

In deze rubriek komen onderzoekers aan het woord over participerende observatie. Zij doen verslag van hun eigen ervaringen en inzichten en volgen daarbij het spoor dat antropoloog Bronislaw Malinowski begin vorige eeuw uitzette. Geïnteresseerden kunnen contact opnemen met Frank van Gemert. E-mail: f.vangemert@rechten.vu.nl.

Who are you? Toegang krijgen tot een Ghanees ziekenhuis voor participerend veldonderzoek

Christine Böhmig-Witte

Toegang

Who are you and what is your mission? Dat waren de eerste vragen die ik hoorde toen ik in januari 2004 het ziekenhuis in Ghana betrad, waarin ik mijn onderzoek wilde verrichten. Ik was alleen, een antropologe uit Nederland, die zichzelf en haar onderzoek trachtte te introduceren. De eerste reactie van de verpleegkundigen was vriendelijk maar duidelijk: ‘Leuk je te ontmoeten, maar wij kennen je niet. Je moet begrijpen dat wij een echte introductie nodig hebben om je beter te leren kennen.’

Dit artikel beschrijft het proces dat ik moest doorlopen om toegang te krijgen tot een organisatie voor langdurig veldonderzoek. Dit toegang krijgen omvat twee onderdelen: het overwinnen van bureaucratische barrières en deel worden van een informeel netwerk. Het is noodzakelijk dat beide worden volbracht. Ik moest mezelf als onderzoeker presenteren en ik moest een ‘persoon’ worden om opgenomen te worden en mijn veldwerk in het ziekenhuis te kunnen beginnen.

Met mijn achtergrond als verpleegkundige en medisch antropologe draait mijn onderzoek om de vraag wat verpleging betekent in een academisch ziekenhuis in Accra, Ghana. Mijn doel is te beschrijven wat in het ‘dorp’ van het ziekenhuis gebeurt door te focussen op het werk en de opleiding, de activiteiten en percepties van verpleegkundigen. Mijn eerste kennismaking met het Ghanese gezondheidssysteem dateert van meer dan tien jaar geleden, toen ik als verpleegkundige in een kustplaatsje deel uitmaakte van een poliklinisch team. De toentertijd opgedane ervaringen lagen nog vers in mijn geheugen, maar ze konden niet zonder meer de deur voor me openen in Accra. Welke strategie kon ik het best volgen, op welke manier kon ik deze grote instelling het best benaderen? En, eenmaal binnen, zou het inderdaad mogelijk en nuttig zijn om te participeren en zou dit daadwerkelijk gewaardeerd worden en vrucht afwerpen?

Er is veel gepubliceerd over het verkrijgen van toegang, de keuze van het juiste moment en het benaderen van een hiërarchisch instituut. Morse (1989:2) benadrukt de voordelen voor onder-

zoekers in een medische context wanneer zij een medische of verpleegkundige achtergrond hebben *since they are certified to practice in a healing profession, they can operate [...] as practitioner as well as observer/ researcher*. Evaneshko (1985) brengt diverse kwesties onder de aandacht waarmee men rekening dient te houden bij de aanvang van een onderzoek in de gezondheidszorg, waaronder het bepalen van een rol of identiteit. Campbell (1998) en Pasma (2005) concentreren zich voornamelijk op de relevantie van de eigen ervaring, die het een onderzoeker mogelijk maakt vertrouwen te winnen en dieper inzicht in de situatie te verwerven.

Met dit in mijn achterhoofd besloot ik naar het ziekenhuis in Accra te reizen en simpelweg het administratieve hoofdkantoor binnen te wandelen. Ik klopte op de eerste deur die er veelbelovend uitzag en bevond me even later in een kantoor met airconditioning en drie verpleegkundigen in witte uniformen, druk in de weer met papieren, onderwijl luisterend naar de radio.

Het eerste begin

Wie ben ik? Een belangrijke vraag, want aan elk van ons kleven zowel persoonlijke als professionele facetten. Welk 'ik' kies en toon ik? Op grond van eerdere bezoeken en studies was mij bekend dat een gepaste introductie een cruciaal moment is, dat kan beslissen over het slagen of falen van een gehele onderneming. De verpleegkundigen hadden het gelijk volledig aan hun zijde. Wie was ik om te denken dat voor de 'niemand' die ik nog voor hen was, de deuren zouden kunnen opengaan? Een gepaste introductie moest gebeuren door een ter plaatse bekend en gerespecteerd individu. Introductiebrieven en e-mail van mijn thuisbasis, de Universiteit van Amsterdam, hielpen niet in deze fase. Daarom was mijn volgende strategie om alle mensen en instellingen in Accra te benoemen waarmee ik op de een of andere manier verbonden was. Ik verwees naar ontmoetingen met de hoogleraar medische sociologie aan de University of Ghana, de decaan van de verpleegkundeopleiding en naar mijn bezoeken aan de presbyteriaanse kerk in één van de stadswijken van Accra. Dat laatste zou ik nooit in een West-Europees ziekenhuis hebben gedaan, maar hier opende het de oren. De gezichten van de verpleegkundigen werden vriendelijker en ze besloten dat een brief van de decaan van de verpleegkundeopleiding voldoende introductie zou zijn.

Toen ik haar kort daarna om deze gunst vroeg, glimlachte ze en schreef de brief. Ik besprak mijn ervaring met haar en beiden dachten we na over de vraag hoe ik me het beste zou kunnen opstellen om mijn doel, het verkrijgen van toegang, te bereiken. Zij bevestigde het bestaan van een duidelijke hiërarchie tussen en binnen de gezondheidswerkers en verwachtte dat het volgen daarvan het gewenste resultaat zou brengen. Omdat zij samenwerkte met het bestuur van het ziekenhuis, bleek zij een belangrijke poortwachter voor mij.

Twee dagen later keerde ik terug naar het ziekenhuis en toonde de brief, met daarop mijn naam en onderzoeksvoorstel, getekend en gestempeld door de opleiding. *Oh, now we get to know you. You are welcome! Please, tell us more about your ideas and plans with us*. Ik was binnen, zij het voor korte tijd om mezelf te oriënteren en – wat belangrijker was – hun en mijzelf een kans te geven tot verdere kennismaking.

Bij mijn terugkeer naar Nederland, enige dagen later, was ik reeds in bezit van waardevolle indrukken van de afdeling, de verpleegkundigen en de inrichting van dit deel van het ziekenhuis. De laatste gesprekken met de leidinggevenden op de afdeling en binnen de organisatie gaven aan dat een terugkeer voor een langer onderzoek mogelijk was.

Informele netwerken en formele procedures

Als ik dit schrijf, in het voorjaar van 2005, is er veel gebeurd. Ik leerde meer over de spelregels en werd een actievere speler in het spel. Ook kwam mijn poortwachter weer goed van pas. Ze hielp mij toen ik de directeur verpleging voor de eerste keer moest ontmoeten. *Oh, you want to meet Miss D. I know her very well, she is a former student of mine. Well it is weekend now, but we attend the same church. I will tell her during the service on Sunday that you want to meet her. Go to the hospital on Monday, it will be ok.* Zo'n introductie is ongewoon in een Europees ziekenhuis, maar bleek hier effectief. Toen ik na het weekeinde het ziekenhuis betrad, werd ik door de directeur verwelkomd en had ik een constructieve ontmoeting met haar.

Deze informele introductie bij de verpleegkundige organisatie werd gevolgd door een tweetal formele handelingen. Ten eerste was daar het gesprek met de medisch directeur in de herfst van 2004. Deze ontmoeting was noodzakelijk om de machtigere spelers in het ziekenhuis, de artsen, over mijn aanwezigheid te informeren. Tegelijkertijd anticipeerde ik hiermee op de bestaande *gender bias* en machtsstructuur binnen de top van de organisatie. De medisch directeur toonde interesse in mijn voornemen, verwelkomde mij, wenste me succes en sprak de hoop uit mijn resultaten te kunnen zien. De tweede handeling bestond uit het verkrijgen van groen licht (*ethical clearance*) betreffende de ethische aspecten van mijn onderzoek, van de Institutional Review Board van het Medical Research Centre van de University of Ghana. Ik legde mijn voorstel en de beschrijving van mijn onderzoeksmethoden voor via het verpleegkundedepartement en kreeg twee maanden later een positieve respons.

In mijn optiek zijn deze formele stappen even belangrijk voor succes bij het verkrijgen van toegang als de informele. Waar de informele introductie aan de groep gedurende een bijeenkomst in het ziekenhuis, een gezamenlijk gebed in de kerk of een lunch in een kantine mijn identiteit als persoon onderstrepen, benadrukken de formele handelingen de ethische, morele en juridische aspecten van mijn onderzoek en bestempelen het daarmee als professioneel (Evaneshko, 1985; Geurts, 2002).

Het tweede begin

In januari 2005 begon mijn eerste veldwerkperiode op een interne afdeling. Mijn formele toelating van de University of Ghana tonend kreeg ik binnen enkele dagen de toestemming om met het verzamelen van data te beginnen. De laatste woorden van de directeur verpleging waren: *I wish you an interesting time and good results. Please, if there are any problems, report to me soon and do not come too late, do you hear me. Don't wait too long, if there is anything you want to discuss with me.* Toen werd ik voorgesteld aan het afdelingshoofd. Mijn daadwerkelijke rol op de afdeling werd besproken. Het was me duidelijk dat ik niet de spreekwoordelijke niet-participerende 'vlieg op de muur' zou zijn, een rol die sommige sociaal-wetenschappelijke onderzoekers als de meest wenselijke zien. Ik wilde zelf ook niet zo onzichtbaar zijn.

Zoals in diverse artikelen wordt beargumenteerd, zijn er drie rollen denkbaar om toegang te krijgen tot een ziekenhuis: die van patiënt, die van vriend of familielid van een patiënt en die van staflid (Van der Geest & Finkler, 2004: 1998). Ik koos voor de laatste en verheugde me aanvankelijk op de samenwerking met de verpleegkundigen. Vanwege de schaarste aan verpleeg-

kundigen schoten mij vele voordelen te binnen van mijn assistentie. Maar ook hier was de realiteit problematischer: zou mijn eigen, Europese, opleiding wel voldoende zijn om daadwerkelijk te kunnen helpen, welke rol zou ik hebben in kritieke situaties en, nog belangrijker, zou ik wel tegelijkertijd een antropologische onderzoeker kunnen blijven? Een vermenging van onderzoek en deelname aan de werkzaamheden kan ook verwarring zaaien en negatief uitpakken. Na discussie met mijn begeleiders in Nederland en een voorzichtig begin in Ghana werd mij de beslissing uit handen genomen. De verpleegkundigen verklaarden dat ik geen verpleegwerk kon doen aangezien ik geen werkvergunning had en het mij aan sociale en juridische ondersteuning zou ontbreken wanneer zich problemen zouden voordoen. *You are just a researcher, that is ok with us. Come and do your work.*

Hetzelfde gold voor de praktische vraag van het soort kleding: wat trek ik op de afdeling aan? Allerlei vormen van hiërarchie en status zijn zichtbaar in de kledingcodes, ik kon hier dus niet vrij over beslissen. De verpleegkundige administratie besloot dat ik een witte jas en witte schoenen ter bescherming zou dragen, ook om identificeerbaar te zijn als *working on the ward*.

Zo gekleed verscheen ik op de afdeling en begon ik met mijn veldwerk. Het wisselen van kleding werd voor mij elke ochtend een klein ritueel bij 'aankomst'. Ik raakte er zo aan gewend dat ik me naakt begon te voelen als ik mijn jas niet aanhad. Zo af en toe hielp ik met *hands-on* zorg, maakte de bedden op en ondersteunde verpleegkundigen bij de wondverzorging. Dat gebeurde op een natuurlijke wijze en werd gewaardeerd. Zo kon ik mijn belangrijkste bezigheden uitvoeren, het waarnemen van de verpleegkundigen bij hun interactie met de patiënten en elkaar. Ik voerde talloze spontane gesprekken met hen en hield enkele meer gestructureerde interviews. Ik volgde de communicatiewegen tussen de diverse acteurs op de afdeling en was getuige van processen als opname, hospitalisatie, genezing en sterven.

Conclusie: *becoming a person*

Terwijl ik me nu aan het voorbereiden ben op een langere periode van veldwerk, kan ik enkele voorlopige conclusies trekken.

Het uitsmeren van onderzoek over meerdere periodes werkt goed. Er zat ongeveer een jaar tussen mijn eerste ontmoeting en de start van mijn eigenlijke onderzoek in het ziekenhuis. Gedurende die maanden hebben de professionele vertegenwoordigers en ik elkaar leren kennen. Ik heb mijn ideeën en voorstellingen aangepast, stond open voor input van hen en werd op deze wijze een persoon. Geurts (2002) beschrijft in haar etnografie van de Anlo-Ewe uit Zuidoost-Ghana eenzelfde proces. Dit laat zien dat begrip van de wijze waarop een cultuur plaats en functie van een individu definieert, essentieel is voor het slagen van een project.

Naar mijn inschatting waren er diverse aspecten die het voor de verpleegkundigen gemakkelijker maakten mij als 'iemand' te zien. Ik ben opgeleid als verpleegkundige. Ik kende en begreep daardoor de medische diagnoses en kon bestaande procedures en symptomen aan leerling-verpleegkundigen uitleggen. Ik had jaren eerder gewerkt voor de Primary Health Service in een naburige stad. Deze ervaringen hielpen mij aansluiting te vinden bij de dagelijkse routine van de verpleegkundigen. Ook het feit dat ik getrouwd ben en twee kinderen heb, werd door de verpleegkundigen zeer gewaardeerd. Het versterkte mijn positie als volwassen vrouw met verantwoordelijkheden en een duidelijke rol in de samenleving. *Last but not least*

was ik vrij goed bekend in Accra door mijn eerdere bezoeken. Elke ochtend met het openbaar vervoer naar het ziekenhuis reizen bleek bij de dagelijkse bezigheden van de meeste verpleegkundigen te horen en was een dankbaar onderwerp van gesprek gedurende de pauzes.

Het werd gewaardeerd als ik desgevraagd uitlegde wat *my mission* was en wanneer ik antwoord gaf op kritische vragen. Tegelijkertijd leerde ik ook zelf de juiste vragen te stellen en nam ik geen genoegen met voor de hand liggende antwoorden. Dat opende deuren voor mij, aanvankelijk onbekende mensen bleken waardevolle respondenten of poortwachters. Participerende observatie betekent bereidheid tot geven en nemen, vragen en antwoorden, en tot het openstaan voor het geregeld heronderhandelen en aanpassen van de voorgenomen doelen.

Samenvattend kan ik zeggen dat participerende observatie tot op zekere hoogte mogelijk en misschien zelfs positief is. In het wit gekleed zijn, deelnemen aan de ochtendgebeden en de helpende hand uitsteken zijn voorbeelden van die participatie. Ik realiseerde me pas na een tijdje dat ook de patiënten mij als deel van de verpleegkundige groep begonnen te zien. Dat bleek doordat zij om kleine diensten vroegen zoals hulp bij het eten en drinken, het gladtrekken van lakens of door in korte gesprekken uitdrukking te geven aan hun pijn, angst en hoop. Het gevoel deel uit te maken van een groep is een positieve emotie, maar draagt het risico in zich onder te gaan in de verantwoordelijkheden en werklast van die groep. Actieve zelfreflectie moet regelmatig gebeuren en het antropologische doel van het onderzoek moet voorop blijven staan. Met die kanttekening is participatie van grote waarde en kan verblinding vermeden worden.

Ik wil Diana Gibson en Sjaak van der Geest danken voor constructief commentaar op een eerdere versie van dit manuscript.

Literatuur

- Campbell, M.L. (1998). Institutional Ethnography and Experience as Data. *Qualitative Sociology*, 21(1), 55-73.
- Evaneshko, V. (1985). Entrée Strategies for Nursing Field Research Studies. In: M.M. Leininger (ed.) *Qualitative Research Methods in Nursing*. Philadelphia: Saunders.
- Geest, S. van der & K. Finkler (2004). Hospital ethnography: introduction. *Social Science & Medicine*, 59, 1995-2001.
- Geurts, K.L. (2002). *Culture and the Senses. Bodily Ways of Knowing in an African Community*. Berkeley: University of California Press.
- Morse, J. M. (ed.) (1989). Cross-Cultural Nursing. Anthropological Approaches to Nursing Research. *Medical Anthropology*, Special Issue 12(1).
- Pasman, R. (2005). Verplegen bij versterven; de meerwaarde van intensief participeren. *KWALON* 28, 10(1), 20-23.