

In deze rubriek staat de methode van participerende observatie centraal. In het verleden hebben onderzoekers die het spoor van Malinowski volgden steeds geschreven over hun ervaringen met deze methode, over de voordelen die dat opleverde en over de obstakels die erdoor werden opgeworpen. Hun bijdragen bieden interessante etnografische inzichten, maar het laat zich aanzien dat hun bevindingen in grote lijnen overeenkomen. Iets meer controversie kan de rubriek interessanter maken. Daarom een nieuwe insteek die de auteurs vraagt aandacht te besteden aan nut en noodzaak van participeren. Redacteur voor deze rubriek is Frank van Gemert: f.vangemert@rechten.vu.nl.

Dokterspraktijken

Het ziekenhuis van binnenuit

Karen Kruijthof

Subjectiviteit is nodig

Ik hoor erbij. Ik ben een dokter. Tijdens de studie geneeskunde kregen we filosofie. We leerden over het medisch discours, over subjecten, objecten, verdingelijking – *ik* (als subject) *heb een lichaam* (een object dat in het medisch discours losstaat van het *ik* als subject). Filosofie vond ik een mooi vak. Nu pas snap ik dat het me hielp om na te denken over het evenwicht tussen erbij horen en afstand houden. Ik was een kritische student. Ik vond veel dokters horken, ik vond dat ze onzorgvuldig waren ten opzichte van de individuele patiënt. Ik wilde er niet bij horen. Ik studeerde óók bestuurskunde. Bij een mondeling examen filosofie vroeg de hoogleraar me naar mijn rol in de geneeskunde. Ik zei dat ik een buitenstaander wilde zijn die de geneeskunde van binnenuit wilde veranderen. Hij vroeg: ‘Kun je echt een buitenstaander zijn? Ben je niet zelf al gevormd in de geneeskunde? Maak je er niet allang deel van uit?’ Ik schrok.

Dat is ruim 15 jaar geleden. Ik maakte geneeskunde af en ook bestuurskunde. Ik werkte twee jaar als zaalarts op een chirurgieafdeling. Ik werkte vier jaar als stafmedewerker/arts aan het ziekenhuisbeleid. En daarna had ik vijf jaar lang twee banen: ik was strategisch adviseur in een ziekenhuis en promovendus aan een universiteit. Ik zoek altijd combinaties van werkzaamheden en functies. Omdat ik erbij wil horen én afstand wil houden. Omdat ik tóch een buitenstaander wil zijn die van binnenuit werkt. Ook al weet ik, sinds het mondeling filosofie, dat dat niet echt kan.

Moet een artikel over een onderzoeksmethode zo persoonlijk beginnen? Ik denk van wel. Ik denk zelfs dat het persoonlijke aspect in elk artikel over wetenschap hoort. Elke wetenschapper kiest voor richtingen en methoden die bij haar passen. Subjectiviteit is in

wetenschap niet alleen onvermijdelijk, maar ook nodig (Maso & Smaling 1998, p. 79). En om keuzes in een onderzoek te begrijpen, moet je de overwegingen van de onderzoeker kunnen volgen (Maso, 1990).

Mijn onderzoek

Ik startte mijn onderzoek in 2000. In 1999 was de zogenaamde ‘Integratiewet’ aangenomen, overigens een héél andere integratiewet dan de wet die nu actueel is. In deze wet stond dat specialisten in een ziekenhuis niet meer zelf afspraken mochten maken met verzekeraars over behandelingen en vergoedingen. De raden van bestuur gingen námens het hele ziekenhuis onderhandelen. Daarbij moesten de bestuurders wel rekening houden met wat specialisten nodig hebben voor patiëntenzorg, want die bleven daarvoor verantwoordelijk. Specialisten moesten op hun beurt volgens de wet rekening houden met wat er door de raad van bestuur werd afgesproken over het budget. Deze wet, en verschillende documenten en regels die daarbij hoorden, vormden het ‘kader’ voor zeggenschap in het ziekenhuis. Dat was het papier. Maar wat is de praktijk? Wat willen specialisten te zeggen hebben in hun spreekkamer, op de afdeling of in het ziekenhuis? Waarover willen ze zeggenschap hebben in hun dagelijks werk? Daarover ging mijn onderzoek.

Eenenvijftig specialisten van zeven vakgebieden in twee ziekenhuizen deden eraan mee. Ik keek naar hun dagelijks werk. Bijna zevenhonderd specialisten vulden een vragenlijst in. Een combinatie van methoden. Kwalitatief, omdat dat voor mij vanzelfsprekend was. Ik heb nooit overwogen of het ook alleen met vragenlijsten zou kunnen. Ik wilde antwoorden op vragen over specialisten en zeggenschap in hun spreekkamer, op de afdeling of in het ziekenhuis. Die zijn dan toch alleen te vinden in spreekkamers, op afdelingen en in ziekenhuizen? Dan moest ik dáár toch zijn? Ik wilde die praktijken wel in een breder perspectief kunnen plaatsen. Hoe denken specialisten in Nederland ‘gemiddeld’ over werk en zeggenschap? En dan ligt de kwantitatieve benadering met een vragenlijst-onderzoek voor de hand, ondanks de nadelen (onder andere belasting van de populatie, non-respons, oppervlakkige informatie).

Mijn kwalitatieve onderzoek was een ‘meervoudige gevalsstudie’. In zeven afzonderlijke specialistengroepen – vier in één ziekenhuis en drie in een tweede – keek ik naar het dagelijks werk, door tenminste één dagdeel per individuele specialist ‘mee te lopen’ (bijna 300 uur observatie). Als aanvulling daarop hield ik interviews met de deelnemende specialisten en bestudeerde ik hun documenten (instructies, roosters, protocollen, agenda’s en stukken uit maatschapvergaderingen). In elke specialistengroep ben ik tenminste één keer terug geweest voor een bespreking van mijn bevindingen. Mijn aantekeningen van observaties en interviews verwerkte ik onder andere met behulp van ‘Atlas/ti’, een computerprogramma voor kwalitatieve analyses. Wat mij betreft een onmisbaar hulpmiddel voor het ordenen en analyseren van data.

Participatie in mijn onderzoek

'Meelopen', observeren.... Was het dan geen '*participerende* observatie'? Nee, eigenlijk niet. Ik heb die term ook bewust nergens gebruikt in mijn proefschrift, want ik deed in mijn veldwerk niet écht mee. Of toch...? 'Kun je echt een buitenstaander zijn? Ben je niet zelf al gevormd in de geneeskunde? Maak je er niet allang deel van uit?'

Ik had geen formele rol als ik meeliep met specialisten. Niemand verwachtte dat ik iets in de patiëntenzorg zou doen. Maar ik had wel een witte jas aan, het 'uniform' van de dokter. En 'meekijken' is in ziekenhuizen niet ongebruikelijk. Bijvoorbeeld in het onderwijs. Co-assistenten (geneeskundestudenten die stage lopen) kijken ook vaak mee. Ik hield de hand van de patiënt vast als het pijn deed. Ik hielp wel eens mee bij het optillen. Ik stelde aan de specialist de vragen die patiënten mij stelden als de specialist even de spreekkamer uit was.

En ik ben nou eenmaal een dokter. Weliswaar zonder vervolgopleiding tot specialist, maar toch... Ik kon, om 'het ijs te breken', vragen stellen die over de geneeskunde gingen. Ik ken het jargon, de uitdrukkingen, ik spreek de taal. Daardoor kon ik toch op zo'n manier *meedoen* dat ik geaccepteerd werd. Geen participatie als formele deelnemer in het werk of in het team, wel in de betekenis van 'meedoen' aan gedrag dat past bij het werk en het team (Jonker & Pennink, 1999).

De 'participatie' in participerende observatie gaat altijd over de onderzoeker. Maar het object van onderzoek in de sociale wetenschap is een terugpratend subject (Karsten, 1999). De specialisten met wie ik mee was, participeerden in mijn onderzoek. Net als vele anderen die ik niet specifiek volgde, maar die ik tegenkwam als ik meeliep. Natuurlijk zat ik aantekeningen te maken tijdens een spreekuur. Vaak vroeg een specialist na een uurtje: 'Wat zit je nou toch allemaal op te schrijven?' Ik liet mijn aantekeningen dan zien en legde uit waar ik op lette: wat zijn je activiteiten per tijdseenheid, met wie heb je te maken, met wie doe je zaken om dingen voor je patiënt of voor jezelf voor elkaar te krijgen, wat regel je zelf, wat doen anderen, waar heb je last van in het verloop van je werkdag, enzovoort. Het effect hiervan was meestal dat ze mij adviseerden wat ik vooral moest opschrijven! 'Zie je nou, dat ik hier alles alleen moet doen? Schrijf dat maar op!' Ook de patiënten, aan wie natuurlijk even gevraagd werd of ik 'mee mocht kijken', participeerden. Eén van de specialisten sprak met een patiënt af om de volgende dag over laboratoriumuitslagen te bellen en dan te bespreken 'wat we moeten doen als de uitslagen eventueel niet goed zijn'. De patiënt zei tegen mij: 'Dat moet u opschrijven, dat een specialist dat zelf doet! Zelf bellen en met me overleggen!'

Moet je dat voorkómen? Krijg je geen 'bias' als mensen op deze manier meedoen aan je onderzoek? Ik vind van niet. Integendeel. Enige openheid over de data die je verzamelt, nodigt uit tot openheid bij de 'terugpratende subjecten'. En alleen door die dialoog kun je als onderzoeker echt verder komen. Een voorbeeld. Veel specialisten hebben moeite met 'management'. Een specialist met grote weerzin tegen management zei:

‘Management... Ik kan het woord niet eens uitspreken. Management is een zichzelf vervuulende tumor. Managers zijn er alleen maar voor zichzelf. Het is een groeiende beweging die zichzelf instandhoudt. Managers nemen weer nieuwe managers aan en iedereen vergeet dat het gewone vak ook nog gedaan moet worden. Dus je hebt aan mij een slechte om daarover te praten.’

Als onderzoeker kun je het daar natuurlijk niet bij laten. Maar genuanceerd dóórpraten over een onderwerp dat zoveel weerstand en zelfs kwaadheid oproept, is lastig wanneer je alleen iemand ‘uithoort’ in een gesprek of interview, zeker wanneer dat strak gestructureerd is. Ik was al langer met deze specialist ‘opgetrokken’ en daarbij had ik kunnen laten merken dat ik echt nieuwsgierig was naar het werk en naar haar beleving ervan. Toen ik vragend opkeek, vervolgde ze:

‘Nou ja, ik mag jou persoonlijk wel, maar voor dat hele onderwerp waar je je mee bezig houdt, daarvoor heb je aan mij een slechte.’

Op basis daarvan kon ik natuurlijk gemakkelijk dóórvragen.

KK: ‘Wat is dan jouw visie? Wanneer werk je in een ziekenhuis waar goed management is? Of moeten managers helemaal weg, moeten specialisten zichzelf besturen?’

Specialist: ‘Nou, ze hóeven misschien niet helemaal weg... Maar ze moeten wat meer doen wat de specialisten willen. Ik heb mijn vakgebied. Mijn *brain*, mijn kop, mijn lijf, mijn stem, dat zijn mijn instrumenten. En af en toe een tang ofzo. Dan heb ik ook soms kennis nodig van de chemie of van de röntgen of van de microbiologie. Dus die collegae wil ik dan bij mijn patiënt kunnen vragen. En om dat alles samen te kunnen bekostigen en te organiseren, mag er een manager zijn. Management is ook een instrument, een *tool*, om de patiëntenzorg te regelen. Ik zit nou even lekker te praten, kan ik het eens even kwijt, maar ik zal het niet snel elders zeggen hoor...!’

De participatie in ‘participerende observatie’ heeft dus verschillende betekenissen. De onderzoeker doet op z’n minst haar best om mee te doen aan het algemene gedrag dat gebruikelijk is in het betreffende ‘veld’. En ze staat toe dat de onderzoeksdeelnemers participeren. Ook in de betekenis van ‘zich bemoeien met’ het onderzoek. Graag zelfs.

Ik in mijn onderzoek

Vier van de zeven ‘cases’ betroffen vakgroepen in het ziekenhuis waar ik ook als beleidsadviseur werkte. Een gevaar van die combinatie van rollen is het bestaan van vooroordelen op basis van eerdere ervaringen, zowel bij mij als bij de specialisten in mijn onderzoek. Als het om mijzelf ging: ‘The best cure for biases is to try to become increasingly aware of our own biases and how they slant and shape what we hear, how they interfere with our reproduction of the speaker’s reality, and how they transfigure truth into falsity’ (Guba & Lincoln, 1982:148).

Natuurlijk had (en heb) ik vooroordelen, bewuste en onbewuste ideeën over specialisten, over werk in het ziekenhuis, over mezelf. Niet alleen in de omgeving van het mij bekende ziekenhuis, maar gewoon in het algemeen. Omdat ik ‘the best cure for biases’

wilde toepassen, hield ik een dagboek bij. Ik ontdekte dat mijn twee rollen in het ene ziekenhuis me niet eens zo héél erg bezighielden. Er ontstond snel een ‘natuurlijk onderscheid’. Als ik met een witte jas aan liep, was ik onderzoeker. Zonder witte jas was ik aan het werk. Ik besprak dat duidelijk met iedereen, vooral met de specialisten die aan mijn onderzoek meededen. Daarbij benadrukte ik het beroepsgeheim vanuit mijn beide functies. Eigenlijk heeft het nooit verwarring gegeven. Er was één gek moment. Ik stapte (in het wit) met een specialist in de lift en drukte per abuis automatisch op de knop van mijn werkdienst. De specialist schoot erg in de lach: ‘Foei!! Je werkt niet! Je bent met mij vandaag!!’

Wat me – in het evenwicht van ‘erbij horen’ en ‘afstand houden’ – veel meer bezighield, was dat ik weliswaar arts, maar géén specialist was. Pas in het dagboek dat ik bijhield tijdens het onderzoek, ging ik dat inzien. Een fragment uit het begin:

‘Zoals alle junior artsen, noem ik specialisten ‘bazen’. Als ik verder was gegaan in de geneeskunde, had ik nu ongeveer halverwege een opleiding gezeten. Gedurende een vervolgopleiding wennen mensen er geleidelijk aan dat de ‘bazen’ op een dag collegae zullen zijn, gelijken, partners. Maar ik ben niet in opleiding. Ik koos er voor om me ‘te specialiseren’ in de organisatie, niet in de geneeskunde. Ik zal nooit het moment bereiken waarop specialisten collegae worden, ‘peers’. Misschien blijf ik ze wel altijd zien als ‘bazen’, en niet als collegae. Maar ja, misschien heeft mijn gevoel van nu ook wel iets met leeftijd te maken. De gemiddelde specialist is tenminste tien tot vijftien jaar ouder dan ik. Hoe dan ook, ik heb bepaalde aannames als ik dokters – met name specialisten – zie, als ik met ze praat en als ik naar ze luister. Die aannames, mijn ‘bias’, hangen met de volgende punten samen:

- Als arts ben ik één van hen. Ik hoor bij hen. Maar ik ben ook weer niet één van hen, want zij zijn specialisten, ik niet.
- Ik geloof niet dat ik bij hen wil horen, maar ik wil eerlijk gezegd wel bekendstaan als iemand die hen beter begrijpt dan andere mensen die aan de organisatiekant van het ziekenhuis werken.
- Ik denk dat specialisten in het algemeen de kunst van beleid en management onvoldoende waarderen en dat ze de complexiteit ervan onderschatten.
- Ik vraag me af of het goed is als specialisten gaan deelnemen aan het management in de hiërarchische patronen van het ziekenhuis (zoals momenteel wordt nagestreefd in het ziekenhuisbeleid). Ik denk namelijk dat ze in het algemeen geen goede leiders zijn. Ze hebben niet de vaardigheden die ik voor leiderschap noodzakelijk acht (coachen, beïnvloeden van cultuur en sfeer, motiveren, stimuleren, enzovoort)’ (dagboek, juni 2000).

Als ik het nu lees, vind ik vooral de laatste alinea erg hard van mezelf. Gedurende het onderzoek ging ik dan ook heel anders over specialisten denken. Ik kreeg medelijden. Na ongeveer twee jaar noteerde ik het volgende in mijn dagboek:

‘I’m going totally ‘native’! Het zijn zware tijden voor specialisten en ik heb met ze te doen. Ik begin managers te wantrouwen en ik denk dat managementparticipatie door

specialisten een slecht idee is. Niet omdat ze het niet kunnen, maar omdat het een manier is om specialisten medeverantwoordelijk te maken voor managementfalen. Zou het alleen maar 'going native' zijn eigenlijk? Dat is wat 'echte' antropologen doormaken. Maar die verlaten hun onderzoeksomgeving weer. Ik niet. Ik denk dat ik altijd wel in ziekenhuizen wil werken. Zou mijn gevoel voor specialisten een soort socialisatie zijn? Wat het ook is... als onderzoeker moet ik in elk geval proberen om mijn sympathie voor de artsen en mijn moeite met managers echt wat meer te relativieren. Ik kan deze veranderde manier van kijken en denken niet leidend laten zijn in mijn observaties. Ik moet met een schone lei verder!' (dagboek, februari 2002).

Buitenstaander binnenin

Een schone lei is een goed streven voor een onderzoeker. Enige afstand is noodzakelijk. Maar volledige neutraliteit is onmogelijk. Mijn 'bias' volgde gedurende het onderzoek ongeveer het volgende patroon. Ik startte – in die tijd was ik al een paar jaar beleidsmedewerker – vanuit enige identificatie met managers. 'Ik hoor niet bij specialisten; specialisten zijn geen goede leiders in een ziekenhuis en ze snappen niet hoe belangrijk management is.' Halverwege mijn onderzoek, terug in het wit, terug in de geneeskunde, groeide mijn identificatie met artsen. 'Management is geen doel op zich. Ik hoor niet bij managers. Managers zijn het doel vergeten en nu sleuren ze specialisten – waar trouwens echt goede leiders tussen zitten – mee in het machtsspel om zeggenschap.'

Het schrijven van het proefschrift bracht uiteindelijk de noodzakelijke afstand. Zowel fysiek als mentaal. Daardoor kon ik de complexiteit van rollen en relaties in het ziekenhuis langzamerhand accepteren. En – met behulp van mijn conceptueel kader – structureren. Mijn bias nu (een jaar na de promotie) neigt naar een nieuw evenwicht. Ik ben niet meer 'voor' of 'tegen' managers of specialisten. Ik ben 'voor' patiëntenzorg en geneeskunde als hoogste doel in het ziekenhuis. Specialisten en managers (en anderen in het ziekenhuis) behoren zeggenschap zo te verdelen dat ze daar gezamenlijk dienstbaar aan zijn. En zowel specialisten als managers streven nou eenmaal soms andere doelen na. Dat wil ik blijven benoemen. Ik wil combinaties zoeken en creëren vanuit een bevoorrechte positie: een buitenstaander binnenin. Misschien kan het toch.

Literatuur

Guba, E.G. & Y.S. Lincoln (1982). *Effective evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Jonker, J. & B.J.W. Pennink (1999). Laveren tussen begrijpen en gebruiken. In: M.J. van Riemsdijk (red.). *Dilemma's in de bedrijfskundige wetenschap*. Assen: Van Gorcum, 49-68.

Karsten, L. (1999). Taaldaden, dialogen en teamvorming als basis voor de diagnose en verandering van organisaties. In: M.J. van Riemsdijk (red.). *Dilemma's in de bedrijfskundige wetenschap*. Assen: Van Gorcum, 28-48.

Maso, I. & A. Smaling (1990). *Objectiviteit in kwalitatief onderzoek*. Meppel: Boom.

Maso, I. & A. Smaling (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.