pp. 108-115, in: MANIS, J.G., B.N. MELTZER (eds.), *Symbolic interaction: a reader in social psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- SILVERMAN, D. (1974), *Organisatietheorie*. Rotterdam: Universitaire Pers Rotterdam/Nijgh & Van Ditmar Educatief.
- SPRADLEY, J.P. (1979), *The ethnographic interview*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- TEN HAVE, H. (1979), *Het verpleeghuis: veld van onderzoek. Een micro-sociologisch onderzoek naar de betekeniswerelden van patiënten en personeel in het verpleeghuis*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- VAN DEN HEUVEL, W.J.A. (1977), *Het verpleegtehuis; leven van huis uit*. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt.
- WESTER, F. (1991), *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Muiderberg: Coutinho.
- WIENER, C.L. (1975), 'The burden of rheumatoid arthritis: tolerating the uncertainty', *Social Science and Medicine*, 9: 97-104.