

KWALITEIT VAN WERKEN EN LEVEN IN RUSTHUIZEN

Tussen systeem en leefwereld

Peggy De Prins¹

SUMMARY – This article presents the results of empirical research on best practices in relation to quality of labour and care in Flemish homes for the elderly. The search for the best practices takes place partly within the organisational and sociological tradition of conditional or risk-assessment research in the area of 'quality of work or product(ion)'. This data supplies little empirical evidence for forming hypotheses with a normative connotation. This means: hypotheses in which intentional positive quality effects are expected from innovative policy practices. Care organisations form ambiguous entities. On the one hand they function as fully-fledged enterprises, yet on the other hand they constitute a certain type of living environment. Within the interference area between the system and the social environment there is no explicit or formally empowered primacy of either; communicative processes have their own logic within the context of a system. Predicting this social environment logic by applying rational or innovative management approaches becomes a precarious business.

Inleiding

In onderhavig artikel wordt verslag uitgebracht van een grootschalig survey-onderzoek naar de arbeids- en zorgkwaliteit in Vlaamse rusthuizen. Zorgkwaliteit verwijst in het onderzoek naar percepties van het verplegend en verzorgend personeel m.b.t. de emotionele maatzorgaspecten van de bewonerszorg. Arbeidskwaliteit wordt geoperationaliseerd in termen van stress en burnout. 91 instellingen werkten aan het onderzoek mee. Op basis van de enquêteresultaten werden de instellingen gepositioneerd op een 'kwaliteitscontinuüm'. Aan het éne uiteinde van het continuüm situeren zich de risico-instellingen. Dit zijn instellingen met relatief gezien zeer negatieve scores op zowel zorg- als arbeidskwaliteit. Het spiegelbeeld van risico-instellingen wordt gevormd door de excellente instellingen. In deze instellingen kampen verplegenden en verzorgenden relatief gezien het minst met stress- en burnoutgevoelens. Maatzorg scoort in deze instellingen gemiddeld hoog. De tussencategorie van instellingen wordt aangeduid met de term 'doorsnee instellingen'.

Centrale vraag in deze bijdrage is hoe de excellente instellingen zich typeren ten aanzien van de twee andere groepen instellingen? Zijn het vooral de beleidsinnovatieve rusthuizen die behoren tot de excellente groep? Vallen zij m.a.w. op door hun vernieuwende beleidsvisie op zorgstrategie, organisatie en/of personeel? Of laten excellente instellingen zich door geheel andere en minder evidente kenmerken onderscheiden in

¹ Peggy De Prins is verbonden aan de Vakgroep Management aan de Faculteit TEW van de Universiteit Antwerpen.

hun ‘*best practices*’? Om deze centrale onderzoeksvraag breder te kaderen, gaan we eerst dieper in op het eigene van het rusthuis als werk- en leefentiteit.

1. In de interferentie tussen systeem en leefwereld

Samen met de Nederlandse sociologe Gastelaars (1997) en geïnspireerd door Goffmann (1961) definiëren we rusthuizen als gezinsvervangende organisaties die gekenmerkt worden door vaak zeer langdurige transacties met een zeer afhankelijk ‘cliënteel’, waarbij het essentieel is dat ze in principe 7 x 24 uur beschikbaar zijn. Zij fungeerden en fungeren primair als vervangingspool van het echte gezin. Zij ontlene hun maatschappelijk draagvlak aan de daar (ooit) geldende normen, met name het vertrouwen dat de zorg altijd beschikbaar zal zijn (Gastelaars, 1997: 25).

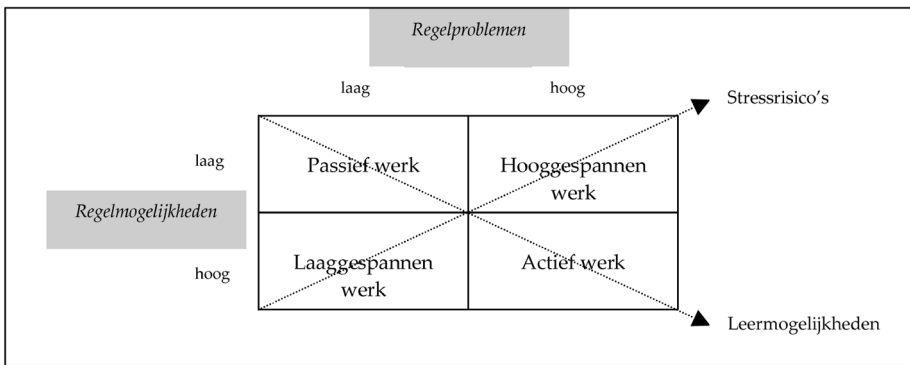
Binnen zo’n kleinschalige zorgarrangementen zijn organisatie-, maar ook ruimere managementvraagstukken lange tijd stiefmoederlijker behandeld. ‘Management’ werd er gezien als een taboe, een duur woord voor een constructie die eigenlijk geen franjes behoeft (zie Baert, e.a., 1988: 11 e.v.). Tegenover de noodzaak aan ‘nieuwe zakelijkheid’ werd steevast en polemisch een verloren gaand voluntarisme en idealisme ten tonele gevoerd. Eén en ander kan worden teruggebracht op het feit dat zorginstellingen in wezen dubbelzinnige entiteiten zijn. Enerzijds functioneren ze volwaardig als ondernemingen, met financiële verantwoordelijkheid voor de afweging van kosten en baten; anderzijds vormen ze op een bepaalde manier ook ‘leefwerelden’, waarin zowel de bewoners als de uitvoerenden een belangrijk deel van hun leven doorbrengen. Systeemeisen van doelrationaliteit staan in dergelijke organisatiecontexten dan ook in een permanente spanningsverhouding met leefwereldeisen van o.a. informele binding en betrokkenen, bewonersgerichte zorg (zie o.a. Nievaard, 1996: 2; Declercq, 1998: 405 e.v.).

Kunnenman (1996: 296 e.v.) spreekt in dit verband van ‘verzorgingsbedrijven’ waarin tegelijkertijd efficiëntie en medeleven wordt verwacht, deskundigheid en persoonlijke betrokkenheid, geavanceerde techniek en communicatieve gelijkwaardigheid. Anders dan in productiebedrijven draagt men er ook de verantwoordelijkheid voor de communicatieve en existentiële kwaliteit van het ‘productieproces’. Zowel systeemimperatieven als communicatieve verwachtingen maken er gelijktijdig en op goede grond aanspraken op de suprematie en zijn tengevolge daarvan in een permanente strijd verwikkeld die tot ingewikkelde, steeds verschuivende interferentiepatronen leidt. Zorginstellingen situeren zich op die manier binnen een interferentiezone tussen systeem en leefwereld, waarbinnen systeem- en leefwereldimperatieven voortdurend en in permanente wisselwerking op elkaar botsen en met elkaar interfereren.

Het is tegen deze achtergrond dat we verder op zoek gaan naar *best practices* op het vlak van zorg- en arbeidskwaliteit. Rekening houdend met bovengeschetste interferentie stelt zich de vraag hoe men vanuit organisatie- of managementperspectief optimaal recht kan doen aan (beleid m.b.t.) werk- en levenskwaliteit. We verduidelijken de termen in wat volgt en bieden een conceptueel raamwerk aan.

2. Conceptueel model

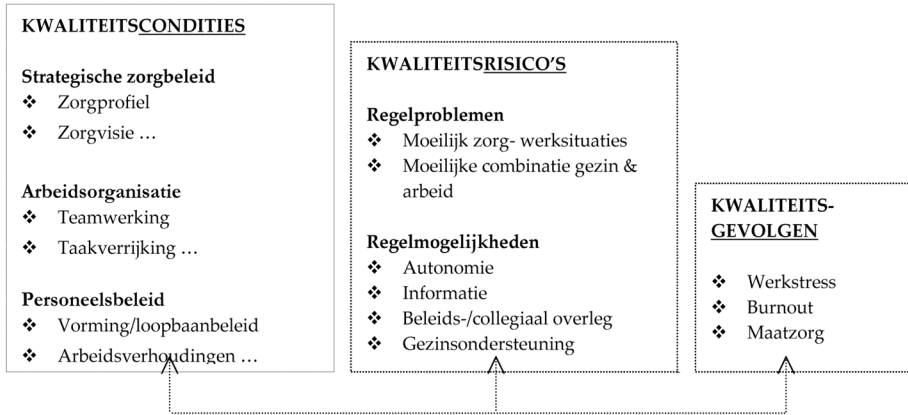
De zoektocht naar *best practices* in relatie tot kwaliteitsoutcomes situeert zich (o.a.) binnen de organisatiesociologische traditie van conditioneel of risico-inventariserend onderzoek op het domein van ‘kwaliteit van de arbeid/de product(ie)’. Sleutelvariabelen binnen deze traditie zijn veelal de arbeidsdeling, al dan niet in combinatie met het flankerend personeelsbeleid of de werkgelegenheidsverhouding. Volgens aanhangers van de conditionele benadering bestaat er nood aan modellen die de relatie leggen tussen bijvoorbeeld de vermindering van arbeidsfragmentatie enerzijds, toename van individueel welzijn en toename van individuele effectiviteit anderzijds. Een goed voorbeeld van dergelijk model is het model van Karasek (e.a.) (1979; 1990) (zie figuur 1), later uitgebreid in meer integrale kwaliteits- en organisatiemodellen als b.v. het sociotechnisch model (de Sitter 1981; 1986; 1994). Karasek’s model bestaat uit twee factoren: job demands (problemen die het personeel tijdens (of als gevolg van) het werken tegenkomt) en job control (de autonomie, zelfstandigheid of beslissingsruimte waarover mensen beschikken bij de uitvoering van hun werk). De combinatie van beide factoren bepaalt of het werk stressrisico’s (veel regelproblemen in combinatie met weinig regelmogelijkheden), dan wel leermogelijkheden (veel regelproblemen in combinatie met veel regelmogelijkheden) bevat. In het eerste geval is er binnen het model sprake van slopend of hooggespannen werk (met veel stressrisico’s), in het tweede geval van actief of uitdagend werk (met veel leerpotentieel).



Figuur1: Job Demand-Job Control model

Hoewel het model sinds jaren op een zeer ruime bekendheid en aanhang kan rekenen, is het niet zonder kritiek of discussie gebleven. De ‘status quaestionis’ die in diverse kritische overzichtsartikelen is opgesteld (zie bv. Kristensen, 1996; De Jonge e.a., 1997; Van der Doef e.a., 1999), leert dat ondanks een rijke onderzoekstraditie tal van empirische en conceptuele leemten en vraagstukken blijven bestaan. Vanuit organisatiesociologisch (maar tevens management-) uitgangspunt zou als belangrijkste conceptuele lacune kunnen worden vernoemd: het ontbreken van organisatorische draagstructuren waaraan *job demands* en *job control* kunnen worden opgehangen. Of nog: *job demands*

en *job control* worden in het model te geïsoleerd benaderd. Een uitbreiding van het model is in figuur 2 grafisch voorgesteld.



Figuur2: Orderingsmodel

Kwaliteitsrisico's ontstaan en bestaan niet in het luchtledige. Zoals uit het conceptueel model (figuur 2) blijkt, worden stress- en maatzorgrisico's ruimer omgeven en beïnvloed door kwaliteits- of beleidscondities. Kwaliteitscondities situeren zich op het niveau van de organisatie en verwijzen naar de vormgeving van achtereenvolgens het strategisch (zorg)beleid, de arbeidsorganisatie en het personeelsbeleid. Kwaliteitsrisico's situeren zich op het lagere niveau van de concrete arbeidssituatie of de beroepsuitoefening en kwaliteitsgevolgen op het nog lagere niveau van het individu. Stress is een kenmerk van het individu dat verwijst naar een toestand van emotionele spanning. Daarbij gaat het om negatieve emoties als angst, woede, schaamte, ... Van werkstress is sprake wanneer die emotionele spanningen door het werk worden veroorzaakt. Burnout kan op zijn beurt begrepen worden als een vorm van werkstress. Burnout wordt soms omschreven als 'the disease of the over-committed': om opgebrand te zijn, moet men eerst 'in vuur en vlam' hebben gestaan. Men veronderstelt dat het vooral een probleem is bij individuen die zeer toegewijd zijn aan hun werk. Maatzorg tenslotte verwijst naar de mate van zelfgepercipieerde ruimte van het verplegend en verzorgend personeel om tijdsintensieve, relationele maatzorgaspecten te integreren in het eigen actuele takenpakket.

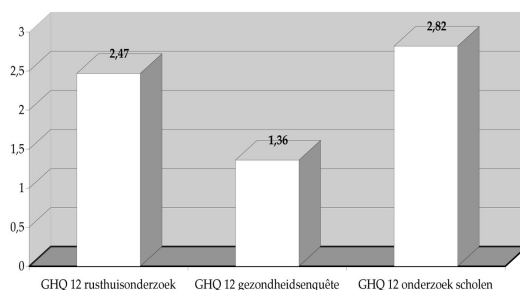
Conform het onderscheid tussen kwaliteitscondities en kwaliteitsrisico's worden twee basishypothesen geformuleerd. Ten eerste veronderstellen we dat innovatieve beleidsprincipes op strategisch, zorginhoudelijk, organisatorisch of personele vlak de kans verhogen op lagere stress- en hogere maatzorgscores. Uitgangspunt is dan dat innovatieve beleidspraktijken in termen van bijvoorbeeld teamwerk, taakverrijking of het inrichten van het personele beleid langs moderne HRM-principes een positief effect genereren op kwaliteitsuitkomsten als stress, burnout en maatzorgpercepties. Ten tweede gaan we er vanuit dat weinig 'job demands' (regelproblemen) in termen van b.v. moeilijke werk- en zorgsituaties en de moeilijke combinatie gezin en arbeid en veel 'job control' (regelmogelijkheden) in termen van b.v. autonomie, informatie of ondersteuning de kans op arbeidstevredenheid en positief gewaarde maatzorg verhogen.

3. Onderzoeksmethodologie

Om beide hypothesen te toetsen, beroepen we ons op de resultaten van een survey-onderzoek gehouden in het voorjaar van 2000. Aan het onderzoek werkten in totaal 91 instellingsdirecties en 2426 verplegenden en verzorgenden mee. Directies vulden de organisatievragenlijst in, verplegenden en verzorgenden tewerkgesteld in de rusthuisinstellingen vulden de personeelsvragenlijst in. De non-respons op organisatieniveau was minimaal (een kleine 10%). Op personeelsniveau bedroeg de responsgraad 78,2 %. Analooch ons conceptueel model (zie figuur 2) werden binnen de vragenlijsten van beide onderzoeken zowel vragen m.b.t. kwaliteitscondities, kwaliteitsrisico's als m.b.t. kwaliteitsgevolgen opgenomen. Kwaliteitscondities betreffen kenmerken van de organisatie en werden bijna volledig op dit niveau bevestigd met behulp van de organisatievragenlijst. Kwaliteitskansen en -risico's situeren zich op het lager niveau van de arbeidssituatie/beroepsuitoefening en werden volledig op personeelsniveau bevestigd. Kwaliteitsgevolgen werden tevens middels de personeelsvragenlijst bevestigd: het betreffen immers kenmerken van het individu.

4. Dominante regelproblemen en mogelijkheden

Het common-sense idee dat een job in de zorg enkel weggelegd is voor hen die er echt voor geroepen zijn, leidde tot voor kort een hardnekkig bestaan. Voor een beroep in de zorg kies je niet, maar word je geroepen. Een grote dosis stressbestendigheid werd in de lijn van deze roepingsideologie sowieso verondersteld. Dat deze premisse niet langer kan opgaan, indiceren niet enkel de veelvuldige straatacties van voorbijgangers, maar ook de onderzoeksresultaten m.b.t. de kwaliteitsgevolgen. Om de stress- en burnoutdimensie kwantitatief in kaart te brengen, werd een beroep gedaan op diverse vragenbatterijen die sinds jaren worden gebruikt in sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Eén hiervan is de *General Health Questionnaire*. De *General Health Questionnaire* peilt door middel van 12 vragen naar het voorkomen en de sterkte van psychische klachten. Voorbeeldvragen zijn: 'Bent u de laatste tijd door zorgen veel slaap tekort gekomen?'; of 'Heeft u de laatste tijd het gevoel gehad dat u voortdurend onder druk stond?'. Hoge scores op de GHQ wijzen op een problematisch ervaren psychisch welzijn. De gemiddelde score voor de verplegenden en verzorgenden in de verpleeg- en verzorgingsinstellingen bedraagt 2,47



Figuur 3: Vergelijkende resultaten General Health Questionnaire

In vergelijking met de gemiddelde waarde van de ganse Vlaamse actieve beroepsbevolking bepaalde beroepscategorieën zeer hoog. Dit blijkt na vergelijking met de betreffende referentiewaarde uit de Belgische Gezondheidsenquête 1997 (Demarest e.a., 1998). De hier gerapporteerde gemiddelde GHQ-score bedraagt 1,36 (n = 1485). Het gemiddelde voor de verplegenden en verzorgenden betrokken in onze steekproeven ligt met 2,47 veel hoger dan deze Vlaamse referentiewaarde, maar net iets lager dan de gemiddelde leerkrachtenscore in het basis- en secundair onderwijs van 2,82 (n=9495) (Steyaert e.a., 1998: 29-30)). Niettemin kan worden gesteld dat de scores van het betrokken personeel ver boven de courante gemiddelden liggen van een doorsnee bevolking (waarvoor een range van gemiddeld 1,21 tot 1,97 geldt (Koeter e.a., 1991)). Afgaand op de resultaten van deze stressmeting concluderen we dat de onderzochte populatie van verplegend en verzorgend personeel behoort tot een risicogroep wat betreft individueel gepercipieerd psychisch welzijn. Het lijkt dan ook misplaatst deze welzijnsklachten nog langer te beschouwen als een kwestie van gebrek aan voldoende motivatie, dan wel gebrek aan afdoende stressbestendigheid van uitzonderingen op de regel van ‘witte raven’ in het verplegend, verzorgend of begeleidend personeelscorps. Er is duidelijk meer aan de hand.

Om ons hierover een eerste beeld te vormen zoomen we in op de kenmerken van de job, met name de regelmogelijkheden en regelproblemen. Tabel 1 bevat de verschillende indicatoren die werden gebruikt m.b.t. de operationalisering van regelproblemen en -mogelijkheden in het onderzoek. De verklarende analyses binnen beide onderzoeken werden o.a. verricht op basis van het onderscheid tussen excellente instellingen, doorsnee instellingen en risico-instellingen. Deze indeling is bekomen na positionering van de instellingen op de geaggregeerde gemiddelde scores van de kwaliteitsgevolgen ‘stress, burnout² en maatzorgpercepties³’.

² Om burnout in kaart te brengen werd gebruik gemaakt van de Vlaamse vertaling van de Maslach Burnout Inventory (Vlerick, 1994). De Maslach Burnout Inventory peilt door middel van 16 vragen op een zeven puntenschaal (gaande van 0 = nooit tot 6 = dagelijks) naar de ernst of de mate van iemands burnout. Burnout valt hierbij uiteen in drie onderscheiden dimensies: (1) de frequentie van voorkomen van emotionele uitputtingsgevoelens (uitputting), (2) de frequentie van voorkomen van depersonaliserend jobgedrag (dit is de mate waarin het personeel een harde, cynische houding ontwikkelt ten aanzien van de mensen waarmee men werkt) (vermijding) en (3) de frequentie van voorkomen van een verlaagde zelf gedefinieerde jobbekwaamheid (competentie).

³ Voor het in kaart brengen van de maatzorgpercepties hebben we ons laten inspireren door bestaand buitenlandse kwantitatief en kwalitatief onderzoek en zijn we gekomen tot een eigen geconstrueerde vragenbatterij m.b.t. twee maatzorgdimensies: het emotionele maatzorgaandeel binnen de beroepsuitoefening en de maatzorgcultuur binnen de instelling. We verwijzen naar De Prins (2001).

Tabel 1: Risico-, doorsnee en excellente instellingen getypeerd naar regelproblemen en -mogelijkheden (schalen lopende van 0 tot 10). Weergave resultaten One-way Anova met Bonferroni-toets, plus leeswijzer

	1. Excellente instellingen	2. Doorsnee instellingen	3. Risico- instellingen	Sign F	Significante groepsver- schillen
Regelproblemen					
Werkdruk	4,58 (n=20)	5,44 (n=50)	6,26 (n=21)	,000	1<2,3
Moeilijke zorgsituaties	5,11 (n=20)	5,59 (n=50)	5,87 (n=21)	,016	1<3
Moeilijke werksituaties	2,92 (n=20)	3,45 (n=50)	4,06 (n=21)	,000	1<2,3
Moeilijke combinatie gezin & arbeid	2,70 (n=20)	3,05 (n=50)	3,76 (n=21)	,000	1<3
Regelmogelijkheden					
Autonomie	7,80 (n=20)	7,53 (n=50)	6,77 (n=21)	,001	1>3
Informatie	6,98 (n=20)	5,87 (n=50)	4,93 (n=21)	,000	1>2,3
Beleidsoverleg en - ondersteuning	7,72 (n=20)	6,50 (n=50)	5,91 (n=21)	,000	1>2,3
Collegiaal overleg en ondersteuning	7,50 (n=20)	7,14 (n=50)	6,64 (n=21)	,004	1>3
Inspraak operationeel	5,95 (n=20)	5,57 (n=50)	4,47 (n=21)	,000	1>3
Inspraak strategisch	3,13 (n=20)	2,69 (n=50)	2,29 (n=21)	,002	1>3
Gezinsondersteuning	7,32 (n=20)	6,38 (n=50)	5,79 (n=21)	,000	1>2,3

LEESWIJZER Regelproblemen/regelmogelijkheden	
Regelproblemen	<p>1. Werkdruk De mate van gepercipieerde tijdsdruk, in combinatie met haalbaarheidsproblemen op individueel en organisatieniveau.</p> <p>2. Moeilijke zorgsituaties De mate waarin men dagdagelijks geconfronteerd wordt met bewoners en/of familie die 'veeleisend', 'lastig' of 'moeilijk' zijn. De mate waarin men dagdagelijks geconfronteerd wordt met bewoners die minimaal, agressief, weinig respectvol zijn of die veel emotionele steun behoeven.</p> <p>3. Moeilijke werksituaties De mate waarin het zorgpersoneel wordt geconfronteerd met problemen in het interactienetwerk, problemen als gevolg van de organisatorische werkdruk en problemen met betrekking tot middelen.</p> <p>4. Moeilijke combinatie gezin en arbeid De mate waarin personeelsleden moeilijkheden ondervinden in de privé-sfeer, als gevolg van de combinatie gezin en arbeid</p>
Regel- mogelijkheden	<p>1. Autonomie De mate waarin men in de instelling vrijheid ondervindt in het vormgeven van het werk. De mate waarin men zelf het ritme, de methode en de volgorde van het werk kan bepalen.</p> <p>2. Informatie De mate waarin instellingen voldoende informatie registreren zodat het personeel steeds weet wat de bewoner behoeft, wat de individuele achtergrond van de bewoner is en wat te doen in geval van problemen.</p> <p>3. Beleidsoverleg en -ondersteuning De mate waarin moeilijke werksituaties kunnen worden besproken met de betrokken leidinggevenden en de mate waarmee hier rekening wordt gehouden.</p> <p>4. Collegiaal overleg en ondersteuning De mate waarin moeilijke werksituaties kunnen worden besproken met de collega's en de mate waarin collega's elkaar hierin daadwerkelijk kunnen ondersteunen.</p> <p>5. Inspraakmogelijkheden De mate waarin het zorgpersoneel wordt betrokken in de operationele en strategische besluitvorming in de instelling.</p> <p>6. Gezinsondersteuning De mate waarin instellingen de combinatie van gezin en arbeid ondersteunen</p>

De basishypothese m.b.t. de regeldomeinen luidde als volgt: weinig regelproblemen in termen van b.v. moeilijke werk- en zorgsituaties en veel regelmogelijkheden in termen van b.v. autonomie en informatie verhogen de kans op lagere stress- en burnoutscores en hogere maatzorgscores. Deze basishypothese kan worden bevestigd voor alle betrokken regelproblemen en -mogelijkheden. Bekijken we de regelproblemen vanuit het onderscheid ‘excellent, risico- en doorsnee instelling’ (zie tabel 1) valt op dat excellente instellingen telkens significant lager scoren. Vooral de werkdruk en de moeilijke werksituaties genereren relatief gezien minder klachten binnen excellente instellingen. Deels viel dit te verwachten: moeilijke werksituaties (b.v. het wachten op andere diensten, problemen met werkmiddelen, ...) en de werkdruk laten zich veel meer dan b.v. moeilijke zorgsituaties (het omgaan met lastige, agressieve, terminale, ... bewoners) profileren als organisatorisch manipuleerbare regelproblemen. Dit maakt dat regelproblemen effectief kunnen worden aangepakt en verminderd. Zo valt wat betreft de regelmogelijkheden vooral het verschil op tussen de mogelijkheden tot beleidsoverleg en -ondersteuning. Gemiddeld scoren excellente instellingen 7,72 op deze dimensie (schaal lopend van 0 tot 10) in vergelijking met 6,5 in doorsnee instellingen en 5,91 in risico-instellingen. De beleidsoverleg- en ondersteuningsdimensie blijkt dan ook een succesfactor bij uitstek in de profilering van de excellente instellingen. Verondersteld kan worden dat de gunstige scores op werkdruk en moeilijke werksituaties te maken hebben met de bewezen merites van deze (externe) regelmogelijkheden in het verleden. Wanneer werkdrukproblemen en/of moeilijke werksituaties systematisch en effectief worden besproken met de verantwoordelijken en kaderen binnen een door de basis gedragen overlegstructuur, dan levert dit resultaten op, ook op langere termijn. Zij fungeren dan ook niet langer (enkel) als curatieve, maar tevens als preventieve regelmogelijkheden.

4.1. Dominante regelproblemen en –mogelijkheden specifiek voor het stress- en burnoutthema

Aanvullende analyses⁴ m.b.t. het relatieve belang van de verschillende regeldomeinen voor de diverse kwaliteitsoutcomes (stress/burnout versus maatzorg) wijzen uit dat stress- en burnoutpercepties relatief gezien vooral samenhang vertonen met werkdruk (o.a. de hoeveelheid taken ligt te hoog) en de problemen als gevolg van de moeilijke combinatie gezin en arbeid (o.a. te beperkte tijd voor het verrichten van zorgtaken thuis). Aan de zijde van de regelmogelijkheden vinden we vooral de autonomiedimensie en de gezinsondersteuning terug. Merk m.b.t. dit laatste op dat het volcontinue arbeidstijds patroon binnen verpleeg- en verzorgingsorganisaties een zeer zware claim legt op de combinatie gezin en arbeid van het voornamelijk vrouwelijk tewerkgesteld personeel. Wanneer dit patroon bijkomend wordt gecompliceerd door b.v. het laattijdig bekendmaken van dienstroosters of het niet kunnen plannen van vakanties in functie van de eigen gezins- of privé-situatie, dan verhoogt het stressrisico in aanzienlijke mate. De ‘dubbele dagtaak’, die de meerderheid van het vrouwelijk tewerkgesteld personeel binnen de verpleeg- en verzorgingsinstellingen er op nahoudt, maakt dit risicobeeld

⁴ Resultaten van de multilevel regressieanalyses zijn niet cijfermatig opgenomen. We verwijzen naar De Prins (2001).

trouwens bijkomend aannemelijk. Daarnaast is er de relatief sterke impact van autonomie (= de mate waarin men in de instelling vrijheid ondervindt in het vormgeven van het werk). In beleidstermen wijzen de onderzoeksresultaten erop dat zorgorganisaties idealiter de autonomie van het uitvoerend zorgpersoneel moeten respecteren dan wel optimaliseren. Anders wordt het risico op werkstress reëel.

Gastelaars (1997) stelt in dit verband dat uitvoerenden binnen de zorg niet hoogprofessioneel hoeven te zijn, om toch aanspraak te kunnen of willen maken op een zekere mate van autonomie bij het maken van beslissende keuzes in het dagelijkse werk. In algemene termen zou kunnen worden gesteld dat de kernactiviteiten binnen zorg-, maar ook binnen ruimere dienstverlenende organisaties, bestaan uit transacties tussen uitvoerenden en (zorg)cliënteel, waarbij de toegevoegde waarde gaandeweg de transactie ontstaat. Dat geeft een zeker gewicht aan de positie van de uitvoerenden want van hun interventies hangt het welslagen van de transactie af (Gastelaars, 1997: 19). Van zorgverlenende of ruimer dienstverlenende activiteiten, kan dan ook worden aangenomen dat deze in vergelijking met productiewerk hoogdynamisch zijn, omdat de zorg of de dienst in het samenspel tussen leverancier en klant totstandkomt. Hierdoor genereert het individu een grotere betrokkenheid en invloed met en op het werken dan in de productie. Van den Berg e.a. (1986) hebben op dit verschil gewezen door een onderscheid te maken tussen gedetermineerde arbeid, klantgeoriënteerde arbeid en autonome arbeid. Bij gedetermineerde arbeid wordt van het individu slechts passieve acceptatie vereist, terwijl bij de twee andere vormen van werk actieve acceptatie, betrokkenheid, internalisatie en actieve vormgeving van de werker wordt gevraagd. Wanneer deze laatste (gedeeltelijk) ontbreken, dreigt dienstverlenende of cliëntgeoriënteerde arbeid in de schmerzzone van gedetermineerd productiewerk terecht te komen.

Analoog de eerder geschetste interferentie tussen systeem en leefwereld manifesteert de nood aan autonomie en determinatie zich in de zorgsector trouwens als spanningsverhouding; gelijktijdig worden onderschikking én eigen initiatief van de werknemer verwacht. Tegelijkertijd wordt verondersteld 'dat enerzijds het werk zo goed mogelijk volgens de richtlijnen wordt uitgevoerd, terwijl anderzijds voldoende soepel op de wensen en verlangens van de zorgvrager moet worden gereageerd' (Van den Berg e.a., 1986: 19). Wanneer dit uit evenwicht raakt, dreigen er problemen, niet enkel in de interactieverhouding tussen werknemer en cliënt, maar ook in het realiseren van de ruimere al dan niet officiële organisatiedoelstellingen. Deze thematiek vormt sinds decennia een uitgelezen terrein van zorg-, maar ook ruimer organisatiesociologisch onderzoek. De ontdekking in de jaren twintig van de zogenaamde Hawthorne-experimenten voorop, bracht het perspectief van de uitvoerenden in beeld, zij het dat dit toen nog wel werd gezien als een manipuleerbaar gegeven. Vooral Mayo (1945) was erg invloedrijk in dit opzicht. Hij vond o.a. dat processen van groepsbinding en -controle van werknemers, de beïnvloeding van werknemers middels financiële prikkels teniet kunnen doen. Daarom pleitte hij voor verbetering van het leiderschap en het stimuleren van het kleine groepsverband waarin mensen samen werken en samen leven. Etnografische studies als die van Goffman (1961) en Lipsky (1980) speelden vervolgens een baanbrekende rol, want in hun onderzoek (voornamelijk in social profit organisaties) kreeg het perspectief van de uitvoerenden daadwerkelijk gewicht, als doorslaggevende factor bij de alledaagse gang van zaken. Zij stelden dat de inbreng van de uitvoerenden zeker in de dienstverlening doorslaggevend is bij het alledaagse functioneren van organisaties. De discre-

tionaire ruimte van de uitvoerenden, dat wil zeggen hun mogelijkheden om de regels van de organisatie (van hun vak) op eigen wijze te interpreteren, was niet zozeer bedrijfsgevaarlijk, als wel een gevolg van de moeilijkheidsgraad van hun activiteiten (Gastelaars, 1997: 73).

4.2. *Dominante regelproblemen en –mogelijkheden specifiek voor het maatzorghema*

Maatzorgpercepties vertonen op hun beurt een zeer sterke samenhang met de werkdruk en met de percepties van moeilijke werksituaties. Werkdruk verwijst naar het feit dat een werknemer onder druk komt te staan omdat hij te veel taken moet uitvoeren. Moeilijke werksituaties verwijzen naar het feit dat een werknemer onder druk komt te staan, niet omdat hij te veel taken moet uitvoeren, maar wel omdat hij tijdens de uitvoering van zijn werk voortdurend met vermijdbare problemen, storingen of mankementen wordt geconfronteerd. Merk op dat vooral omtrent het eerste thema de laatste jaren veel te doen geweest is. Meermaals en vanuit verschillende hoeken werd het klimaat van haast en spoed binnen de sector scherp aangeklaagd. De globale beschrijvende werkdrukcijfers liegen er dan ook niet om: een dominante meerderheid van het personeel (96,5 %) ervaart dikwijls of soms te moeten werken onder tijdsdruk. Meer dan 85 % van het personeel moet als gevolg hiervan dikwijls of soms taken op een andere manier verrichten dan ze zelf zouden willen. Twee derde van het personeel binnen de sector ervaart het gevoel ‘lopendebandwerk’ te moeten verrichten! Men heeft het gevoel achter te lopen, te kort te schieten en geen greep te hebben op het werk. Een perceptie van ‘batch treatment’ is hiervan het logische gevolg. Deze werkdruk leidt tot haalbaarheidsproblemen, die op individueel niveau bijvoorbeeld tot uiting komen in het regelmatig moeten presteren van overuren. Wanneer er sprake is van werkdruk vormt dit niet enkel een individueel probleem, maar tevens een organisatieprobleem. Een belangrijk aandeel van het personeel rapporteert dat de tijdsdruk (1) de ondersteuning van het eetgebeuren bij hulpbehoevende bewoners in meerdere of mindere mate ondermijnt, alsmede (2) de overdrachten tussen de verschillende diensten of shiften hypothekeert. Bijkomend blijkt uit de resultaten dat nogal wat storingen in het werkproces opduiken als gevolg van hetzij gebreken van het werk van collega’s en/of leidinggevenden, hetzij het wachten op het werk van andere mensen of diensten. Wanneer bepaalde individuen het werk niet goed en/of niet op tijd af hebben, dan komen anderen op hun beurt in de problemen.

Aan de kant van de regelmogelijkheden verschijnen o.a. de reeds vermelde autonomie-dimensie en de informatiedimensie op de voorgrond. De aandacht die binnen de instelling uitgaat naar systematische bewonersinformatie, samen met het respecteren van de autonomie-dimensie genereert een positieve impact op de maatzorgpercepties van het verplegend en verzorgend personeel. Relatief gezien profileren echter vooral de collegiale en de beleidsondersteuning- en overlegdimensies zich als steunpilaren bij uitstek om maatzorgkwaliteit te bewaken en te optimaliseren: optimaal gewaardeerde arbeidsverhoudingen lijken hiermee hand in hand te gaan met positieve maatzorgevaluaties. We komen hierop in een volgende paragraaf uitgebreid terug.

5. Excellente kwaliteitscondities

Een tweede stap in de resultatenrapportering betreft een beschrijving van de excellente kwaliteitscondities. Hoe profileren excellente instellingen (=instellingen met gemiddeld gezien zeer lage stress- en burnoutscores) zich naar inrichting en vormgeving van hun strategisch zorgbeleid, hun arbeidsorganisatie en hun personeelsbeleid? Staat een innovatieve beleidsinvulling garant voor een excellente kwaliteitsuitkomst? Dit zijn vragen waarop we in wat volgt een antwoord trachten te zoeken

**Tabel 2: Risico-, doorsnee en excellente instellingen getypeerd naar kwaliteitscondities (° schaal lopende van 0 tot 10)
Weergave resultaten One-way Anova met Bonferroni-toets, plus leeswijzer.**

	1. Excellente instellingen	2. Doorsnee instellingen	3. Risico- instellingen	Sign F	Significante groepsver- schillen
Strategisch zorgbeleid					
Aandeel zwaar zorg-behoevenden	68,13 % (n=20)	63,79 % (n=46)	63,34 % (n=18)	,008	1>3
Dagprijs	38,1 euro (n=20)	36,8 euro (n=20)	35,6 euro (n=21)	,209	-
Personeelssterkte	-,28 VTE (n=20)	,56 VTE (n=44)	,18 VTE (n=17)	,108	-
Aandeel RVT-bedden	38,35 % (n=20)	51,54 % (n=46)	49,74 % (n=18)	,081	-
Sociaal zorgmodel°	7,22 (n=20)	6,73 (n=48)	6,05 (n=20)	,441	-
Arbidsorganisatie					
Geïntegreerde werkteiteiten	20,0 % (n=19)	38,0 % (n=47)	14,3 % (n=19)	,083	-
Mate van taakverrijking°	2,17 (n=20)	1,90 (n=50)	1,77 (n=21)	,212	-
Mate van functiesplitsing°	3,00 (n=20)	3,19 (n=47)	3,56 (n=18)	,672	-
Personeelsbeleid					
Vormingscondities°	6,16 (n=19)	5,77 (n=47)	6,61 (n=19)	,308	-
Ontwikkelingscondities°	4,47 (n=19)	4,13 (n=46)	4,12 (n=18)	,847	-
Gezondheidscriteria dienstroosters°	5,20 (n=20)	4,71 (n=45)	4,50 (n=16)	,415	-
Afwezigheidsbeleid°	3,50 (n=14)	3,40 (n=40)	3,52 (n=19)	,850	-
Relatie leiding°	7,46 (n=20)	6,51 (n=50)	6,13 (n=21)	,000	1>2,3
Relatie collega's°	7,21 (n=20)	6,91 (n=50)	6,69 (n=21)	,050	1>3
Leiderschapskwaliteiten°	7,91 (n=20)	6,46 (n=50)	6,20 (n=21)	,000	1>2,3

LEESWIJZER kwaliteitscondities	
Strategische (zorg) beleid	<p>1. Bewonersprofilering Het aandeel zwaar zorgbehoevenden op het totale bewonersbestand</p> <p>2. Dagprijs De hoogte van de dagprijs voor een alleenstaande in een éénpersoonskamer, excl. supplementen</p> <p>3. Personeelssterkte De verhouding per dertig bedden tussen de effectieve omkadering en de eigen geconstrueerde personeelsnormen</p> <p>4. RIZIV-financiering Het aandeel RVT-bedden op het totaal aantal bedden</p> <p>5. Sociaal zorgmodel De mate waarin instellingen werken met aandachtspersonen, systemen van bewoners-toewijzing, multidisciplinaire samenwerking en/of multidisciplinaire bewonersdossiers</p>

LEESWIJZER kwaliteitscondities	
Zorg- en arbeidsorganisatie	<p>6. Geïntegreerde werkentiteiten Een zorgconcept waarbij (1) de verzorging globaal eenheidsgericht werkt, (2) de verpleging eenheidsgericht werkt, met uitzondering van eventuele nachtdiensten en (3) animatie/ergo gecombineerd of uitsluitend eenheidsgericht werkt.</p> <p>7. Mate van taakverrijking De mate waarin ondersteunende en/of relationele taken op systematische wijze geïntegreerd zijn in het takenpakket van het verplegend en verzorgend personeel.</p> <p>8. Mate van functiesplitsing De mate waarin huishoudelijke taken door het ondersteunend personeel in de instelling worden opgenomen.</p>
Personeelsbeleid	<p>9. Vormings- en ontwikkelingscondities De kwaliteit van het gevoerde (strategisch) vormingsbeleid De ruimte voor leeftijdsbewust personeelsbeleid en ervaringsvalorisatie in de instelling</p> <p>10. Dienstroostercondities De mate waarin de dienstroosters voldoen aan vooropgestelde gezondheidscriteria De mate waarin afwezigheden van minder dan 1 maand door extra personeel (buffer/interim) worden opgevangen</p> <p>11. Condities met betrekking tot arbeidsverhoudingen en -beheer De mate van gepercipieerde kwaliteit van de relatie met leidinggevend en collega's De mate van gepercipieerde leiderschapskwaliteiten</p>

Hoe zien de excellente verpleeg- en verzorgingsinstellingen eruit? Zoals blijkt uit tabel 2, vertonen excellente instellingen in eerste instantie een overwegend zwaarder bewonersprofiel. Of nog; gemiddeld gezien huisvesten en verzorgen excellente instellingen meer zwaar zorgbehoevenden en/of dementerenden. Excellente instellingen profileren zich in tweede instantie als relatief duurder instellingen (de verschillen zijn evenwel niet significant): de gemiddelde dagprijs bedraagt er 38,1 euro. In doorsnee instellingen ligt de gemiddelde dagprijs op 36,8 euro en in risico-instellingen op 35,6 euro. Toch hanteren zij geen hogere personeelsomkaderingsnormen; integendeel zelfs, afgemeten aan onze vooropgestelde normen scoort de personeelssterkte er gemiddeld lager dan binnen risico- en doorsnee instellingen. De kwantitatieve personeelsinzet blijkt er dus weinig toe te doen, net zoals de overheidssubsidiëring (aandeel RVT-bedden) die over de drie onderscheiden soorten instellingen quasi-identiek is. Succesfactoren moeten dus duidelijk elders worden gezocht.

Op vlak van strategisch zorgbeleid scoren excellente verpleeg- en verzorgingsinstellingen gemiddeld iets positiever op de implementatie van een vernieuwend zorgmodel, wat wijst op het werken met een systeem van aandachtspersonen of bewonerstoewijzing en het bestaan van multidisciplinaire bewonersdossiers en/of overleg. De verschillen zijn evenwel niet significant. Excellente instellingen laten zich voorts niet (significant) verschillend typeren door hun scores op een innovatieve organisatiestructurering, dit is het werken met gedecentraliseerde (semi-autonome) werkentiteiten. Deels viel dit te verwachten vanuit het feit dat een meerderheid van deze instellingen relatief kleinere instellingen zijn (gemiddeld aantal bedden= 73,9 in vergelijking met 104,27 in doorsnee instellingen en 100,45 in risico-instellingen). Wel streven excellente instellingen iets meer taakverrijking na. Taakverrijking wijst erop dat naast bestaande taken vooral regeltaken en taken samenhangend met de relationele zorg geïntegreerd worden in het verplegend en verzorgend takenpakket. De kans is m.a.w. (iets) groter dat verplegenden en verzorgenden in excellente instellingen naast hun basistaken tevens palliatieve taken, aandachtstaken, vormingstaken, begeleidingstaken, aankooptaken, ... kunnen verrichten. Het streven naar taakverrijking impliceert niet dat excellente instellingen tevens

taaksplitsing (=de mate waarin huishoudelijke taken door het ondersteunend personeel in de instelling worden opgenomen) beogen. Anders geformuleerd: excellente instellingen streven (in zekere mate) verrijkte functies na, wat niet per sé betekent dat hierdoor (veel van de) huishoudelijke activiteiten uit handen van het verplegend en verzorgend personeel worden genomen.

Excellente verpleeg- en verzorgingsinstellingen verschillen ten slotte niet significant van risico- of doorsnee instellingen door hun (innovatieve) vormgeving van het vormings-, ontwikkelings- en dienstroosterbeleid. Wel verschillen zij extreem op de dimensies van onderlinge arbeidsverhoudingen en het arbeidsbeheer. Meer specifiek springt de relatief positieve relatie met de direct leidinggevenden en de gepercipieerde kwaliteit van de leiding in het oog. Meer dan de andere reeds onderscheiden kwaliteitscondities genereren deze organisatiecondities positieve effecten op de arbeidskwaliteit. De relationele en sociale steun tussen collegae onderling en tussen medewerkers en leidinggevende komt hiermee definitief op de voorgrond. Duidelijk is dat onderzoek naar organisatie- en werkgebonden oorzaken van stress en maatzorg niet blind mag zijn voor leefwereldaspecten binnen systeemcontexten. Veel meer dan andere beleidsdomeinen genereert de relationele en menselijke best practices een concrete kwaliteitsimpact op het vlak van stress en burnout.

Welke theoretische implicaties volgen uit deze resultaten? Wanneer we op zoek gaan naar analoge bevindingen binnen de literatuur, dan valt onder andere het onderzoeksartikel van De Jonge e.a. (1993) op. Ook De Jonge e.a. kwamen op basis van onderzoek gestuurd door het ‘job demands- job control model’ van Karasek e.a. (1990) tot de vaststelling dat vooral de sociale ondersteuning op de werkplek discriminerend was voor de verklaring van kwaliteitsgevolgen binnen zorginstellingen. Zij trokken hieruit de conclusie dat in sociale en hulpverlenende beroepsgroepen de door velen als verouderd beschouwde zienswijze van de Human Relations-beweging het beter doet dan de door o.a. sociotechnici bepleite ‘autonomie’. We wensen ons hierbij aan te sluiten in die zin dat de onderzoeksresultaten erop wijzen dat naast (én niet in plaats van) autonomie ook goed management en goede onderlinge arbeidsverhoudingen cruciaal zijn. Naar de concrete zorgpraktijk zou dit kunnen betekenen dat de gevoelshuishouding binnen de onderhandelingshuishouding een nieuwe en bijzondere plaats zou innemen. Het managen van en zorg dragen voor de emotionele dimensie van de zorgorganisatie zou hiermee uitdrukkelijk op de kwaliteitsagenda komen te staan.

Merk in dit verband op dat herzieningen van de *Human Relation*-benadering in de actuele organisatieliteratuur vooral terug te vinden zijn in pogingen om inzichten uit de recent ontwikkelde sociologie van emoties te verbinden met bredere organisatiesociologische inzichten (zie Fineman, 1993; Brouns e.a., 1995; Doorewaard, 2000). Uitgangspunt is dat het managen van en zorg dragen voor de emotionele dimensie van organisaties tot nog toe weinig expliciet gemaakt is, noch empirisch, noch theoretisch, noch beleidsmatig. Redenen liggen hiervoor deels in het feit dat het conceptuele kader niet toereikend is om deze verschijnselen te benoemen, deels omdat het thema haaks staat op gangbare opvattingen van succesvol managen van organisaties. Doorewaard (2000) stelt in dit verband dat het toestaan van emotie als sturende factor in organisaties, de basisprincipes ondergraaft van modern management; managen betekent immers – letterlijk – beheersen, in de hand houden. ‘Hoewel er vele manieren van managen zijn om processen te beheersen, is de meest dominante manier nog steeds gebaseerd op het

reduceren van onvoorziene condities voor organisatorische processen, het reduceren van oncontroleerbare processen zelf en het reduceren van onbedoelde gevolgen van deze processen. (...) Het is nu juist het principe van de reductie van het onvoorziene dat haaks staat op het karakteristieke van emoties. (...) Emoties en gevoelens zijn niet direct zichtbare, niet rechtstreeks kenbare, laat staan grijpbare en beheersbare aspecten van de menselijke ziel. (...)’ (Doorewaard, 2000, 22). Vandaar dat deze aspecten zich niet lenen voor sturing vanuit gangbare managementopvattingen, maar eerder gebaat zijn bij een strategie van ‘emotiemobilisatie’: het ruim baan geven aan die eigenschappen van emoties die deze karakteristiek zo uniek maken. Dit veronderstelt o.a. een open communicatie met aandacht voor de emotionele onderstromen die hiermee gepaard gaan. Relaties tussen het personeel onderling en tussen personeel en management, zullen in die zin gebaat zijn bij relaties waarin emoties gevarieerd en flexibel tot uitdrukking kunnen worden gebracht. De vanzelfsprekendheden waarmee emotionele onderstromen worden gezien en geaccepteerd bij dagelijkse beslissingen in het gezin of de vriendenkring, noodzaken daarom een ultieme organisatievertaalslag. Het vormt onze overtuiging dat organisaties binnen het interferentiegebied tussen systeem en leefwereld, zich bij uitstek lenen om tot dergelijke vertaalslag te komen. Verdere theorievorming en onderzoek in gezinsvervangende organisaties kunnen op die manier wegbereiders zijn op het nieuwe domein van ‘emoties in organisaties’.

6. BESLUIT

Samenvattend kan worden gesteld dat de data weinig empirische evidentie opleveren voor hypothesevorming met normatieve lading. Dit betekent: hypothesen waarin onge-meend positieve kwaliteitseffecten worden verwacht van innovatieve beleidspraktijken op het zorgstrategische, organisatorische en personele vlak. Voor zorgkenners is deze vaststelling wellicht niets nieuws onder de zon. Eerder verwezen we naar het feit dat zorginstellingen in wezen dubbelzinnige entiteiten zijn. Enerzijds functioneren ze volwaardig als ondernemingen, anderzijds vormen ze op een bepaalde manier ook ‘leefwerelden’. Anders dan in productiebedrijven draagt men er ook de verantwoordelijkheid voor de communicatieve en existentiële kwaliteit van het ‘productieproces’. Het voor-spellen van deze kwaliteit door toedoen van rationele of innovatieve managementbenaderingen, wordt hierdoor een hachelijke zaak. Een vraag die hieruit direct voortvloeit is of onze zoektocht naar best practices dan een maat voor niets vormt. We denken van niet. Het referentiekader van onze zoektocht moet evenwel worden omgekeerd. Door niet langer uit te gaan van de normatieve (praktijk)theorie, maar van de ‘excellente’ praktijk kunnen belangrijke inhoudelijke en beleidslessen worden geleerd. In het voorgaande werd in dit verband vooral gewezen op het belang van de autonomie in de beroepsuitvoering van het uitvoerend zorgpersoneel en het belang van de emotionele best practices. Het zorg dragen voor en het managen van de emotionele dimensie van de zorgorganisatie komt hiermee als één van de belangrijkste beleidsuitdagingen in de rusthuizen naar voor. Het rationeel (innovatief) managementmodel op zich biedt onvoldoende garanties voor een optimaal levens- en arbeidsklimaat. Een gezonde balans met de leefwereldaspecten moet worden nagestreefd.

Literatuur

- Baert, H. en M. Smet (red.) (1988), *Management: taboe of belofte? Management in kleinschalige welzijnsorganisaties*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.
- Brouns, M. en J. De Bruijn (1995), Professionalisering en emotional labour; continuïteit en verandering. In: VAN DIJCK J. E.a. (red.), *Veranderde arbeidsrelaties. Baas over de eigen (loop)baan*, Houten: Educatieve Partners Nederland BV.
- De Jonge, J. en J.A. Landeweerd (1993), Toetsing van de job demand-control benadering bij werknemers in de gezondheidszorg. Een secundaire data-analyse. In: *Gedrag en Organisatie* (2) 79-92.
- De Jonge, J. en M.A.J. Kompier (1997) A critical examination of the Demand-Control-Support Model from a work psychological perspective. *International Journal of Stress Management* (4) 235-258.
- Declercq, A. (1998), In het interferentiegebied tussen systeem en leefwereld: de zorg voor dementerenden. In: *Tijdschrift voor Sociologie* (4) 393-420.
- Demarest, S., H. Van Oyen e.a. (1998) *De gezondheid van de bevolking in België. Gezondheidsenquête 1997*. Brussel: Centrum voor Operationeel Onderzoek in Volksgezondheid WIV.
- De Prins, P. (2001), *Zorgen om zorg(arbeid). Een vergelijkend onderzoek naar oorzaken van stress en maat zorg in Vlaamse rusthuizen*. Leuven/Leusden: Acco.
- De Sitter, L.U. (1981), *Op weg naar nieuwe fabrieken en kantoren*. Deventer: Kluwer.
- De Sitter, L.U. e.a. (1986), *Het flexibele bedrijf. Integrale aanpak van flexibiliteit, beheersbaarheid, kwaliteit van de arbeid, productie-automatisering*. Deventer: Kluwer.
- De Sitter, L.U. (1994), *Synergetisch produceren*. Assen: Van Gorcum.
- Doorewaard, H. (2000), *De andere organisatie ... en wat liefde er nou mee te maken heeft?* Utrecht: Uitgeverij Lemma BV.
- Finemam, S. (1993), Organizations as Emotional Arenas. In: FINEMAN S. (ed.), *Emotions in organizations*. London: Sage.
- Gastelaars, M. (1997), *'Human Service' in veelvoud. Een typologie van dienstverlenende organisaties*. Utrecht: Uitgeverij SWP.
- Goffman, E. (1961), *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City, New York: Doubleday Anchor Books.
- Karasek, R. (1979), Job Demands, Job Decision Latitude and Mental Strain: Implications for Job Design. In: *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R. en T. Theorell (1990), *Healthy work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York: Basis Books.
- Koeter, M.W. en J. Ormel (1991), *General Health Questionnaire: Nederlandse bewerking en handleiding*. Lisse: Swets Test Services.

- Kristensen, T.S. (1996) Job stress and cardiovascular disease: A theoretical critical review. *Journal of Occupational Health Psychology* (3) 246-260.
- Kunneman, H. (1996), *Van theemutscultuur naar walkman-ego. Contouren van postmoderne individualiteit*. Boom/ Amsterdam: Meppel.
- Lipsky, M. (1980), *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- Mayo, E. (1945), *The social problems of an industrial civilization*. Boston: Division of Research. Graduate School of Business Administration. Harvard University.
- Nievaard, A.C. (1996), *Instellingsculturen in verpleeghuizen; drie perspectieven van managers*. Amsterdam: Paper sociaal-wetenschappelijke studiedagen.
- Steyaert, S., F. Janssens en S. Hellings (1998), *Werkdruk en arbeidsorganisatie in het onderwijs*. Brussel: STV-informatiedossier.
- Van Der Doef, M.P. en S. Maes (1999) The Job Demand-Control(-Support) Model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. *Work & Stress* 13 (2) 87-114.
- Van Den Berg J., H. Tillaert (1986), *Nieuwe werknemers*. Nijmegen: ITS.
- Vlerick, P. (1994), *Onderzoek naar de antecedenten en gevolgen van burnout bij verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen*. Gent: Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen.