

01-07-2018

PUBLIEK MANAGEMENT

DE CRUX VAN DE KRUK

Een onderzoek naar de invloed van het ontwikkelen van een professionele identiteit op het welzijn van coassistenten



DALA TAKS

3974480

d.p.taks@students.uu.nl

UNIVERSITEIT UTRECHT

Eerste lezer: Maurits van Leeuwen, MSc

Tweede lezer: Prof. dr. Lars Tummers

Voorwoord

Ik weet niet of ik de enige ben, maar het kiezen van een titel blijft één van de lastigste dingen aan het schrijven van een scriptie. In de zoektocht naar een pakkende en inhoudelijke titel besloot ik te kiezen voor een titel die de personen voor wie deze scriptie het meest relevant is, de coassistenten die ik de afgelopen maanden heb gesproken, in ieder geval zullen begrijpen. Zij weten immers dat een coassistent, zeker gedurende de eerste coschappen, vaak naast de specialist zit. Op, u raadt het al, ‘de kruk’. Vandaar dus ook de titel: *de crux van de kruk*. Nu begrijpt u, wellicht een leek binnen de medische wereld, dat in ieder geval ook.

Maar alvorens deze masterscriptie aan een titel toe was, zijn heel wat maanden hard werken voorbij gegaan. In die maanden zijn er verschillende personen geweest die een belangrijke rol voor mij hebben gespeeld en die personen wil ik bij deze graag bedanken.

Allereerst zijn dat mijn beide begeleiders vanuit de Universiteit Utrecht: Prof. dr. Lars Tummers en Maurits van Leeuwen, MSc. Lars, bedankt voor je frisse blik en nuttige feedback die me hebben geholpen bij het verder aanscherpen van dit onderzoek. Maurits, jij bedankt voor je altijd grondige, altijd uitgebreide maar ook altijd positief ingestoken feedback. Jouw hulp heeft me meer dan eens verder gebracht en ik weet zeker dat het heeft bijgedragen aan het versterken en verbeteren van dit onderzoek. Ook wil ik mijn medestudente Lucia Pistone bedanken voor het meedenken en meeleven gedurende mijn scriptieproces.

Daarnaast bedank ik graag alle participanten die tijd hebben vrijgemaakt om met mij in gesprek te gaan ten behoeve van dit onderzoek. Zonder jullie welwillendheid een gaatje te maken in jullie volle agenda's was dit onderzoek nooit geworden wat het nu is.

Tot slot wil ik mijn ouders, vrienden en vriendin bedanken voor de steun en de nodige ontspanning. Het heeft de afgelopen maanden om doen vliegen.

Dan rest mij enkel nog u veel leesplezier te wensen!

Utrecht, juli 2018

Dala Taks

Abstract

De afgelopen jaren is toegenomen aandacht zichtbaar voor het aanmeten van een professionele identiteit bij medisch studenten en in het bijzonder bij coassistenten. Uit onderzoek blijkt dat het aanleren van een dergelijke identiteit dilemma's met zich mee kan brengen die een negatieve invloed hebben op het welzijn. Dit is echter nog niet eerder bij coassistenten onderzocht terwijl het een rol kan spelen in het welzijn van coassistenten, waar het op dit moment slecht mee gesteld is. Dit onderzoek focust zich op de eventuele negatieve invloed die coassistenten ervaren van het ontwikkelen van een professionele identiteit en de manier waarop zij hiermee omgaan, ook wel coping genoemd. Voor dit onderzoek is gesproken met twintig coassistenten die hun opleiding volgen bij hetzelfde Nederlandse academisch ziekenhuis. Hen is gevraagd welke dilemma's zij ervaren en hoe zij op dagelijkse basis met deze dilemma's omgaan. Uit het onderzoek blijkt dat coassistenten verschillende dilemma's ervaren die tot negatieve emoties, zoals frustratie en het gevoel nutteloos te zijn, leiden. Coassistenten blijken hier op verschillende manieren mee om te gaan. Zij copen zowel tijdens als buiten het werk en doen dit cognitief en gedragsmatig. Daarbij wordt met name gebruik gemaakt van acceptatie, relativeren en het zoeken van steun of afleiding. Opvallend daarbij is dat coassistenten beter weten om te gaan met de aanwezige dilemma's naarmate zij al een langere periode met hun coschap bezig zijn. Dit lijkt te komen doordat zij zich meer ontwikkelen als professional wat het voor hen makkelijker maakt om met de dilemma's om te gaan.

Keywords: professionele identiteit, coassistenten,, coping, welzijn

Inhoud

Voorwoord	2
Abstract	3
Introductie	6
Theoretisch kader	9
Ontwikkelen van een professionele identiteit.....	9
Dilemma's in het ontwikkelen van een professionele identiteit.....	10
Invloed van dilemma's op welzijn.....	12
Omgaan met dilemma's: coping.....	12
Conceptueel model	13
Methoden en technieken	14
Onderzoeksbenadering	14
Onderzoeksdesign.....	14
Dataverzameling.....	14
Data-analyse.....	15
Kwaliteitscriteria	15
Resultaten.....	17
Ervaren dilemma's bij het ontwikkelen van een professionele identiteit.....	17
Bevestigde dilemma's	18
Ontkrachte dilemma's	20
Nieuwe dilemma's.....	21
Invloed van dilemma's op welzijn.....	23
Coping strategieën.....	23
Tijdens werktijd – cognitief	23
Tijdens werktijd – gedragsmatig	24
Buiten werktijd – cognitief	25
Buiten werktijd – gedragsmatig.....	25
Invloed van coping strategieën op welzijn.....	26
Invloed van professionele identiteit op coping strategieën	26
Herzien theoretisch model	27
Discussie	29
Beperkingen	29
Implicaties	30
Wetenschappelijke bijdrage	30
Maatschappelijke implicaties	30
Conclusie	31

Referenties	32
Bijlagen	36
Bijlage 1 – Tabellen & figuren	36
Bijlage 2 – Overzicht van participanten	43
Bijlage 3 – Topiclist	44
Bijlage 4 – Codeboom	46

Introductie

De opleiding tot arts is een langdurig proces dat vraagt om het opdoen van een grote hoeveelheid kennis en het ontwikkelen van verschillende vaardigheden. Deze kennis en vaardigheden kunnen beter ontwikkeld worden wanneer er sprake is van een goede fysieke en mentale gezondheid (Dunn, Iglewicz, & Moutier, 2008). Daarnaast is gebleken dat artsen die zelf gezond en stabiel zijn, beter in staat zijn goede zorg te leveren aan patiënten (Novack, Epstein, & Paulsen, 1999). Deze (mentale) gezondheid is ook van belang gedurende de opleiding tot arts. Zo is een gezonde student beter in staat zich de noodzakelijke kennis en vaardigheden van de professie van arts eigen te maken en zal hij of zij beter in staat zijn patiënten te helpen (Dunn et al., 2008). Toch blijkt uit veel onderzoek dat het met de mentale gezondheid van medisch studenten slecht gesteld is. Stress- en burn-outklachten komen veelvuldig voor en het aantal depressies onder medisch studenten ligt een stuk hoger dan onder niet-medisch studenten (Dyrbye et al., 2006; Firth, 1986; Rosal et al., 1997; Toews et al., 1997). Recenter onderzoek schetst eenzelfde beeld. Uit een enquête onder Nederlandse geneeskundestudenten blijkt dat maar liefst 41% van de coassistenten zijn of haar coschap als erg zwaar ervaart en 26% van de coassistenten het coschap niet meer ziet zitten (Conijn, Boersma, & van Rhenen, 2015). Daarnaast blijkt 17,1% van de coassistenten last te hebben van burn-outverschijnselen (van Twillert, 2017). Ter vergelijking: het Nederlandse gemiddelde voor burn-outklachten onder de werkende bevolking ligt op 14,6% (CBS, 2017). Aangezien de mentale gezondheid van de arts de kwaliteit van zorg beïnvloedt (Novack et al., 1999) levert het feit dat het momenteel slecht gesteld is met de mentale gezondheid van medisch studenten – en in het bijzonder coassistenten – risico's op voor de kwaliteit van zorg en vraagt dit om een oplossing.

In een poging het mentale welzijn van coassistenten te verbeteren, is een toegenomen focus op het ontwikkelen van een professionele identiteit zichtbaar (Cruess, Cruess, Boudreau, Snell, & Steinert, 2014; Cruess, Cruess, Boudreau, Snell, & Steinert, 2015; Rosenblum, Kluijtmans, & Ten Cate, 2016). Een professionele identiteit stelt artsen, en daarnaast medisch studenten, in staat te voorzien in de behoeften van patiënten en in die van henzelf (Cruess & Cruess, 1997; Hensel & Dickey, 1998). Het aanmeten van een dergelijke professionele identiteit helpt bij het tonen van medische professionaliteit (Cruess, Cruess, & Steinert, 2009) – gedrag waarmee artsen hun vak juist kunnen uitvoeren en het vertrouwen dat zij krijgen van patiënten en de samenleving verdienen (Swick, 2000) – waar een steeds grotere nadruk op ligt (van Twillert, 2017). Zo worden vakken ontwikkeld die studenten volgen voor het lopen van hun coschappen en die specifiek gericht zijn op het ontwikkelen van 'professionele competenties' (Wong & Trollope-Kumar, 2014). Deze sterk toegenomen aandacht voor professioneel handelen is binnen het gehele publieke domein zichtbaar (Noordegraaf, 2007) en in het bijzonder in de medische wereld (Birden et al., 2014).

De professionele identiteit en het daarmee gepaard gaande professionele handelen stelt artsen en medisch studenten in staat te voorzien in de behoeften van patiënten en in die van henzelf (Cruess & Cruess, 1997; Hensel & Dickey, 1998). Noordegraaf, van Loon, Heerema & Weggemans (2015) beschrijven voor professionals in het algemeen dat zij gebruik kunnen maken van professioneel vermogen; het op een proactieve wijze omgaan met werkgerelateerde opgaven (Noordegraaf et al., 2015, p. 297). Op deze manier omgaan met verschillende eisen en verwachtingen leidt tot een verminderde kans op psychische klachten zoals burn-out (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Professionaliteit helpt dan dus bij het omgaan met de eisen die het werk stelt, zowel tijdens het volgen van de opleiding als tijdens het werken als arts.

Uit onderzoek blijkt echter dat het ontwikkelen van een professionele identiteit om professioneel handelen mogelijk te maken niet louter positief is. Het ontwikkelproces kan moeizaam verlopen en verschillende dilemma's met zich meebrengen (Pillen, Beijaard, & den Brok, 2013). In hun onderzoek onder beginnend docenten onderscheiden Pillen et al. (2013) verschillende dilemma's

die gepaard gaan met gevoelens van stress en het ervaren van negatieve emoties zoals hulpeloosheid, boosheid en onzekerheid. Het langdurig ervaren van dergelijke negatieve emoties of stress heeft een negatieve invloed op het psychologische welzijn (Schaufeli & van Rhenen, 2006); de mate van het ervaren van positieve of negatieve gevoelens en algehele tevredenheid over het eigen leven (Ryff, 1989). Onderzoek naar de negatieve gevolgen van dilemma's beperkt zich echter tot docenten en is niet eerder bij coassistenten uitgevoerd, terwijl met name deze groep te maken heeft met veel problemen op het gebied van (psychisch) welzijn (Conijn et al., 2015) en slecht welzijn van artsen en coassistenten bovendien een gevaar voor de kwaliteit van zorg vormt (Dunn et al., 2008; Novack et al., 1999).. Dit onderzoek spitst zich daarom toe op het begrijpen van de negatieve invloed die het ontwikkelen van een professionele identiteit kan hebben op het welzijn van coassistenten.

Naast het onderscheiden van deze dilemma's en de negatieve gevoelens die ermee gepaard gaan, is het belangrijk te kijken hoe coassistenten hiermee omgaan. Omgaan met dergelijke problemen door middel van gedragingen, cognities en percepties wordt coping genoemd (Pearlin & Schooler, 1978). De manier waarop personen copen kan van invloed zijn op de mate waarin de problemen hun leven negatief beïnvloeden. Zo leidt op een proactieve wijze copen tot een verminderde kans op psychische klachten zoals burn-out (Maslach et al., 2001) maar kunnen negatieve coping stijlen leiden tot een toename van de klachten (Day & Livingston, 2001). Pillen et al. (2013) besteedden hier eerder aandacht aan maar keken hier enkel naar coping onder beginnend docenten. Dit onderzoek bekijkt daarom ook hoe coassistenten omgaan met de dilemma's die zij ervaren tijdens het ontwikkelen van een professionele identiteit.

In het voorgaande is beschreven dat het aantal mentale klachten onder medisch studenten uitzonderlijk hoog is (Dyrbye et al., 2009; Firth, 1986; Rosal et al., 1997; Toews et al., 1997). Het vergroten van een professionele identiteit door coassistenten wordt gezien als een oplossing voor het verbeteren van de kwaliteit van leven van de coassistent en daarmee van de kwaliteit van werk die hij of zij levert (Dunn et al., 2008; Maslach et al., 2001; Novack et al., 1999). Het ontwikkelen van een professionele identiteit blijkt echter ook een negatieve invloed met zich mee te brengen (Pillen et al., 2013). Dit vraagt om meer kennis om zo coassistenten op een andere, wellicht nog onbekende manier te kunnen ondersteunen en hun welzijn te kunnen verbeteren. In dit onderzoek wordt daarom de volgende hoofdvraag gehanteerd: *Welke rol speelt het ontwikkelen van een professionele identiteit in het welzijn van coassistenten?*

Om de centrale vraag te kunnen beantwoorden, wordt gebruik gemaakt van een aantal deelvragen.

1. Welke dilemma's ervaren coassistenten tijdens het ontwikkelen van een professionele identiteit?
2. Welke coping strategieën hanteren coassistenten bij het omgaan met dilemma's die zij ervaren tijdens het ontwikkelen van een professionele identiteit?
3. Hoe beïnvloedt coping met de dilemma's het welzijn van coassistenten?

Dit onderzoek vult huidig onderzoek aan door te kijken naar mogelijke dilemma's die coassistenten ervaren bij het ontwikkelen van een professionele identiteit. Waar ander onderzoek zich enkel focust op beginnend docenten (Pillen et al., 2013) kijkt dit onderzoek in een andere sector, namelijk de gezondheidszorg, waar veel sprake is van welzijnsproblemen (Conijn et al., 2015). Daarnaast kent dit onderzoek een sterke link met de praktijk door het uitvoeren van praktisch onderzoek, door het verzamelen van empirisch materiaal, terwijl bestaand onderzoek met name theoretisch van aard is (Monrouxe & Rees, 2012).

Een volgende toevoeging aan bestaande literatuur komt voort uit het feit dat hier wordt gekeken naar coassistenten. Hoewel veel onderzoek is gedaan naar de professionele identiteit bij medisch studenten die nog niet aan hun stageperiode zijn begonnen (Wong & Trollope-Kumar, 2014),

arts-assistenten die onder toezicht werken (Pratt, Rockmann, & Kaufmann, 2006) en volledig opgeleide artsen (Rosenblum et al., 2016) ontbreekt dit onderzoek bij coassistenten. Hierdoor is onvoldoende kennis beschikbaar omtrent de vorming van een professionele identiteit bij deze groep terwijl deze kennis bij kan dragen aan het beter ondersteunen van coassistenten (Volkman & Anderson, 1998). De kennis kan leiden tot betere ondersteuning op de werkvloer door artsen en verpleegkundigen maar ook tot meer ondersteuning op beleidsmatig niveau. Het kan helpen bij het maken van keuzes over de invulling van de te lopen coschappen en het te volgen onderwijs.

Een laatste toevoeging aan de al bestaande literatuur over het ontwikkelen van een professionele identiteit richt zich op het onderzoeken van een andere kant van professionele identiteit. In bestaand onderzoek wordt het ontwikkelen van professionaliteit bij medisch studenten als een positief gegeven benaderd (Cruess & Cruess, 1997; KNMG, 2007; Roberts, Green Hammond, Geppert, & Warner, 2004). Er is vrijwel geen aandacht voor de eventuele negatieve aspecten die een focus op professionaliteit met zich mee kan brengen, terwijl onderzoek in soortgelijke sectoren laat zien dat er reden is te verwachten dat deze negatieve aspecten bestaan (Pillen et al., 2013). Dit onderzoek focust zich juist op deze negatieve aspecten en vormt daarmee een belangrijke aanvulling op de bestaande literatuur omtrent het ontwikkelen van een professionele identiteit.

Het volgende hoofdstuk bevat de belangrijkste uiteengezette theoretische concepten van dit onderzoek. Er wordt aandacht besteed aan professionele identiteit, dilemma's rondom het ontwikkelen van een professionele identiteit en coping. Aan het eind van dit hoofdstuk staat een aan de hand van deze theoretische concepten opgesteld conceptueel model. Hoofdstuk 3 gaat in op de gehanteerde onderzoeksmethoden en kwaliteitscriteria. In het daaropvolgende hoofdstuk staan de resultaten die aan de hand van de eerder besproken literatuur worden geanalyseerd. Het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 5, bevat de conclusies en een kritische reflectie op dit onderzoek.

Theoretisch kader

Ontwikkelen van een professionele identiteit

Een invloedrijke definitie van identiteit is afkomstig van de psycholoog Erik H. Erikson (1964). Hij definieert identiteit als een dynamisch beeld dat iemand over zichzelf als persoon kan hebben. Erikson (1964) stelt dat dit beeld geen vaststaand gegeven is maar een dynamisch element dat gedurende iemands leven kan veranderen. Aan de hand van een identiteit classificeren individuen zich binnen de samenleving, als individu en als onderdeel van groepen (Goldie, 2012).

Naast een algemene, persoonlijke identiteit kan ook een zogenaamde professionele identiteit worden onderscheiden. Dit betreft de opvatting die een persoon heeft over zichzelf als professional (Rynnänen, 2001), ofwel in hoeverre iemand ervaart onderdeel te zijn van een professie (Weaver, Peters, Koch, & Wilson, 2011). Deze identiteit helpt bij het zelfverzekerd en succesvol uitvoeren van het werk (Monrouxe, 2010, p. 41). Belangrijke aspecten van deze professionele identiteit zijn de normen, waarden, ideeën en gedragingen die verbonden zijn aan de professie waartoe iemand behoort. Wanneer een individu deze normen, waarden, ideeën en gedragingen overneemt, ontwikkelt hij of zij een professionele identiteit (Rosenblum et al., 2016). Cruess et al. (2014) ontwikkelden een definitie van professionele identiteit die zich toespitst op de medische professionele identiteit. Hierbij gaat het om *‘de voorstelling die iemand van zichzelf heeft, ontwikkeld gedurende enige tijd waarin de eigenschappen, waarden en normen van de medische professie worden geïnternaliseerd wat resulteert in individueel denken en handelen als een arts en het gevoel een arts te zijn’* (Cruess et al., 2014, p. 1447). In dit onderzoek wordt deze definitie gehanteerd.

Het ontwikkelen van een professionele identiteit gebeurt in interactie met anderen en de omgeving (Goldie, 2012; Monrouxe, 2010; Weaver et al., 2011). Over het precieze proces aan de hand waarvan de ontwikkeling van deze professionele identiteit plaatsvindt, bestaan in de wetenschappelijke literatuur grofweg twee dominante stromingen: klassieke theorieën die het vormen van een professionele identiteit zien als een statisch gegeven en hedendaagse theorieën die zich richten op het bestaan van een dynamisch proces (Wong & Trollope-Kumar, 2014).

De theorieën die het vormen van een professionele identiteit beschrijven als een statisch gegeven beschrijven de ontwikkeling als het doorlopen van verschillende stadia. Deze stadia worden lineair doorlopen totdat een zekere ‘rijpheid’ op het gebied van professionele identiteit is bereikt (Hilton & Slotnick, 2005; Kegan, 1982). Aan de andere kant beschrijven meer recente theorieën het ontwikkelen van een professionele identiteit als dynamisch proces zonder duidelijke stadia. De professionele identiteit wordt daarbij continu opnieuw geconstrueerd aan de hand van ervaringen en omstandigheden (Monrouxe, 2010; Wong & Trollope-Kumar, 2014). Scanlon (2011) betoogt vervolgens dat het niet zozeer gaat om het uiteindelijke ‘zijn’ van een professional – wat suggereert dat er sprake is van een bepaald ‘eindpunt’ waarmee de professionele identiteit voltooid is – maar om het proces van ‘worden’. Het gaat dan om een levenslang, continu ontwikkelend proces (Monrouxe, 2010; Scanlon, 2011).

In dit onderzoek wordt gekeken naar de professionele identiteit die medisch studenten gedurende het lopen van hun coschappen ontwikkelen. Daarvoor wordt een professionele identiteit benadert als iets dat zich gedurende een periode, in dit geval gedurende de verschillende jaren dat een student coschappen loopt, verder ontwikkelt. Het sluit daarmee aan bij de opvatting van Wong en Trollope-Kumar (2014) dat het ontwikkelen van deze identiteit een langdurig proces is, aangezien er gekeken wordt naar een proces dat enkele jaren duurt. Het vormen van een professionele identiteit wordt daarbij gezien als een continu ontwikkelend proces dat beïnvloedt wordt door verschillende factoren, iets wat eerder in verschillend onderzoek onder medisch studenten of artsen werd aangetoond (Niemi, 1997; Rosenblum et al., 2016; Wong & Trollope-Kumar, 2014). Enerzijds betreft dat persoonskenmerken zoals karaktereigenschappen en eerdere ervaringen en anderzijds zijn dit

ervaringen binnen de professionele context, zoals interactie met anderen en het opdoen van kennis (Pillen et al., 2013). In dit onderzoek wordt in het bijzonder aandacht besteed aan het onderscheid dat Hilton en Slotnick (2005) aanbrengen in deze ervaringen binnen de professionele context. Zij onderscheiden het opdoen van kennis en vaardigheden en het opdoen van praktische wijsheid waarbij met name praktische wijsheid – weten wat wel en niet kan – een belangrijke rol speelt (Hilton & Slotnick, 2005, p. 39).

Dilemma's in het ontwikkelen van een professionele identiteit

Beijaard, Meijer en Verloop (2004) beschrijven hoe, bij het ontwikkelen van een professionele identiteit bij docenten, een persoon zijn persoonlijke kennis, overtuigingen, gedragingen en normen en waarden moet integreren met de professionele eisen die de professie stelt. Het ontwikkelen van een professionele identiteit vraagt dan om het vinden van een balans tussen deze twee aspecten van identiteit (Pillen et al., 2013). Eenzelfde proces is zichtbaar bij medisch studenten. Ook hier draait het om het integreren van de eigen kennis en overtuigingen met de normen en waarden die de professie aanhoudt. Daarbij is het de bedoeling dat de medisch student de normen en waarden die de professie hanteert, zal overnemen (Cruss et al., 2014). Dit kan resulteren in een dilemma tussen persoonlijke identiteit en professionele identiteit, bijvoorbeeld doordat studenten weerstand voelen vanuit hun persoonlijke identiteit jegens iets dat ze in hun professionele identiteit moeten opnemen (Pillen et al., 2013). Deze dilemma's kunnen op de lange termijn spanning opleveren en negatieve gevolgen hebben voor het psychologisch welbevinden van coassistenten. Het is daarom van belang deze dilemma's in kaart te brengen.

Dit onderzoek besteedt aandacht aan de mogelijke dilemma's die het ontwikkelen van een professionele identiteit bij coassistenten met zich mee kunnen brengen. Hiervoor is in de wetenschappelijke literatuur gezocht naar mogelijke dilemma's in de ontwikkeling van een professionele identiteit. Het gaat hier om dilemma's die specifiek te maken hebben met het ontwikkelen van een identiteit. Voor het opstellen van deze dilemma's is verschillende literatuur geraadpleegd maar de opgestelde dilemma's zijn niet noodzakelijkerwijs uitputtend. Door het gebrek aan onderzoek naar dilemma's bij medisch studenten kan verwacht worden dat in de praktijk meer dilemma's aanwezig zijn dan vooraf aan de hand van de literatuur zijn onderscheiden.

In onderstaande tabel zijn de mogelijke dilemma's die in de literatuur worden onderscheiden weergegeven en geïllustreerd met een voorbeeld. Deze worden vervolgens toegelicht.

Tabel 1 – Dilemma's en voorbeelden

Dilemma	Voorbeeld
Verwachting vs. Realiteit (Rajuan, Beijaard, & Verloop, 2007; Wong & Trollope-Kumar, 2014)	Op de middelbare school vond de coassistent het ontleden van het varkenshart ontzettend interessant, nu hij op de afdeling chirurgie loopt, vindt hij het een stuk minder boeiend
Student vs. Dokter (Gaufberg, Batalden, Sands, & Bell, 2010; Rynnänen, 2001; Volkmann & Anderson, 1998)	Op de eerste dag van haar coschap wordt een coassistent in de gang van het ziekenhuis aangesproken door een patiënt die haar 'dokter' noemt
Privéleven vs. Opoffering (Gaufberg et al., 2010)	De diploma-uitreiking van een goede vriendin is vanavond, maar de begeleidend arts vraagt of de coassistent nog wat langer kan blijven
Eigen normen en waarden vs. Professionele normen en waarden	De coassistent heeft al haar hele leven moeite met abortus maar wordt tijdens haar coschap gevraagd te assisteren bij deze ingreep

(Bandini et al., 2017; Källemark, Höglund, Hansson, Westerholm, & Arnetz, 2004; Pillen et al., 2013)	
Emoties ervaren vs. emoties onderdrukken (Gaufberg et al., 2010; Pillen et al., 2013)	Door het overlijden van een patiënt voelt de coassistent zich sterk geëmotioneerd maar hij wordt erop aangesproken wanneer zijn begeleider dit door heeft
Lijn van de opleiding vs. Lijn van de praktijk (Pillen et al., 2013)	Tijdens de opleiding heeft de coassistent geleerd altijd iets te zeggen wanneer er iets fout gaat, maar in de praktijk lijkt de begeleidende arts dat niet te waarderen
Verwachtingen van sociale omgeving vs. Praktijk (Gaufberg et al., 2010)	De familieleden van de coassistent prijzen hem continu om zijn harde werk maar in werkelijkheid vult de coassistent vaak rapporten in

Verwachtingen vs. realiteit. Wong en Trollope-Kumar (2014) onderzochten de verschillende factoren die een rol spelen bij het ontstaan van een professionele identiteit bij medisch studenten. Eén van de belangrijke aspecten die zij onderscheiden zijn eerder bestaande verwachtingen die individuen hebben over de medische professie. Deze verwachtingen ontstaan alvorens medisch studenten beginnen aan hun opleiding, bijvoorbeeld door verhalen van familieleden of het kijken van televisieprogramma's. Wanneer een student begint aan zijn opleiding kan het voorkomen dat deze verwachtingen moeten worden bijgesteld omdat de praktijk er anders blijkt uit te zien (Rajuan et al., 2007; Wong & Trollope-Kumar, 2014). Dit levert een dilemma op aangezien de student in staat moet zijn deze eerdere verwachtingen, die onderdeel waren van hetgeen hij of zij ziet als de professionele identiteit van een arts, los te laten.

Student vs. dokter. Een tweede dilemma hangt sterk samen met de verschillende rollen die een medisch student tijdens het lopen van zijn of haar coschappen moet aannemen. Enerzijds is de coassistent nog duidelijk een student, het coschap draait immers om het leren van het vak (Rynnänen, 2001), anderzijds wordt de student geplaatst in situaties waarin van hem verwacht wordt zich te gedragen als een arts. Hierbij speelt mee dat medisch studenten worstelen met het dilemma dat ontstaat tussen het gevoel nog weinig kennis te bezitten en de verwachting te kunnen handelen als een expert. Ze hebben het gevoel als het ware 'te doen alsof' (Gaufberg et al., 2010). Hoewel de coassistent zich nog student voelt, wordt door patiënten en begeleiders verwacht dat hij of zij zich gedraagt als een arts. Er is hiermee een discrepantie zichtbaar tussen de identiteit die anderen de student toedichten en de identiteit die de student zelf ervaart te hebben (Volkman & Anderson, 1998).

Privéleven vs. opoffering. Een derde dilemma dat specifiek optreedt bij het ontwikkelen van een medische professionele identiteit is dat tussen het investeren in het privéleven en het maken van offers. Gaufberg et al. (2010) beschrijft dat de balans tussen werk en privé voor veel medisch studenten dilemma's met zich meebrengt. Het is voor hen lastig te bepalen in hoeverre zij zaken opzij moeten zetten ten behoeve van het uitvoeren van hun werk. Er ontstaat daardoor een zeker dilemma tussen de verschillende rollen, en daarbij behorende identiteiten, die de medisch student heeft. Enerzijds is dat de rol van coassistent maar anderzijds kunnen dit ook andere rollen zijn zoals bijvoorbeeld vriend, vriendin, zoon of dochter. Het feit dat de medisch student gedwongen wordt tussen deze rollen en de daarbij behorende identiteiten te kiezen, leidt tot dilemma's (Gaufberg et al., 2010).

Eigen normen en waarden vs. professionele normen en waarden. Eerder is beschreven hoe bij het vormen van een professionele identiteit de normen, waarden en gedragingen die behoren bij de professie dienen te worden overgenomen (Cruess et al., 2014; Rosenblum et al., 2016). Bij het ontwikkelen van een dergelijke professionele identiteit kan een dilemma ontstaan wanneer de normen en waarden die bij de professie horen niet overeen komen met de normen en waarden die het individu hanteert. Op die manier komt een medisch student voor een dilemma te staan: welke normen en waarden dient hij of zij aan te houden (Bandini et al., 2017; Källemark et al., 2004; Pillen et al., 2013)?

Emoties ervaren vs. emoties onderdrukken. Eén van de belangrijke lessen die medisch studenten tijdens het volgen van hun opleiding leren is het onderdrukken van emoties (Gaufberg et al., 2010). Er wordt van coassistenten verwacht geen emoties te tonen zelfs al zijn zij getuige van ingrijpende situaties. Ook hier treedt een dilemma op met betrekking tot het ontwikkelen van een professionele identiteit. De professionele identiteit vraagt immers van coassistenten hun emoties te onderdrukken, terwijl hun persoonlijke identiteit deze emoties wel ervaart (Pillen et al., 2013).

Lijn van de opleiding vs. lijn van de praktijk. Pillen et al. (2013) ontdekten eerder bij docenten een dilemma tussen de lijn van de opleiding en de lijn van de praktijk. Ook coassistenten hebben enerzijds te maken met de universiteit en het academische ziekenhuis dat bepaalde normen, waarden en gedragingen uitdraagt terwijl zij anderzijds tijdens het lopen van een coschap in contact treden met bijvoorbeeld arts-assistenten of specialisten. Het is mogelijk dat deze laatsten andere normen, waarden en gedragingen hanteren. Wanneer dit gebeurt ontstaat een dilemma: welke aspecten moeten worden overgenomen om een professionele identiteit te ontwikkelen (Pillen et al., 2013)?

Verwachtingen van sociale omgeving vs. praktijk. Een laatste mogelijk dilemma heeft te maken met de sociale verwachtingen die bestaan omtrent de professie van arts buiten het ziekenhuis, en de daadwerkelijke praktijk (Gaufberg et al., 2010). Het is mogelijk dat deze niet met elkaar overeenkomen. Gaufberg et al. (2010) beschrijven bijvoorbeeld de kracht die door veel mensen aan de medische wereld wordt toegeschreven, terwijl die in de praktijk niet altijd blijkt te bestaan.

Invloed van dilemma's op welzijn

Pillen et al. (2013) tonen aan dat het ervaren van de dilemma's die ontstaan bij het ontwikkelen van een professionele identiteit leiden tot verschillende negatieve emoties zoals frustratie, stress en onzekerheid. Naast dat dilemma's op zichzelf tot stress leiden, versterken de negatieve emoties het risico hierop. Zo blijkt het ervaren van onzekerheid één van de belangrijkste oorzaken voor stress onder medisch studenten (Moffat, McConnachie, Ross, & Morrison, 2004). Het langdurig ervaren van negatieve emoties of stress een heeft negatieve invloed op het psychologische welzijn (Schaufeli & van Rhenen, 2006); het ervaren van positieve of negatieve gevoelens en algehele tevredenheid over het eigen leven (Ryff, 1989). Dit geldt dus ook voor de dilemma's die coassistenten ervaren: wanneer deze dilemma's leiden tot negatieve emoties dan kan dit op de lange termijn zorgen voor het afnemen van het welzijn van de coassistent. En wanneer het welzijn van een coassistent laag is, leidt dit ertoe dat hij of zij minder goed in staat is zich de kennis en vaardigheden, die noodzakelijk zijn voor het uitoefenen van het vak van arts, eigen te maken (Dunn et al., 2008).

Omgaan met dilemma's: coping

Om met de beschreven negatieve gevoelens of stressvolle ervaringen om te kunnen gaan, vertonen mensen, en dus ook medisch studenten, coping reacties. Coping reacties zijn gedragingen, cognities en percepties die mensen hanteren wanneer ze om proberen te gaan met levensproblemen (Pearlin & Schooler, 1978). Deze kunnen zorgen voor een afname of een toename van de ervaren negatieve gevoelens (Day & Livingston, 2001).

In een recente metastudie kijken Tummers, Bekkers, Vink en Musheno (2015) naar coping gedurende publieke dienstverlening. Zij brengen daar allereerst een onderscheid aan tussen cognitieve en gedragsmatige coping. Latack en Havlovic (1992, p. 492) beschrijven dit onderscheid als enerzijds ‘mentale strategieën’ en anderzijds ‘actie ondernemen en iets doen’. Personen die een cognitieve copingstijl hanteren proberen via cognities om te gaan met het probleem, bijvoorbeeld door de positieve kant van het verhaal te zien. Personen die een gedragsmatige copingstijl hanteren, passen coping toe in hun gedragingen, bijvoorbeeld door meer te gaan roken (Latack & Havlovic, 1992). Tummers et al. (2015) brengen een tweede verdeling aan in de coping reacties die individuen kunnen vertonen door onderscheid te maken tussen coping die wordt vertoond in interactie met de cliënt en coping die wordt vertoond buiten interactie met de cliënt. In dit onderzoek wordt eenzelfde tweedeling gebruikt maar wordt hier tevens een kleine aanpassing aan gedaan. Omdat coassistenten nog relatief weinig contact hebben met cliënten en veelal andere werkzaamheden uitvoeren, is het interessant dit aspect breder te trekken en te kijken naar coping reacties die vertoond worden tijdens werkzaamheden en buiten het uitvoeren van werkzaamheden. Dit omdat het ontwikkelen van een professionele identiteit een cyclisch proces is dat ook buiten werktijd plaatsvindt (Niemi, 1997; Wong & Trollope-Kumar, 2014).

Tabel 2 - Coping in dit onderzoek

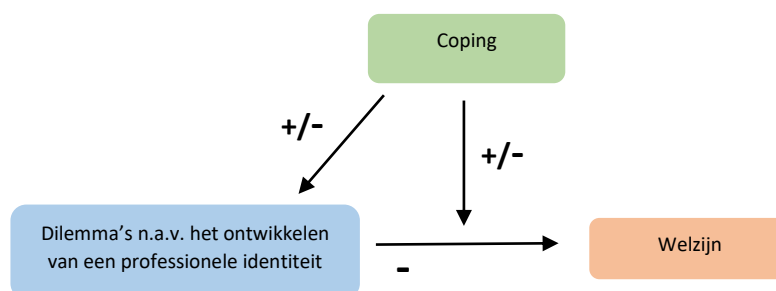
	Gedragsmatige coping	Cognitieve coping
Tijdens werktijd	Praten met collega's, harder werken, ziek melden	Acceptatie, relativeren, negeren
Buiten werktijd	Praten met naasten, afleiding zoeken, gebruik van middelen	Acceptatie, relativeren, proberen te vergeten

Bovenstaande tabel geeft coping in dit onderzoek weer. Voortbouwend op Tummers et al. (2015) wordt gekeken naar gedragsmatige en cognitieve coping. Daarnaast wordt, tevens voortbouwend op Tummers et al. (2015), onderscheid gemaakt tussen coping reacties die zich voordoen tijdens werktijd en coping reacties die zich voordoen buiten werktijd. Concreet betekent dit coping reacties wanneer iemand aanwezig is op het coschap en coping reacties wanneer iemand dit niet is.

Conceptueel model

Op basis van de theorie over professionele identiteit, dilemma's rondom het ontwikkelen van een professionele identiteit, coping en welzijn is een conceptueel model opgesteld (zie figuur 1). Uit het model kan afgeleid worden dat de dilemma's die ontstaan bij het ontwikkelen van een professionele identiteit een negatieve invloed kunnen hebben op het welzijn. Daarnaast is coping opgenomen: enerzijds kan dit ervoor zorgen dat de dilemma's afnemen of dat de dilemma's het welzijn van de coassistent minder op negatieve wijze beïnvloeden, en anderzijds dat de dilemma's en de negatieve invloed hiervan op het welzijn toenemen.

Figuur 1 - Conceptueel model over de invloed van het ontwikkelen van een professionele identiteit op welzijn



Methoden en technieken

Onderzoeksbenadering

Allereerst is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksbenadering. Dit houdt in dat de onderzoeker verschijnselen, en de verschillende betekenissen die mensen aan deze verschijnselen geven, zal beschrijven en interpreteren (Boeije, 't Hart, & Hox, 2009; Bryman, 2012). Er is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksbenadering omdat dit onderzoek als doel heeft bij te dragen aan nieuwe theorievorming. Zo wordt in de empirie actief gezocht naar aanvullende dilemma's die de huidige theorie kunnen aanvullen. Het onderzoek gaat daarmee deels inductief te werk, iets waar kwalitatief onderzoek zich goed voor leent (van Thiel, 2010).

Daarnaast kent dit onderzoek ook een deductieve component. Er wordt in de bestaande wetenschappelijke literatuur gezocht naar een verklaring voor het probleem. Aan de hand van de wetenschappelijke literatuur is een aantal mogelijke dilemma's opgesteld en in het empirische deel van dit onderzoek wordt gekeken of deze juist zijn. Hierin komt het deductieve karakter van het onderzoek tot uiting (van Thiel, 2010).

Onderzoeksdesign

In dit onderzoek is een casusstudie uitgevoerd. Dit houdt in dat één of meerdere zaken van een specifiek onderzoeksonderwerp bestudeerd worden (Bryman, 2012). Dit zorgt ervoor dat de verkregen data beter en daarnaast intensiever geanalyseerd kan worden en dat wetenschappelijk sterkere conclusies kunnen worden getrokken (Bryman, 2012). Daarnaast leent het gekozen onderwerp zich goed voor het uitvoeren van een casusstudie omdat gekeken kan worden naar coassistenten binnen één ziekenhuis.

In dit onderzoek is ervoor gekozen te kijken naar coassistenten binnen een specifiek academisch ziekenhuis omdat hier relatief vroeg gestart wordt met het lopen van coschappen. Doordat zij hier vroeg mee beginnen start de interactie met anderen en dus het ontwikkelen van een professionele identiteit vroeg (Goldie, 2012; Monrouxe, 2010; Weaver et al., 2011). Dit maakt de periode waarover participanten iets kunnen vertellen uitgebreider en de kans op bruikbare data groter. Ook kan voorondersteld worden dat studenten al in een vroeg stadium van de opleiding te maken krijgen met de eventuele dilemma's, waardoor zij deze wellicht als sterker aanwezig zullen ervaren. Daarnaast is de keus op basis van praktische gronden gemaakt. Zo was er eenvoudig toegang tot participanten binnen het betreffende ziekenhuis.

Dataverzameling

In de selectie van participanten is gekozen voor coassistenten uit verschillende jaren van de opleiding. Op die manier kan een divers beeld geschetst worden van de mate waarin zij de dilemma's ervaren. Voor het werven van respondenten gebruikgemaakt van het doorverwijzen door participanten. Dit houdt in dat gevraagd is om verwijzingen naar nieuwe participanten door personen die wellicht iemand kennen die aan de omschrijving van gewenste participanten voldoet (Goodwin, 1961). Allereerst zijn coassistenten in het netwerk van de onderzoeker benaderd. Hen is gevraagd andere coassistenten aan te dragen. Vervolgens is aan deze participanten gevraagd nieuwe participanten aan te leveren. Dit zette zich voort tot datasaturatie was bereikt. Een kanttekening die hierbij moet worden geplaatst is dat deze sneeuwbalmethode kan leiden tot een homogene groep van participanten (Goodwin, 1961).

Er is voor gekozen te werken aan de hand van semigestructureerde interviews. Deze onderzoeksmethode sluit goed aan bij kwalitatief onderzoek (Bryman, 2012; van Thiel, 2010). Het biedt de mogelijkheid te kijken naar achterliggende redenen en biedt ruimte voor de persoonlijke interpretaties van participanten, die in dit onderzoek centraal staan (Bryman, 2012). Interviews werden afgenomen aan de hand van een topiclist. Deze topiclist helpt bij het vasthouden aan belangrijke

onderzoeksonderwerpen maar biedt daarnaast voldoende ruimte voor het bespreken van andere, aanvullende onderwerpen (Bryman, 2012; van van Thiel, 2010). De onderwerpen die op deze topiclijst staan, hangen samen met de concepten die in het theoretisch kader zijn uitgewerkt. Door het karakter van het onderzoek kunnen nieuwe onderwerpen, die niet eerder in de literatuur werden beschreven, worden aangesneden.

Voor dit onderzoek zijn achtentwintig coassistenten benaderd. Zeven van hen wilden niet deelnemen aan het onderzoek en één coassistent bleek na benadering niet in het geselecteerde academisch ziekenhuis coschappen te lopen. Met de overige twintig coassistenten zijn interviews afgenomen. Deze interviews duurden gemiddeld 47 minuten waarbij het kortste interview 24 minuten duurde en het langste 58 minuten. Onder de respondenten bevonden zich 8 mannen (40%) en 12 vrouwen (60%) wat een goede weerspiegeling is van de werkelijkheid waar ongeveer 70% van de geneeskundestudenten vrouw is (Hamel, 2013). Daarnaast is rekening gehouden met een spreiding over de studie jaren. Zie bijlage 2 voor een overzicht van de participanten en hun studiejaar.

Data-analyse

De interviews zijn, met toestemming van de participanten, opgenomen. Deze opnames zijn zoveel mogelijk geanonimiseerd en zijn getranscribeerd. Deze transcripten zijn achtereenvolgend open, axiaal en selectief gecodeerd. Vervolgens is een codeboom opgesteld (zie bijlage 4) om de resultaten inzichtelijk te maken. De analyse van de transcripten vond plaats met behulp van het programma Nvivo (NVivo qualitative data analysis Software, 2012).

In de bevindingen zijn de belangrijkste dilemma's uitgelicht door te kijken naar het percentage participanten dat dit dilemma bevestigde. Hiervoor is een grens van 35% gehanteerd om de data behapbaar en betrouwbaar te houden. Daarnaast is gekeken welk percentage de dilemma's ontkracht. Hier is een grens van 65% gehanteerd om een dilemma als ontkracht te beschouwen. Een kanttekening hierbij is dat 'nieuwe dilemma's' niet actief bij volgende participanten zijn uitgevraagd waardoor er geen mogelijkheid was deze dilemma's te ontkrachten.

Kwaliteitscriteria

Ieder onderzoek heeft te maken met bepaalde risico's die de betrouwbaarheid, validiteit en objectiviteit van het onderzoek in het geding kunnen laten komen. In dit onderzoek wordt gewerkt aan de hand van de term '*trustworthiness*' van Guba (1981) en later uitgebreid door Lincoln en Guba (1985). Er wordt gebruik gemaakt van het artikel van Krefting (1991) en Shenton (2004) aangezien deze artikelen een praktische uitwerking van de vier criteria die horen bij *trustworthiness* bieden.

Credibility. Credibility betreft de mate waarin de bevindingen uit het uitgevoerde onderzoek overeenkomen met de realiteit. Lincoln en Guba (Krefting, 1991; in Shenton, 2004) onderscheiden verschillende strategieën waarmee de credibility van een onderzoek gewaarborgd kan worden. Een aantal van deze strategieën is in dit onderzoek toegepast. Zo is er regelmatig overleg met een begeleider geweest die gedurende het gehele onderzoek meeleest en -denkt. Dit helpt bij het bewaken van de betrouwbaarheid van het onderzoek omdat een extra lezer zorgt voor nieuwe, kritische inzichten. Daarmee kunnen eventuele vooroordelen van de onderzoeker aan het licht worden gebracht (Shenton, 2004).

Transferibility. Transferibility is in kwalitatief onderzoek wat externe validiteit in kwantitatief onderzoek is. Het is van belang oog te hebben voor de contextgegevens van het onderzoek en hetgeen dat onderzocht wordt uitgebreid te beschrijven (Shenton, 2004). In het voorgaande is al uitgebreid aandacht besteed aan de context waarin dit onderzoek zich afspeelt. Ook in de resultaten is hier, met name bij het gebruik van citaten, oog voor.

Daarnaast is het van belang op te merken dat hier sprake is van kwalitatief onderzoek in de vorm van een casusstudie. De overdraagbaarheid van resultaten is daarmee altijd beperkt (Bryman, 2012).

Dependability. Een derde criterium dat Guba (1981) onderscheidt is dependability. Dit betreft de mogelijkheid om, aan de hand van hernieuwd uitvoeren van het onderzoek, het onderzoek te herhalen. De uitgebreide beschrijving van het onderzoeksproces, met daarbij de gehanteerde onderzoeksbenadering, -methoden en -technieken, geeft voldoende handvatten het onderzoek te herhalen (Shenton, 2004). Inherent aan kwalitatief onderzoek is wel dat resultaten wellicht kunnen verschillen.

Confirmability. Een laatste criterium dat Guba (1981) noemt is confirmability wat inhoudt dat de resultaten die het onderzoek oplevert, voortvloeien uit de beschreven ideeën en ervaringen van participanten en niet uit de voorkeuren van de onderzoeker (Shenton, 2004). Om de confirmability van dit onderzoek te waarborgen is meermaals overlegd met zowel een eerste als tweede lezer om zo dergelijke invloeden te voorkomen.

Resultaten

Ervaren dilemma's bij het ontwikkelen van een professionele identiteit

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de uit de empirie afgeleide dilemma's. Er kan een onderscheid worden gemaakt in bevestigde dilemma's, ontcrachte dilemma's en nieuwe dilemma's. In het volgende worden deze dilemma's toegelicht.

Tabel 3 - Overzicht dilemma's a.d.h.v. resultaten

Dilemma's	Voorbeeld	%	
		% bevestigd	% ontcracht
Bevestigde dilemma's			
Eigen normen en waarden vs. Professionele normen en waarden	<i>“Zo ben ik als persoon ook helemaal niet. ... Het liefst zie ik de patiënt boven mij want die zit met de klachten. maar zo is het vaak in het ziekenhuis niet.” (R11)</i>	95%	5%
Werk vs. Privé	<i>“Gemiddeld lange dagen met veel werkuren zeg maar wat je dan in een week maakt. Wat je behoorlijk kan uitputten. En dat het dan wel echt zoeken is naar een soort van werk-privé-balans” (R6)</i>	70%	20%*
Verwachtingen vs. Realiteit	<i>“Vroeger wilde ik chirurg worden maar ook de omgang tussen chirurgen en chirurgen en coassistenten, ik weet niet... Dat is heel anders dan wat ik me had voorgesteld....” (R1)</i>	85%	15%
Ontcrachte dilemma's			
Lijn van de opleiding vs. Lijn van de praktijk	<i>“Weet je lichamelijk onderzoeken al dat soort dingen dat gaat gewoon allemaal niet zoals je het hebt geleerd.” (R10)**</i>	15%	85%
Verwachtingen van sociale omgeving vs. Praktijk	<i>“Ik denk dat ze op zich wel begrijpen wat ik doe maar ik denk niet dat ze helemaal begrijpen hoe het wereldje in elkaar zit.” (R17)</i>	20%	75%
Emoties voelen vs. Emoties onderdrukken	<i>“Dat iets op je afkomt, een slecht nieuws gesprek ofzo, en dat je daarna weer een volgende patiënt ziet dus dat je niet even een moment van verwerking hebt.” (R6)</i>	10%	90%
Student vs. dokter	<i>“Dan moet je dus toegeven dat je iets niet weet en dan voel je je een beetje... Een beetje alsof je gefaald hebt ofzo.” (R9).</i>	15%	85%
Nieuwe dilemma's		% bevestigd***	
Iets willen bijdragen vs. Nutteloos voelen	<i>“En je zit er maar gewoon vaak een beetje. Of je staat er maar een beetje bij. Zonder dat je echt inbreng hebt” (R1).</i>	85%	
Beoordelen worden op persoon vs. Beoordeeld worden op kunnen	<i>“Ik denk dat als ze je echt mogen dat je dan toch anders benaderd wordt dan als ze je toch al niet mogen...” (R10)</i>	40%	
Het perfect willen doen vs. Niet perfect zijn	<i>“Ik denk dat het moeilijkste is voor mij dat je elke dag de beste wil zijn. Je wil elke dag het</i>	45%	

	<i>beste van jezelf laten zien.” (R14)</i>	
Gevoel te moeten excelleren vs. Het nog moeten leren	<i>“Dan heb je een soort van wel de hele tijd het gevoel van oké ik moet hier dus even shinen want diegene zit erbij.” (R3)</i>	60%

* Wanneer percentages opgeteld niet 100% vormen, komt dit doordat het dilemma in een interview niet is benoemd

** Ten behoeve van de consistentie zijn citaten opgenomen die het dilemma bevestigen. Voor citaten die het dilemma ontkrachten zie bijlage 1, tabel 2

***Omdat 'nieuwe dilemma's' niet actief zijn uitgevraagd maar door participanten zijn aangedragen, zijn zij in geen enkel geval ontkracht

Bevestigde dilemma's

Eigen normen en waarden vs. professionele normen en waarden. Uit de data blijkt dat vrijwel alle participanten (95%) een dilemma ervaren tussen de eigen normen en waarden en de professionele normen en waarden die binnen de professie van arts worden gehanteerd. Participanten beschrijven dat de normen en waarden die zij persoonlijk koesteren in veel gevallen botsen met de normen en waarden in het ziekenhuis, wanneer zij daar eenmaal coschap gaan lopen. Dit dilemma uit zich daarbij op verschillende thema's zoals (1) hiërarchie (75%), (2) aandacht voor de patiënt (40%) (3) collegialiteit (30%), en (4) prioriteren van werk (25%).

Hiërarchie. Hoewel veel participanten (55%) enige waarde toekennen aan het hanteren van een hiërarchie geven zij (75%) daarnaast aan moeite te hebben met de manier waarop die hiërarchie in de praktijk vorm krijgt, zo laat het volgende citaat zien: *“Je zit als coassistent altijd tweede rang, op het krukje ernaast. Wordt soms gewoon bijna genegeerd door een specialist of bent de eerste die afgezeken wordt weet je wel. Terwijl ik vind dat je gewoon, je kan toch ook gewoon aardig tegen ... elkaar blijven doen”* (R20). Die manier waarop de hiërarchie vorm krijgt, gaat in veel gevallen in tegen hetgeen waar participanten zelf voor staan, wat een waardenconflict oplevert. Het volgende citaat van een vijfdejaars coassistent illustreert dit conflict: *“Zo ben ik als persoon ook helemaal niet. ... Het liefst zie ik de patiënt boven mij want die zit met de klachten. Maar zo is het vaak in het ziekenhuis niet”* (R11). Ondanks dat de participant persoonlijk liever niet hiërarchisch te werk gaat, vraagt de professie van arts hier wel om. Wanneer de professionele identiteit eigen gemaakt moet worden, zullen dit soort afwijkende normen en waarden moeten worden overgenomen.

Aandacht voor de patiënt. Een tweede waardenconflict treedt op op het gebied van het hebben van aandacht voor de patiënt. Verschillende participanten (40%) beschrijven dat ze graag meer aandacht en tijd aan de patiënt zouden willen besteden maar dat de medische wereld dit niet toelaat, zo illustreert het volgende citaat: *“Dat een arts een uur uitloopt op een spreekuur is echt meer dan normaal en dan denk ik, ja ik vind het gewoon vervelend voor patiënten maar in het ziekenhuis wordt er gezegd ach ja dat hoort erbij. Dat vind ik dan wel af en toe lastig om te accepteren”* (R9). Coassistenten geven aan dat de aandacht voor de patiënt binnen het ziekenhuis niet aansluit bij hun eigen wensen.

Collegialiteit. Samenhangend met hiërarchie geven verschillende participanten (30%) aan moeite te hebben met de sfeer die tussen collega's heerst en de manier waarop collega's met elkaar omgaan. Dit betreft zowel interactie tussen collega's onderling, zo vertelt participant 19: *“Tegen elkaar ... kunnen ze ook heel erg bits doen en als iemand wat verkeerd zegt tijdens de overdracht of zo daar echt heel erg bits op reageren”*, als interactie met coassistenten, vertelt participant 18: *“[ik heb] een paar keer echt gehad dat ik gewoon echt voor mijn idee heel erg werd afgeblaft en zo. Dat ik het wilde gaan vertellen en dat het al heel snel was 'nee ja stop maar en ik wil dat je het zo en zo en zo doet”*. Ook hier treedt een waardenconflict op: de directe, soms onaardige wijze waarop interactie binnen de professie plaatsvindt, past in veel gevallen niet bij de manier waarop participanten dit persoonlijk zouden doen.

Prioriteren van werk. Een laatste conflict betreft het feit dat de werkdruk in de medische wereld hoog is en daarom wordt verwacht dat het werk bij iedereen op de eerste plaats komt. Die nadruk op werk past niet bij de normen en waarden die verschillende participanten (25%) hanteren, zoals blijkt uit volgende citaat: *“Dat we alleen maar het moraal hoog houden van oh je moet presteren en het optimale uit jezelf halen. Dat matcht niet altijd met wat ik denk, dat er nog meer belangrijk is in het leven dan alleen maar de beste carrière halen”* (R6). Participanten hebben het gevoel het werk altijd op de eerste plek te moeten zetten terwijl ze hier niet altijd achter staan.

Werk vs. privéleven. Een tweede dilemma dat door veel participanten (70%) benoemd wordt, is dat tussen het hebben van een privéleven en het moeten opofferen van dit privéleven ten behoeve van het werk. Opvallend is daarbij dat participanten dit dilemma als extra aanwezig ervaren wanneer naasten, met name vrienden, geen rekening hoeven te houden met deze werk-privébalans. Participant 18 beschrijft: *“Kijk als jij, als jij werkt, als je 30 bent ofzo en al je vrienden enzo werken ook dan wil je niet overdag thuis zitten. Maar als jij coschap loopt en al je vrienden lopen geen coschap dan is het juist vervelend dat je overdag dan niet mee kan of 's avonds niet mee kan”*. Het feit dat hun naasten wel voldoende tijd hebben voor hun privéleven maakt het voor participanten extra moeilijk dat zij dit niet hebben.

Niet alleen met betrekking tot de huidige situatie maar ook met het oog op de toekomst, wanneer coassistenten arts zijn, benoemen participanten dit dilemma. Verschillenden participanten geven aan dat ze in hun afweging voor een te kiezen specialisme rekening houden met het feit dat veel specialismen een hoge druk op het privéleven uitoefenen, zo vertelt participant 7: *“Ik wilde eerst heel graag richting de chirurgie. Dat wist ik denk ik ergens halverwege het eerste jaar al. ... Alleen ik merk nu steeds meer ... ik wil gewoon graag een familie, parttime kunnen werken, gewoon m'n sociale leven hebben. En met chirurgie gaat dat dan wat minder”*. Dit leidt ertoe dat coassistenten, wanneer zij een toekomstplan maken, niet enkel kijken naar werkinhoud maar ook naar werkomstandigheden.

Verwachtingen vs. realiteit. In vrijwel alle afgenomen interviews (85%) komt naar voren dat participanten worstelen met de verwachtingen die zij vooraf hadden, zowel van de coschappen als van het vak van arts, en de realiteit. Die verwachtingen lijken enerzijds voort te komen uit de opleiding. Zo vertelt participant 1: *“Je leert heel erg veel op klinisch redeneren, beetje wat is de diagnose hoe kom je daar... En heel erg echt op het redeneren terwijl in de praktijk...”*. Anderzijds komen de verwachtingen voort uit eerder opgedane ideeën over het vak van arts, illustreert het volgende citaat: *“Ik moet meteen denken aan Greys Anatomy want dat keek ik vroeg vaak met m'n ouders. Nou dat is het in ieder geval niet, dat kan ik je wel vertellen”* (R2). Deze eerder bestaande en ontwikkelde verwachtingen moeten gedurende het vormen van de professionele identiteit worden bijgesteld, hetgeen dilemma's oplevert. Die botsing tussen verwachtingen en realiteit vindt met name plaats op het gebied van (1) de eigen positie (20%), (2) de hoeveelheid patiëntcontact (45%), (3) efficiëntie (15%) en (4) de werkdruk (25%).

De eigen positie. Een eerste verwachting die wordt benoemd en waarvan wordt aangegeven dat de praktijk anders blijkt te zijn, heeft te maken met de positie van de participanten, de positie van de coassistent. Deze verwachting richt zich dus niet op het latere vak van arts, maar heeft te maken met de coschappen die de participant loopt. Verschillende participanten (20%) geven aan verwacht te hebben dat zij, bij de start van hun coschappen en bij het vervolg daarvan, een belangrijkere rol zouden hebben en meer zouden kunnen bijdragen: *“Toen ik als eerstejaars kwam had ik verwacht echt om meteen, ja dan zie je een soort van dokter Dreamy voor je, meteen al mensenlevens redden en ik ben overal bij betrokken en ik ga slimme dingen doen. En over het algemeen is dat gewoon niet zo”* (R14). Participanten moeten wennen aan het feit dat zij nog onervaren zijn en nog relatief weinig kunnen bijdragen in het ziekenhuis. Dat leidt ertoe dat ze weinig kunnen doen en de verwachtingen

over de coassistent laag zijn. Participant 20 vertelt: *“Nou ik denk wel dat het zeg maar hoe erg je dus vaak niet gemist wordt enzo, dat soort dingen, dat had ik denk ik niet echt verwacht”*. Participanten hadden verwacht meer bij te kunnen dragen dan in werkelijkheid het geval is.

Patiëntcontact. Veel participanten (45%) geven aan dat de verwachting die zij hadden omtrent patiëntcontact niet overeenkomt met de realiteit, zowel binnen het coschap als in het uiteindelijke vak van arts. De verwachting dat het vak van arts veel patiëntcontact bevat, blijkt in de praktijk veelal niet te kloppen, illustreert het volgende citaat: *“Ik wilde geneeskunde gaan doen om met mensen te kunnen werken en om mensen te helpen ... En in mijn eerste coschap kwam ik erachter dat je als arts patiënten maar heel kort ziet”* (R9). Het patiëntcontact blijkt in de praktijk vaak overstemd te worden door de grote hoeveelheid administratieve taken, vertelt participant 16: *“Ja die ziet een uurtje per dag patiënten en de rest van de dag ben je de hele tijd mensen aan het bellen dingen aan het regelen, een soort van supersecretaresse. Ja, dat is heel anders dan ik had verwacht”*.

Alleen participanten die patiëntcontact geen belangrijke reden vonden om arts te worden (10%), ontcrachten dit dilemma: *“Ik ben ook niet echt geneeskunde gaan doen omdat ik heel graag met mensen wilde werken. Dus misschien was het dan ook niet zo'n big deal dat het dan werd aangepast”* (R8). Voor hen levert het weinige patiëntcontact geen dilemma op.

Efficiëntie. Een derde verwachting betreft de manier van werken binnen het ziekenhuis. Verschillende participanten (15%) geven aan dat ze vooraf verwachtten te gaan werken in een efficiënte, doelmatige organisatie maar een logge werkpraktijk aantreffen waar zaken in veel gevallen veel tijd kosten, zo vertelt participant 15: *“Ik [had] ook niet verwacht dat dat soms ook zo traag gaat om iets te regelen. Dat je soms in de ochtend iets bedenkt van oké dat moet ik doen maar dat dat aan het eind van de middag dan net af komt weet je wel.”* De efficiëntie van het ziekenhuis valt veel participanten tegen.

Werkdruk. Een laatste verwachting die door veel participanten (25%) wordt uitgesproken hangt samen met de al eerder besproken werkdruk. Hoewel coassistenten vaak al voorbereid zijn op het feit dat er sprake is van een hoge werkdruk binnen het ziekenhuis, bijvoorbeeld doordat dit in de opleiding meerdere malen benadrukt wordt of doordat zij artsen in hun privéomgeving hebben, geven verschillende participanten aan te schrikken van de hoogte van de werkdruk in de praktijk. Deze blijkt in de praktijk dusdanig hoog te zijn dat het van participanten vraagt keuzes te maken die ze vooraf niet zagen aankomen, illustreert het volgende citaat: *“Maar ik denk dat ik een beetje heb onderschat wat er onbewust toch veel meer bij komt kijken zeg maar. De werkdruk of hoe je een beetje kiest voor je leven in balans houden”* (R6). Participanten worstelen ermee een juiste balans te vinden.

Ontkrachte dilemma's

Lijn van de opleiding vs. lijn van de praktijk. Een eerste dilemma dat door veel participanten (80%) ontkracht wordt en door slechts enkelen (20%) bevestigd is, tussen hetgeen de coassistent eerder leerde gedurende de opleiding en wat later in de praktijk gebeurt. Hoewel verschillende participanten aangeven dat er sprake is van enige discrepantie, lijkt deze discrepantie meer te maken te hebben met de hoeveelheid aandacht die aan een thema besteed wordt en de mate waarin dit thema in de praktijk voorkomt – participant 20 vertelt: *“Dan wordt er heel veel aandacht besteed aan ... een heel zeldzaam iets waar je ook natuurlijk wel eens van gehoord moet hebben maar als je uiteindelijk in de praktijk kijkt ... bijvoorbeeld bij de neurologie, is het grootste deel wat je ziet zijn hernia's”* – of hoe uitvoerig een handeling, zoals lichamelijk onderzoek, wordt uitgevoerd. Participanten geven echter aan hier weinig moeite mee te hebben. Een enkeling benoemt zelfs expliciet het juist prettig te vinden dat het in de praktijk anders gaat: *“Weet je lichamelijk onderzoeken al dat soort dingen dat gaat gewoon allemaal niet zoals je het hebt geleerd. Het gaat allemaal veel sneller, veel fijner vind ik”* (R10).

Verwachtingen van sociale omgeving vs. praktijk. Wanneer gevraagd naar een eventueel dilemma tussen de heersende sociale verwachtingen en de praktijk blijken veel participanten (75%) hier geen dilemma te ervaren. Participanten benoemen veelal van hun omgeving veel begrip te ontvangen. Wel wordt benoemd dat naast de daadwerkelijke praktijk niet helemaal kennen en daarom niet altijd helemaal snappen: *“Ik denk dat ze op zich wel begrijpen wat ik doe maar ik denk niet dat ze helemaal begrijpen wat het wereldje in elkaar zit. Achter de schermen”* (R17). Participanten geven niet aan dit als storend te ervaren. Slechts enkele participanten (25%) benoemen wel een dilemma op het gebied van sociale verwachtingen te ervaren. Zo vertelt participant 4: *“Ja word je heel erg op een voetstuk gezet als je dus geneeskunde studeert. En is er eigenlijk weinig begrip voor de ongemakken.”* Bij de andere participanten komt dit dilemma weinig voor.

Emoties voelen vs. emoties onderdrukken. Hoewel alle participanten aangeven in meer of mindere mate emoties te ervaren tijdens hun coschap (100%), wordt door vrijwel niemand (10%) aangegeven dat zij moeite hebben met het onderdrukken van deze emoties. Er blijken allereerst grote verschillen te zitten tussen de manier waarop coassistenten deze emoties ervaren. De emoties zijn bij de ene participant heftiger aanwezig dan bij de andere participant en daarnaast zijn er grote verschillen in de mate waarin participanten deze emoties onderdrukken. Waar de één zijn emoties de vrije loop laat – *“Ikzelf ga echt bijna altijd janken als patiënten moeten huilen”* (R1) – kiest de ander ervoor de emoties niet te laten zien. Toch geven veel coassistenten (90%) aan het gevoel te hebben dat ze met de ervaren emoties wel ergens binnen het ziekenhuis terecht kunnen, ofwel bij collega's ofwel bij de begeleiding die bij het coschap wordt aangeboden, zo illustreert het volgende citaat: *“Ja bij de patiënt mag je niet zoveel emoties niet zoveel emoties laten zien. ... Maar achteraf valt het wel altijd te bespreken met iemand”* (R9). Participanten hebben dus weinig moeite met het onderdrukken van de eigen emoties.

Student vs. dokter. Wanneer gevraagd naar het dilemma dat zich eventueel voor kan doen door het feit dat de coassistent nog student is maar door patiënten als arts wordt gezien, blijkt dat participanten hier vrijwel nooit moeite mee hebben (85%). Hoewel het wel vaak voorkomt dat een patiënt hen aanspreekt als arts of vragen stelt waarop de participant het antwoord niet weet, geven nagenoeg alle participanten aan geen enkele moeite te hebben om aan te geven dat zij de coassistent zijn en dus het antwoord nog niet weten. Zo vertelt participant 11: *“Ik zeg het altijd eerlijk dat je het niet weet ... En dan overleg ik het gewoon en dan kom ik terug. En ze begrijpen het ook allemaal want je bent ook in opleiding”*. Slechts een enkeling (15%) geeft aan het als vervelend te ervaren dat patiënten een bepaalde verwachting van hen hebben en dat zij in die verwachting niet kunnen voorzien, maar bij het overgrote deel van de participanten komt dit dilemma niet voor.

Nieuwe dilemma's

Iets willen bijdragen vs. nutteloos voelen. Een dilemma dat vaak benoemd wordt (75%) heeft te maken met het feit dat participanten zich tijdens het lopen van een coschap bijzonder vaak nutteloos voelen. Hoewel ze graag iets bij willen dragen, beschrijven participanten praktijksituaties waarin zij het gevoel hebben er simpelweg bij te staan en niet daadwerkelijk iets toe te voegen: *“En je zit er maar gewoon vaak een beetje. Of je staat er maar een beetje bij. Zonder dat je echt inbreng hebt”* (R1). Typerend is daarbij het voorbeeld dat de participant het gevoel heeft enkel 'op het krukje te zitten', waarbij de coassistent naast de specialist op een krukje plaatsneemt terwijl deze het gesprek voert. Het feit dat de coassistent, zeker in de beginfase van de studie, het gevoel heeft weinig bij te dragen, levert een belangrijk dilemma op. Het leidt tot verveling en daarnaast het gevoel nutteloos te zijn. Veel participanten (70%) geven aan dat dit iets is waar zij op dagelijkse basis tegenaan lopen: *“Ik merkte van alle coschappen wel ... dat je gewoon heel veel tijd toch niks te doen hebt. En dat is wel, dat vond ik eigenlijk het vervelendst van coschappen lopen, het vervelen.”* (R10). Het nutteloze gevoel

gaat voor sommige participanten zelfs verder en leidt ertoe dat zij het gevoel hebben tot last te zijn, zo vertelt participant 2: *“Ik voel me zelfs vaak ook dat je eerder alleen maar in de weg staat of zoiets dan dat je echt een beetje nuttig bezig bent”*. Beide situaties leiden tot een belangrijk dilemma waarbij de coassistent enerzijds erg graag iets bij wil dragen maar anderzijds op dagelijkse basis ervaart nutteloos te zijn.

Beoordeeld worden op persoon vs. beoordeeld worden op prestaties. Een tweede nieuw dilemma dat bij verschillen participanten (45%) naar voren komt, heeft betrekking op het gevoel beoordeeld te worden op persoonlijkheid in plaats van beoordeeld te worden op prestaties. Hoewel dit dilemma vaak naar voren komt, gebeurt dat in de interviews veelal impliciet. Participanten lijken dit dilemma niet altijd exact te kunnen benoemen. Een aantal participanten doet dit wel, bijvoorbeeld als volgt: *“Ik denk dat als ze je echt mogen dat je dan toch anders benaderd wordt dan als ze je toch al niet mogen... Dat zie je ook vaak als er iemand een co een keertje ter sprake is gekomen tijdens de welbekende co-bespreking dan ja dan gaat diegene het lastig krijgen”* (R10). Het feit dat participanten het gevoel hebben niet alleen op prestaties beoordeeld te worden maar ook op hun persoonlijkheid levert voor hen een dilemma op. Enerzijds wordt van hen verwacht dat ze op professioneel vlak goed handelen en anderzijds hebben zij het gevoel op persoonlijk en sociaal vlak te moeten presteren.

Dit dilemma komt ook terug wanneer participanten spreken over hun toekomstplannen zoals het in opleiding komen binnen een ziekenhuis. Ook daarbij hebben verschillende coassistenten het gevoel dat het er meer aan ligt wie je binnen het vakgebied kent dan jouw daadwerkelijke prestaties, zo blijkt uit het volgende: *“Als jij in opleiding wil komen is het nog steeds lijntjes hebben. Je moet gewoon mensen kennen en connecties hebben. Hoe stom dat ook is”* (R14). Participanten hebben het gevoel ook op dit vlak te moeten presteren om in opleiding te kunnen komen.

Het perfect willen doen vs. niet perfect zijn. Verschillende participanten (35%) geven aan het moeilijk te vinden dat ze graag dingen goed – al dan niet perfect – willen doen maar dat dit vaak niet lukt. Participanten beschrijven dat ze graag laten zien dat ze dingen goed kunnen of weten, zoals participant 14 in het volgende citaat: *“Ik denk dat het moeilijkste is voor mij dat je elke dag de beste wil zijn. Je wil elke dag het beste van jezelf laten zien en je wil elke dag eigenlijk dat iedereen om je heen zoiets heeft van wow, die coassistent die heeft het door”*. Tijdens het lopen van coschappen worden zij echter continu geconfronteerd met het eigen gebrek aan kennis en kunde, wat ertoe leidt dat ze geregeld dingen fout doen. Hoewel dit onderdeel is van het leren in de praktijk geven verschillende participanten (35%) aan dit lastig te vinden: *“Het is laat maar zeggen jammer want dan moet je dus toegeven dat je iets niet weet en dan voel je je een beetje... een beetje alsof je gefaald hebt ofzo”* (R9). Het maken van fouten leidt bij verschillende participanten tot onzekerheid, zo illustreert het volgende citaat: *“Dan voelde ik me echt heel dom en dan dacht ik ook echt van ik ben veel dommer dan andere mensen uit mijn jaar”* (R19). Het dilemma leidt dan dus direct tot het ervaren van negatieve emoties als onzekerheid.

Gevoel te moeten excelleren vs. het nog moeten leren. Naast de eerder beschreven druk die coassistenten zichzelf opleggen, ervaren coassistenten ook grote druk van buitenaf om continu te moeten excelleren (70%). Hierdoor hebben coassistenten het gevoel dat zij het continu goed moeten doen, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. Participant 1 beschrijft dat als volgt: *“Dus je moet én in het ziekenhuis én daarbuiten excelleren je moet óók genoeg slapen je moet óók nog vriendjes hebben je moet ook nog dit je moet ook nog... Er is zoveel dat je moet doen en... En alles moet goed zijn”*. Dat gevoel om continu te moeten excelleren hangt sterk samen met het gevoel continu beoordeeld te worden en die beoordelingen te willen halen. Participant 3 benoemt: *“Ik ben zelf best wel beoordelingsgericht dus dan heb je een soort van wel de hele tijd het gevoel van oké ik moet hier dus even shinen want diegene zit erbij”*. Het gevoel continu beoordeeld te worden, en de druk die dat voor

coassistenten met zich meebrengt om te moeten excelleren, leidt ertoe dat het voor coassistenten moeilijk is te accepteren dat zij nog lerende zijn en dat fouten maken er dus af en toe bij hoort.

Invloed van dilemma's op welzijn

De vraag die rest is in hoeverre de eerder beschreven dilemma's het welzijn van coassistenten beïnvloeden. Om dat vast te stellen is gekeken of coassistenten spreken van negatieve emoties. Participanten geven vaak (85%) aan dat zij de dilemma's als vervelend ervaren. Daarbij worden de woorden 'frustratie' (45%) en 'vermoeiend' (20%) meermaals gebruikt. Coassistenten geven daarnaast aan dat de dilemma's leiden tot een onzeker gevoel (30%).

Opvallend is daarbij dat beginnend coassistenten vaker aangeven bepaalde dilemma's als vervelend te ervaren. De verhalen van meer ervaren coassistenten die terugblikken op hun eerdere coschappen sluiten hierop aan. Zij vertellen dat ze tijdens hun eerste jaren veel meer last hadden van dilemma's maar die inmiddels minder sterk ervaren of daar beter mee om kunnen gaan: *“Dat heb ik geleerd dus daarom weet ik nu veel beter dingen te relativieren of in te schatten en dan is coschap een stuk chiller”* (R15). Coassistenten die verder zijn in het lopen van coschappen ervaren dus minder last van de beschreven dilemma's.

Coping strategieën

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de meest gebruikte coping strategieën door participanten. In het volgende worden deze strategieën verder toegelicht.

Tabel 4 - Overzicht coping strategieën participanten

	Cognitief	Gedragsmatig
Tijdens werk	Acceptatie (60%), negeren (40%), relativieren (35%)	Minder hard werken (55%), harder werken (25%), steun van collega's zoeken (85%), uitspreken (20%)
Buiten werk	Relativeren (40%)	Zoeken van afleiding in activiteiten (60%), steun van naasten zoeken (75%)

Tijdens werktijd – cognitief

Wanneer we kijken naar het cognitieve copen van participanten gedurende een werkdag, dus wanneer zij zich op het coschap bevinden, zijn een drietal dominante mechanismen zichtbaar namelijk (1) acceptatie (60%), (2) negeren (40%) en (3) relativieren (35%).

Acceptatie. Het meest voorkomende cognitieve coping mechanisme dat participanten inzetten gedurende een werkdag is acceptatie van de gang van zaken, bijvoorbeeld het accepteren van de manier waarop ze behandeld worden of het accepteren van de eigen gemaakte fouten. Bij vrijwel elk van de eerder beschreven dilemma's komt acceptatie voor. Participant 15 geeft aan: *“Kennelijk is dit zoals het gaat. Ja dan accepteer je het en dan ga je gewoon weer door”* en participant 7 vertelt: *“Ja het zijn gewoon veel dingen waarvan je ook als co gewoon weet van dit hoort erbij, dit weet je van tevoren al, dit hoort erbij, het zijn lange dagen. Ja dat accepteer je dan maar”*. Participanten kiezen er in deze gevallen dus voor de gang van zaken te accepteren.

Negeren. Een tweede cognitieve coping strategie die participanten tijdens het werk hanteren is het ervoor kiezen bepaalde zaken te negeren, zo vertelt participant 1: *“Het is gewoon een kwestie van dat zoveel mogelijk proberen te negeren.”* Participanten kiezen er in veel gevallen voor dingen te laten

gebeuren en er niet te veel aandacht aan te besteden. Zij merken dilemma's op maar besteden hier vervolgens geen aandacht aan en leggen ze naast zich neer.

Relativeren. Een laatste veelgebruikt cognitief coping mechanisme dat participanten (40%) tijdens het lopen van het coschap gebruiken is relativeren. Daarbij trachten ze de dilemma's die optreden in context te plaatsen om zo de negatieve gevoelens die bij de dilemma's komen kijken te doen afnemen: *“Als je dan heel eerlijk bent naar jezelf dan denk je ook wel oké ik moet het ook allemaal een beetje met een korreltje zout nemen”* (R18).

Opvallend daarbij is dat meer ervaren coassistenten er beter in lijken te slagen dit coping mechanisme toe te passen. Verschillende oudere coassistenten (25%) benoemen dat zij dit in hun eerste jaren veel moeilijker vonden maar nu merken dat dit hen gemakkelijker afgaat, zo illustreert het volgende citaat: *“Zoals in jaar 3, toen ik ermee begon, vond ik dat wel heel erg. Omdat je denkt ik ben als persoon niet goed. Maar naarmate je ja nu in jaar 5, je weet gewoon dat het niet persoonlijk is dus je doet het echt voor jezelf en je eigen ontwikkeling”* (R11). Ervaren coassistenten passen dit coping mechanisme dan ook meer toe.

Tijdens werktijd – gedragsmatig

Naast dat participanten cognitieve coping mechanismes hanteren, copen zij gedragsmatig met de eerder beschreven dilemma's die zich voordoen. Hoewel een grote verscheidenheid zit in de manier waarop participanten dit doen, zijn vier dominante mechanismen zichtbaar: (1) minder hard werken (55%), (2) nog harder werken (25%), (3) steun van collega's (85%), en (4) uitspreken (20%).

Minder hard werken. Verschillende participanten (55%) geven aan dat zij er geregeld voor kiezen wat minder hard te werken wanneer de ervaren dilemma's te hoog oplopen. Dat minder harde werken kan zich op verschillende manieren uiten. Sommige participanten melden zich wel eens een dag ziek – *“Nouja ik meldde me wel altijd per coschap minimaal 1 x ziek... Je moet een beetje tijd voor jezelf hebben”* (R5) –, komen wat later – *“Echt schijnt dat je [er] elke dag van 8 tot 6 uur moet zijn, als ik een keer om 9 uur wil komen en het kan dan kom ik gewoon om 9 uur”* (R1) –, of doen gedurende de dag wat rustiger aan: *“Op gegeven moment gewoon heb ik er minder moeite in gestoken en ben ik heel veel koffie gaan drinken met een andere co die het ook geen leuk coschap vond”* (R9). Met name wat meer ervaren coassistenten passen deze strategie toe.

Harder werken. Tegenhanger van het eerder beschreven minder hard werken is het coping mechanisme harder werken (25%). Dit mechanisme wordt met name door wat onervaren coassistenten toegepast. Zij geven aan dat wanneer zich een dilemma voordoet, met name dilemma's die te maken hebben met hun eigen presteren, zij geneigd zijn nog harder hun best te doen, zo vertelt participant 3: *“En ik kon het niet echt hebben dat ik het niet kon. Dus toen dacht ik nou dan ga ik gewoon extra veel naar die kamer toe en extra veel infusen prikken.”* Meer ervaren coassistenten lijken deze strategie vrijwel niet toe te passen.

Steun van collega's zoeken. Vrijwel alle participanten (85%) benoemen dat zij, wanneer ze te maken hebben met één of meer van de eerder beschreven dilemma's, op zoek gaan naar steun van collega's binnen het ziekenhuis. Met name mede-coassistenten blijken daarin erg belangrijk (85%), zo blijkt uit het volgende citaat: *“Meestal ga ik lekker een koffie drinken met de andere coassistenten en even klagen en dan gaan we daarna weer verder”* (R16). Afhankelijk van de ervarenheid van de coassistent kunnen dit ook andere collega's zijn. Beginnende coassistenten zijn sneller geneigd deze steun bij mede-coassistenten te zoeken, terwijl coassistenten die al langer in het ziekenhuis lopen hiervoor ook arts-assistenten aanspreken (25%). Dat zij hiervoor arts-assistenten aanspreken betekent

overigens niet dat ze de steun niet langer bij mede-coassistenten zoeken, die behoefte blijft bestaan.

Uitspreken. Een laatste coping reactie betreft het uitspreken van bepaalde frustraties of gevoelens. Een mechanisme dat haaks staat op het eerder beschreven negeren en accepteren, die vaker worden gehanteerd. Bij het uitspreken kiest een participant ervoor iets te zeggen van hetgeen hij of zij lastig of verkeerd vindt. Slechts een aantal coassistenten (20%) hanteert deze strategie. Zij beschrijven zich bewust uit te spreken wanneer zij dilemma's ervaren om zo de spanning op te kunnen lossen.

Redenen om deze strategie bewust niet te gebruiken worden echter veelvuldig genoemd en zijn niet éénduidig. Ze hebben te maken met onzekerheid over de eigen positie – zo blijkt uit het volgende citaat: *“Dan denk ik ja ik zal wel dom zijn. Ik zal het wel niet goed hebben”* (R14) – of het opkijken tegen de specialist die vervolgens ook de beoordeling doet, vertelt participant 17: *“Omdat mensen dan vooral ook denken ik moet ook weer niet te hard tegengas geven want dat kan mij dan weer m'n plekje kosten.”* Participanten kiezen er daarom vaker voor zich niet uit te spreken.

Buiten werktijd – cognitief

De cognitieve coping mechanismen die participanten hanteren wanneer zij geen werk uitvoeren en dus niet op coschap zijn, lijken sterk overeen te komen met de strategieën die zij toepassen wanneer zij dat wel zijn. Buiten het coschap maken zij echter wat meer gebruik van relativeren (40%) in een poging om te gaan met de ervaren dilemma's.

Relativeren. Met name relativeren wordt door veel participanten (40%) als mechanisme gebruikt. Zij geven aan ook wanneer zij thuiskomen van coschap na te denken over de dilemma's en daaruit volgende negatieve emoties en ze dan proberen te relativeren, zo illustreert het volgende citaat: *“Dat ik gewoon op een gegeven moment denk van ja er zijn mensen die het ook wel zwaarder hebben en ik heb het nog leuk en er gaan nog dingen goed”* (R14). Een andere participant vertelt: *“Dus dan denk ik ja ik kan me hier heel rot over gaan zitten voelen alleen daar heb ik echt alleen maar mezelf mee en ik kan er ook niks aan veranderen. Dus dan kan ik het maar beter loslaten”* (R20). Door bij thuiskomst de gebeurtenissen van de dag te relativeren, lukt het participanten beter de dilemma's van zich af te zetten.

Buiten werktijd – gedragsmatig

Participanten lijken buiten het werk met name op gedragsmatige wijze om te gaan met de dilemma's die ze door het lopen van een coschap ervaren. Dit doen zij op twee verschillende manieren: (1) het zoeken van afleiding in activiteiten (60%) en (2) steun van naasten zoeken (75%).

Zoeken van afleiding in activiteiten. Veel participanten (60%) geven aan dat zij als zij thuiskomen van coschap er bewust voor kiezen activiteiten te ondernemen. Dit kunnen verschillende activiteiten zijn, zoals het bespelen van een instrument of sporten. Participant 1 doet dit als volgt: *“Ik ga tegenwoordig bijna elke dag na coschap ga ik sporten. Heb je net even dat stukje tussen coschap en huis dat je dingen niet mee naar huis neemt maar dat je het even helemaal eruit zweet.”* Participanten geven aan dat het doen van andere activiteiten de aandacht van het coschap afleidt, zodat ze de eventuele negatieve emoties ook niet ervaren.

Steun van naasten zoeken. Een tweede coping reactie die vrijwel alle participanten (75%) omschrijven is het zoeken van steun bij naasten. Dit kunnen bijvoorbeeld ouders, vrienden of een partner zijn: *“Met mijn vriend dat ik er over praat van waar ik tegen aanloop of wat ik vervelend vind ... Dan ben ik even mijn frustraties kwijt”* (R15). Participanten beschrijven (15%) negatieve gevolgen wanneer het niet mogelijk is deze sociale contacten in stand te houden, bijvoorbeeld door een interne plaatsing (plaatsing in ziekenhuis in de periferie waardoor participant gedwongen is te verhuizing).

Participant 6 beschrijft: *“Dus dan was je sociale leven helemaal op 0. Ik merk wel dat dan, dus zeg maar de spanningen komen dan wel hoger te liggen dan hier. Omdat je gewoon in je eigen thuissituatie bent en 's avonds gewoon je vrienden kan zien.”* Participanten lijken er negatieve gevolgen van te ondervinden als zij door omstandigheden niet in staat zijn dit mechanisme toe te passen.

Invloed van coping strategieën op welzijn

Coassistenten hanteren verschillende coping reacties in een poging om te gaan met de negatieve emoties die dilemma's rondom het ontwikkelen van een professionele identiteit met zich meebrengen. De mate waarop de coping reacties leiden tot het daadwerkelijke afnemen van deze emoties blijkt te verschillen. Bij de meeste gehanteerde coping reacties (75%) geven participanten aan dat het de negatieve emoties doet afnemen. De belangrijkste coping reacties die daarbij een rol spelen, zijn het zoeken van afleiding (60%), het zoeken van steun van het netwerk (75%) en acceptatie (60%). Participanten geven aan dat deze mechanismen de negatieve emoties doen afnemen, zo beschrijft participant 12 over het praten met naasten: *“Dat doet wel goed.”*

Er is echter ook sprake van coping reacties die leiden tot een toename van de negatieve emoties (25%). Verschillende coassistenten (20%) beschrijven dat het bewust kiezen voor het stopzetten van nevenactiviteiten leidde tot een toename van negatieve emoties, zo illustreert het volgende citaat: *“Ik merkte dat ik dat toen zo erg miste dat het er een beetje bovenop kwam”* (R7) en beschrijft participant 19: *“Ik denk dat ik ook wel extreem gefocust was op coschap en zo weinig erbuiten deed dan is dus ook alles wat fout gaat, dat wordt ook heel erg groot, omdat je niks hebt qua afleiding ofzo”*. Soortgelijke negatieve gevolgen worden benoemd bij het coping mechanisme ‘harder werken’ (20%), zo vertelt een participant: *“Dan was ik gestrest en dan probeerde je nog beter je best te doen. Dan nam ik ook soms wel iets te veel hooi op mijn vork”* (R8). Het harder werken leverde de coassistent enkel toegenomen negatieve emoties op.

Invloed van professionele identiteit op coping strategieën

Hoewel niet eerder in de theorie toegelicht, blijkt uit de empirie dat het veel coassistenten, naarmate de coschappen vorderen, beter aangaat om te gaan met de dilemma's die het coschap met zich meebrengt (60%). Hiervoor kunnen verschillende oorzaken onderscheiden worden: (1) Zekerder over eigen kunnen (35%), (2) beter weten wat wel en niet kan (40%), en (3) veranderende houding (35%).

Zekerder over eigen kennis en kunde. Ervaren coassistenten beschrijven hoe ze zich over de jaren heen steeds zekerder zijn gaan voelen over het eigen kunnen. Door hun toegenomen kennis en vaardigheden, hebben zij het gevoel zelfverzekerder te zijn, zo illustreert het volgende citaat: *“Nu kan je meer je kan meer doen en omdat je meer weet, meer vaardigheden hebt, ook gewoon wat sterker in je schoenen staat denk ik”* (R15). Die zelfverzekertheid helpt bij het omgaan met dilemma's tijdens het coschap. Zo geven enkele ervaren coassistenten (15%) aan dat ze er beter door in staat zijn zich uit te spreken over bepaalde zaken die ze als vervelend ervaren: *“In het begin vond ik dat lastiger omdat ik dacht van oh dat kan ik niet zomaar doen want dan voel je je een beetje een onderdanig persoon. ... Maar in de loop van de tijd leer je wel wat meer om zelf duidelijk concrete leerdoelen op te stellen en jouw eigen werkmethode”* (R6). Het lukt deze coassistenten beter andere coping strategieën te hanteren wanneer een dilemma zich voordoet.

Beter weten wat wel en niet kan. Een tweede factor die meespeelt in het beter kunnen omgaan met de dilemma's die zich tijdens coschap voordoen, is het naar verloop van tijd beter weten wat wel en niet kan. Dit heeft te maken met het leren kennen van de gang van zaken binnen het ziekenhuis en daardoor beter kunnen inschatten hoe de participant daar op kan reageren. Dat leidt tot

de mogelijkheid om andere coping reacties in te zetten, bijvoorbeeld minder hard werken, zoals participant 4 beschrijft: *“Ik denk dat je vooral zelf als coassistent wordt je gewoon veel beter in inschatten wanneer je ergens weg kan. Waar je in het begin nog alles braaf af zit te wachten ... ga je gewoon ook meer zelf keuzes maken.”*

Veranderende houding ten opzichte van het coschap. Een derde verandering die coassistenten beschrijven is het veranderen van de houding ten opzichte van het coschap. Participanten vertellen dat ze een houding ontwikkelen waarmee ze zich minder aantrekken van het de situatie en zich meer op de eigen ontwikkeling focussen, bijvoorbeeld in het volgende citaat: *“[ik had] vaker dat ik me zorgen maakte van wat vinden andere mensen van me. En nu kan ik dat meer loslaten. Niet wat vindt een arts van mij maar wat kan ik hieruit opsteken? Wat brengt het mij in plaats van wat laat ik zien aan anderen”* (R17). Door de veranderende houding lukt het participanten beter zichzelf op de eerste plek te zetten.

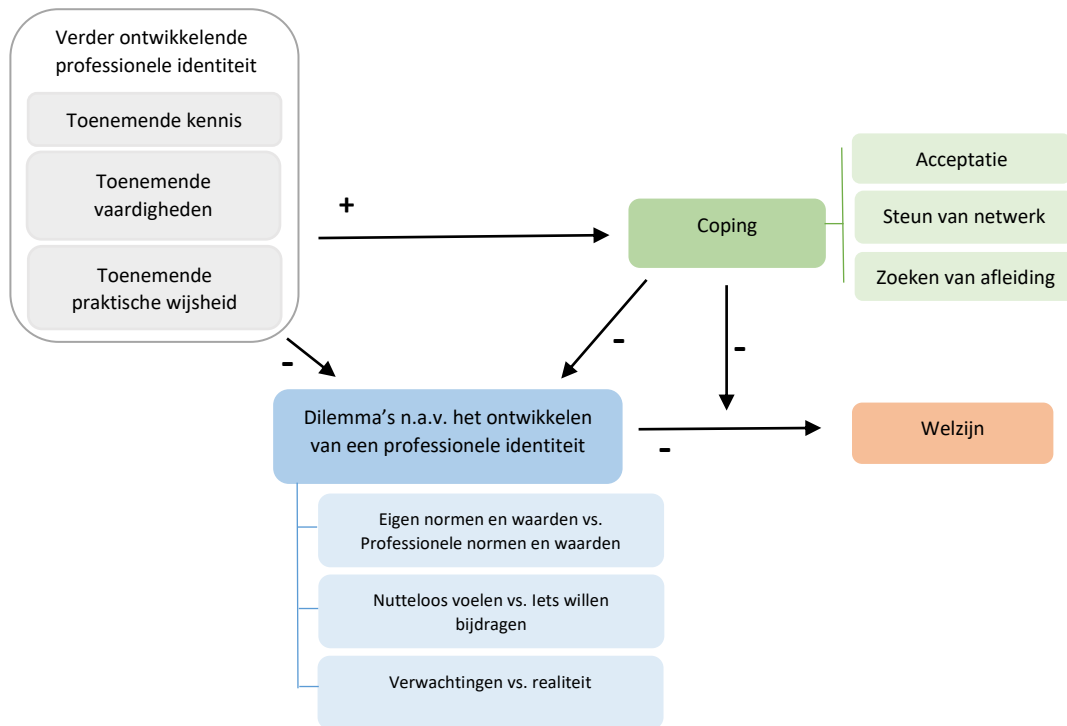
De veranderingen die participanten benoemen en die hen helpen beter om te gaan met de aanwezige dilemma's komen sterk overeen met de aspecten die Hilton en Slotnick (2005, p. 39) beschrijven waarop een professional zich gedurende zijn loopbaan steeds verder ontwikkelt. Zo ontwikkelt een professional in wording steeds meer inhoudelijke kennis en vaardigheden, iets wat verschillende participanten (35%) beschrijven. Daarnaast leggen Hilton en Slotnick (2005) in het bijzonder nadruk op het ontwikkelen van praktische wijsheid: weten hoe ver je kan gaan en welke regels gebroken kunnen worden. Dit vertoont sterke gelijkenis met wat participanten omschrijven als 'beter weten wat wel en niet kan'.

Herzien theoretisch model

Op basis van de uiteengezette bevindingen kan het eerder opgestelde theoretische model ingevuld en aangepast worden. Om te beginnen zijn in dit model de belangrijkste dilemma's die door coassistenten benoemd zijn, weergegeven. Daarnaast zijn ook de belangrijkste coping mechanismen weergegeven. Waar de relatie tussen de coping reacties en de dilemma's en welzijn in het conceptuele model (zie figuur 1) zowel positief als negatief konden zijn, is ervoor gekozen in het ingevulde model enkel de coping reacties weer te geven die volgens coassistenten het beste werken. Dit betekent dat dit coping reacties zijn die de dilemma's en de negatieve invloed van de dilemma's op welzijn doen verminderen. Zie bijlage 1, figuur 1 voor een toevoeging van coping reacties die de dilemma's en de negatieve invloed van de dilemma's op welzijn doen toenemen.

Daarnaast was in het eerdere model geen relatie zichtbaar tussen het ontwikkelen van een professionele identiteit en de manier waarop participanten omgaan met de dilemma's die bij deze ontwikkeling een rol spelen. Uit het voorgaande blijkt echter dat het ontwikkelen van deze identiteit wel degelijk effect heeft op het omgaan met dilemma's. Gedurende het lopen van coschappen ontwikkelen coassistenten kennis, vaardigheden en praktische wijsheid. Dit stelt hen in staat andere en wellicht betere coping mechanismes toe te passen, waardoor zij de dilemma's als minder vervelend ervaren en deze een minder grote invloed hebben op hun welzijn. Vergeleken met het eerdere theoretisch model bevat dit model dan ook één belangrijke aanpassing: in het model is een nieuwe relatie opgenomen tussen het vormen van een professionele identiteit en coping, waarbij een toenemende professionele identiteit leidt tot een groter vermogen om op een juiste manier met de dilemma's om te gaan.

Figuur 2 – Ingevuld en herzien theoretisch model



Discussie

Allereerst is aandacht besteed aan de vraag welke dilemma's het ontwikkelen van een professionele identiteit voor coassistenten oplevert. Een eerste conclusie die uit de empirische resultaten kan worden getrokken, is dat coassistenten, zoals aan de hand van eerder onderzoek bij beginnend docenten al werd verwacht (Pillen et al., 2013), te maken hebben met verschillende dilemma's omtrent het ontwikkelen van een professionele identiteit. Opvallend is daarbij dat niet alle uit de literatuur afgeleide dilemma's in de praktijk een rol blijken te spelen. Er kan onderscheid worden gemaakt tussen bevestigde dilemma's, ontcrachte dilemma's en nieuwe dilemma's (zie tabel 3). In lijn met wat Pillen et al. (2013) vaststelden bij beginnend docenten, leiden de aanwezige dilemma's ook bij coassistenten tot vervelende gevoelens, frustraties en zijn ze van invloed op hun welzijn. Deze negatieve gevoelens komen meer voor bij beginnende coassistenten dan bij participanten die al langer coschappen lopen.

Een tweede vraag die in dit onderzoek is behandeld, is hoe coassistenten omgaan met de eerder beschreven dilemma's. Zij doen dit door middel van verschillende coping reacties. Deze reacties zijn, aan de hand van Tummers et al. (2015), onder te verdelen in cognitief en gedragsmatig enerzijds en gedurende en buiten het werk anderzijds. De belangrijkste gedragsmatige coping reacties die coassistenten hanteren zijn het zoeken van steun bij het netwerk – zowel gedurende en buiten werktijd –, het zoeken van afleiding – buiten werktijd – en het minder hard werken – tijdens werktijd. De belangrijkste cognitieve coping reacties zijn het accepteren en relativeren van de situatie, zowel gedurende als buiten werktijd.

Tot slot is bekeken hoe coping de invloed van de dilemma's op het welzijn van de coassistent beïnvloedt. De verschillende coping reacties kunnen zowel een positieve (Maslach et al., 2001) als een negatieve (Day & Livingston, 2001) invloed hebben op het welzijn. Zichtbaar is dat met name onervaren coassistenten coping mechanismen hanteren die zorgen voor een toenemende negatieve invloed van de dilemma's op het welzijn, zoals harder werken en het stopzetten van het sociale leven. Wat meer ervaren coassistenten lijken deze dilemma's minder te ervaren en het lukt hen beter hiermee om te gaan, bijvoorbeeld door minder hard te werken of steun te zoeken bij het netwerk. Coassistenten geven hiervoor verschillende oorzaken – zekerder zijn over eigen kennis en kunde, beter weten wat wel en niet kan, veranderende houding ten opzichte van het coschap en beter contact met collega's – die sterk overeenkomen met de verschillende aspecten die Hilton en Slotnick (2005) noemen als onderdeel van een professionele identiteit.

Beperkingen

Dit onderzoek kent verschillende beperkingen die tevens een startpunt bieden voor het doen van vervolgonderzoek. Er worden enkele suggesties gedaan. Het onderzoek kent een eerste beperking in het feit dat dataverzameling op één moment heeft plaatsgevonden. Participanten is daarom gevraagd terug te kijken op eerdere periodes van hun opleiding, maar herinneringen kunnen wellicht vertroebeld zijn. Vervolgonderzoek zou daarom aan de hand van een longitudinaal design kunnen worden uitgevoerd, waarbij participanten zowel in hun eerste als in hun laatste jaar worden geïnterviewd. Participanten hoeven dan niet terug te kijken op het verleden maar enkel tijdens beide interviewmomenten over het heden te vertellen. Deze resultaten worden vervolgens met elkaar vergeleken. Op die manier kan de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot worden.

Een tweede beperking hangt samen met het feit dat gekozen is voor kwalitatief onderzoek. Hoewel het kwalitatieve karakter van het onderzoek ertoe heeft geleid dat veel extra informatie rondom de dilemma's is verkregen, kan een verdere kwantitatieve uitwerking een toevoeging bieden. Zo kan de manier waarop coassistenten copen met deze blootgelegde dilemma's kwantitatief worden onderzocht, zodat hardere conclusies kunnen worden getrokken over de meest gebruikte coping

reacties en de variabelen die hierop van invloed zijn, zoals geslacht en leeftijd.

Een derde beperking is dat de bevindingen van dit onderzoek wellicht weinig zeggen over coassistenten in een andere – bijvoorbeeld internationale – context. Het onderzoek is uitgevoerd binnen één Nederlands academisch ziekenhuis. Hoewel het overdragen van resultaten ook niet noodzakelijkerwijs één van de doelen van dit onderzoek was, zou vervolgonderzoek zich kunnen richten op andere ziekenhuizen, zowel in binnen- als buitenland. Op die manier wordt het onderzoek beter overdraagbaar naar coassistenten in andere ziekenhuizen.

Tot slot heeft dit onderzoek een verkennend karakter maar zegt het nog weinig over manieren waarop coassistenten beter ondersteund kunnen worden in het omgaan met deze dilemma's. Vervolgonderzoek zou aandacht kunnen besteden aan dit aspect. Daarnaast zouden de nieuw ontdekte dilemma's verder kunnen worden uitgewerkt.

Implicaties

Wetenschappelijke bijdrage

Dit onderzoek levert een belangrijke bijdrage aan de theorie over het ontwikkelen van een professionele identiteit, door één van de eerste onderzoeken te zijn dat focust op de eventuele negatieve aspecten van het ontwikkelen van een professionele identiteit. Waar eerder onderzoek vooral focust op de positieve aspecten van het vormen van een professionele identiteit (Cruess et al., 2014; Monrouxe, 2010) geeft dit onderzoek in het bijzonder ruimte aan negatieve aspecten. Het vormt daarmee een interessante tegenhanger in het bestaande onderzoek.

Daarnaast heeft het onderzoek op methodologisch vlak een interessante toevoeging, aangezien eerder onderzoek naar de dilemma's die een rol spelen bij het ontwikkelen van een professionele identiteit meer kwantitatief van aard was. Door in dit onderzoek een kwalitatieve insteek te hanteren, was ruimte voor het ontdekken van nieuwe dilemma's die aan de hand van een kwantitatieve studie niet zouden zijn blootgelegd.

Tot slot richtte dit onderzoek zich op een nog niet onderzochte groep. Waar eerder onderzoek naar een professionele identiteit werd uitgevoerd bij medisch studenten die nog niet aan hun stageperiode zijn begonnen (Wong & Trollope-Kumar, 2014) of volledig opgeleide artsen (Rosenblum et al., 2016) en onderzoek naar eventuele dilemma's werd uitgevoerd bij beginnend docenten (Pillen et al., 2013), lag de focus in dit onderzoek op coassistenten, een groep die nog niet eerder in relatie tot dit thema is bekeken.

Maatschappelijke implicaties

De maatschappelijke implicaties van dit onderzoek krijgen uitdrukking in aanbevelingen voor coassistenten, de opleiders en de professie in zijn geheel.

Aanbevelingen voor coassistenten. Een eerste aanbeveling voor coassistenten is dat zij zich voor moeten bereiden op het feit dat er zich gedurende het lopen van coschappen dilemma's voor gaan doen waar zij mee om zullen moeten gaan. In veel van de gesprekken kwam naar voren dat studenten vooraf een beperkt beeld hadden van het verloop van de opleiding en daardoor verrast werden door de vele dilemma's waar zij mee te maken kregen. Het is van belang dat coassistenten zich vooraf bewust zijn van het mogelijke ontstaan van deze dilemma's, zodat zij er niet door verrast worden en er op een bewuste wijze mee kunnen proberen te copen.

Een tweede aanbeveling betreft het ontwikkelen van een professionele identiteit. Hoewel niet alle aspecten van het worden van een professional, zoals opdoen van praktische wijsheid, actief kunnen worden nagestreefd, is dat voor een aantal aspecten wel mogelijk. Zo kan met name in de vooropleiding actief worden gewerkt aan het opdoen van kennis en vaardigheden. Op die manier

beweegt een coassistent zich eerder in de richting van professional wat het voor hem of haar makkelijker maakt met de aanwezige dilemma's om te gaan.

Aanbevelingen voor opleiders. Voor opleiders – zoals specialisten met wie coassistenten samenwerken – is het van belang dat zij zich bewust zijn van het feit dat het lopen van coschappen voor coassistenten een zware en uitdagende periode is. Aanwezige dilemma's kunnen een negatieve invloed hebben op het welzijn van medisch studenten (Pillen et al., 2013; Schaufeli & van Rhenen, 2006). Het is van belang dat opleiders zich bewust zijn van deze invloed zodat zij zich in kunnen zetten de negatieve invloed zo laag mogelijk te houden.

Aanbevelingen voor de professie. Een belangrijke manier die coassistenten beschrijven om om te gaan met eventueel aanwezige dilemma's, is het zoeken van steun van het netwerk. Eén van de partijen die binnen dit netwerk aanwezig is zijn de collega's op de werkvloer. Veel coassistenten geven aan het moeilijk te vinden deze groep te benaderen en enkel ervaren coassistenten durven bij deze groep steun te zoeken. Artsen dienen zich hiervan bewust te zijn en te proberen zich open te stellen voor coassistenten. Op die manier kunnen coassistenten ook bij deze groep steun zoeken om met de aanwezige dilemma's om te gaan.

Conclusie

Uit dit onderzoek blijkt dat coassistenten verschillende dilemma's ervaren tijdens het ontwikkelen van een professionele identiteit. De belangrijkste dilemma's die door een groot deel van de participanten worden ervaren zijn (1) Eigen normen en waarden vs. professionele normen en waarden, (2) Nutteloos voelen vs. iets bij willen dragen en (3) Verwachtingen vs. realiteit. Deze dilemma's leveren coassistenten negatieve gevoelens op, zoals frustratie en onzekerheid, die vervolgens een negatieve invloed hebben op het welzijn. In een poging met deze negatieve gevoelens om te gaan, hanteren coassistenten verschillende coping reacties. Zichtbaar is dat met name onervaren coassistenten hierbij coping reacties hanteren die op de lange termijn niet leiden tot afname van negatieve emoties, zoals harder werken of het stopzetten van het sociale leven. Wat meer ervaren coassistenten hanteren succesvollere coping mechanismen waarbij de drie belangrijkste zijn: (1) acceptatie, (2) het zoeken van steun bij netwerk en (3) het zoeken van afleiding. Naarmate coassistenten hun professionele identiteit beter weten te ontwikkelen – door het vergaren van kennis, vaardigheden en praktische wijsheid –, zijn de dilemma's minder aanwezig en lukt het hen op zo'n manier te copen dat de negatieve gevolgen van de aanwezige dilemma's een minder grote invloed op hun welzijn hebben.

Het ontwikkelen van een professionele identiteit kent daarmee een complexe dynamiek. Zoals verwacht levert het proces van het worden van een professional inderdaad moeilijkheden op voor coassistenten. Coassistenten ervaren dilemma's die leiden tot frustratie en het gevoel nutteloos te zijn en die een negatieve invloed hebben op hun welzijn. Maar anderzijds blijkt de toegenomen focus op het ontwikkelen van deze identiteit niet geheel onterecht. Wanneer participanten meer kennis, vaardigheden en praktische wijsheid vergaren, en zich daarmee steeds meer in de richting van professional bewegen, lukt het hen beter om te gaan met de aanwezige dilemma's. De professionele identiteit lijkt daarmee tweezijdig: het is enerzijds onderdeel van de oorzaak en anderzijds onderdeel van de oplossing voor het ontstaan van welzijnsproblemen bij coassistenten. Het brengt een extra complexe dimensie aan in het lopen van coschappen, het zitten op de kruik, en vormt daarmee de crux van de kruik.

Referenties

- Bandini, J., Mitchell, C., Epstein-Peterson, Z. D., Amobi, A., Cahill, J., Peteet, J., ... Balboni, M. J. (2017). Student and Faculty Reflections of the Hidden Curriculum: How Does the Hidden Curriculum Shape Students' Medical Training and Professionalization? *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(1), 57–63.
- Beijaard, D., Meijer, P. C., & Verloop, N. (2004). Reconsidering research on teachers' professional identity. *Teaching and Teacher Education*, 20(2), 107–128.
- Birden, H., Glass, N., Wilson, I., Harrison, M., Usherwood, T., & Nass, D. (2014). Defining professionalism in medical education: A systematic review. *Medical Teacher*, 36(1), 47–61.
- Boeije, H. R., 't Hart, H., & Hox, J. (2009). *Onderzoeksmethoden*. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Bryman, A. (2012). *Social Research Methods*. Oxford University Press.
- Conijn, M., Boersma, H. J. M. V., & van Rhenen, W. (2015). Burnout in Dutch medical students: prevalence and causes. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 159.
- Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L., & Steinert, Y. (2014). Reframing medical education to support professional identity formation. *Academic Medicine*, 89(11), 1446–1451.
- Cruess, R. L., Cruess, S. R., Boudreau, J. D., Snell, L., & Steinert, Y. (2015). A Schematic Representation of the Professional Identity Formation en Socialization of Medical Students and Residents. *Academic Medicine*, 90(6), 718–725.
- Cruess, R. L., Cruess, S. R., & Steinert, Y. (2009). *Teaching Medical Professionalism*. Cambridge University Press.
- Cruess, S. R., & Cruess, R. L. (1997). Professionalism must be taught. *British Medical Journal*, 315(December), 1671–1674.
- Day, A. L., & Livingston, H. A. (2001). Chronic and acute stressors among military personnel : Do coping styles buffer their negative impact on health ? *Journal of Occupational Health Psychology*, 6(4), 348–360.
- Dunn, L. B., Iglewicz, A., & Moutier, C. (2008). A conceptual model of medical student well-being: Promoting resilience and preventing burnout. *Academic Psychiatry*, 32(1), 44–53.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Harper, W., Massie, F. S., Power, D. V., Eacker, A., ... Shanafelt, T. D. (2009). The learning environment and medical student burnout: A multicentre study. *Medical Education*, 43(3), 274-282.
- Dyrbye, L. N., Thomas, M. R., Huntington, J. L., Lawson, K. L., Novotny, P. J., Sloan, J. a, & Shanafelt, T. D. (2006). Personal life events and medical student burnout: a multicenter study. *Academic Medicine : Journal of the Association of American Medical Colleges*, 81(4), 374–384.
- Erikson, E. H. (1964). *Insight and Responsibility*. New York: W. W. Norton & Company.
- Firth, J. (1986). Levels and sources of stress in medical students. *British Medical Journal (Clinical Research Ed.)*, 292(6529), 1177–1180.
- Gaufberg, E. H., Batalden, M., Sands, R., & Bell, S. K. (2010). The hidden curriculum: What can we learn from third-year medical student narrative reflections? *Academic Medicine*, 85(11), 1709–1716.
- Goldie, J. (2012). The formation of professional identity in medical students: Considerations for educators. *Medical Teacher*, 34(9), 641-648.
- Goodwin, L. A. (1961). Snowball Sampling. *Annals of Mathematical Statistics*, 32(1), 148–170.

- Guba, E. G. (1981). Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *Educational Resources Information Center Annual Review Paper*, 29, 75–91.
- Hamel, E.-J. (2013). “Feminisering van de opleiding Geneeskunde is geen probleem.” Retrieved from <https://www.dub.uu.nl/nl/achtergrond/feminisering-van-de-opleiding-geneeskunde-geen-probleem>
- Hensel, W. A., & Dickey, N. W. (1998). Teaching professionalism: passing the torch. *Academic Medicine*, 73(8), 865–870.
- Hilton, S. R., & Slotnick, H. B. (2005). Proto-professionalism: How professionalisation occurs across the continuum of medical education. *Medical Education*, 39(1), 58–65.
- Källemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P., & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science and Medicine*, 58(6), 1075–1084.
- Kegan, R. (1982). *The Evolving Self: Problem en Processes in Human*. Cambridge: Harvard University Press.
- KNMG. (2007). Medische professionaliteit. *KNMG Manifest*, (April), 18. Retrieved from http://knmg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_100_TICH_R192020953120042
- Krefting, L. (1991). Trustworthiness. *The American Journal of Occupational Therapy*, 45(3), 214–222.
- Latack, J. C., & Havlovic, S. J. (1992). Coping with job stress: A conceptual evaluation framework for coping measures. *Journal of Organizational Behavior*, 13(5), 479–508.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. A. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.
- Moffat, K. J., McConnachie, A., Ross, S., & Morrison, J. M. (2004). First year medical student stress and coping in a problem-based learning medical curriculum. *Medical Education*, 38(5), 482–491.
- Monrouxe, L. V. (2010). Identity, identification and medical education: Why should we care? *Medical Education*, 44(1), 40–49.
- Monrouxe, L. V., & Rees, C. E. (2012). “It’s just a clash of cultures”: Emotional talk within medical students’ narratives of professionalism dilemmas. *Advances in Health Sciences Education*, 17(5), 671–701.
- Niemi, P. M. (1997). Medical students’ professional identity : self-reflection during the preclinical years. *Medical Education*, 31, 408–415.
- Noordegraaf, M. (2007). From “Pure” to “Hybrid” Professionalism. *Administration & Society*, 39(6), 761–785.
- Noordegraaf, M., van Loon, N., Heerema, M., & Weggemans, M. (2015). Professioneel vermogen. *Beleid En Maatschappij*, 42(4), 287–309.
- Novack, D. H., Epstein, R. M., & Paulsen, R. H. (1999). Toward creating physician-healers. *Academic Medicine*, 74(5), 516–520.
- NVivo qualitative data analysis Software. (2012). QSR International Pty Ltd.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2-21.
- Pillen, M., Beijgaard, D., & den Brok, P. (2013). Tensions in beginning teachers’ professional identity

- development, accompanying feelings and coping strategies. *European Journal of Teacher Education*, 36(3), 240–260.
- Pratt, M. G., Rockmann, K. W., & Kaufmann, J. B. (2006). Constructing professional identity: The role of work and identity learning cycles in the customization of identity among medical residents. *Academy of Management Journal*, 49(2), 235–262.
- Rajuan, M., Beijaard, D., & Verloop, N. (2007). The role of the cooperating teacher: bridging the gap between the expectations of cooperating teachers and student teachers. *Mentoring & Tutoring: Partnership in Learning*, 15(3), 223–242.
- Roberts, L. W., Green Hammond, K. A., Geppert, C. M. A., & Warner, T. D. (2004). The positive role of professionalism and ethics training in medical education: a comparison of medical student and resident perspectives. *Academic Psychiatry*, 28(3), 170–182.
- Rosal, M. C., Ockene, I. S., Ockene, J. K., Barrett, S. V., Ma, Y., & Herbert, J. R. (1997). A longitudinal study of students' depression at one medical school. *Academic Medicine*, 72(6), 542–546.
- Rosenblum, N. D., Kluijtmans, M., & Ten Cate, O. (2016). Professional Identity Formation and the Clinician-Scientist: A Paradigm for a Clinical Career Combining Two Distinct Disciplines. *Academic Medicine*, 91(12), 1612–1617.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Rynnänen, K. (2001). *Constructing physician's professional identity - explorations of students' critical experiences in medical education*. Oulu: Oulu University Press.
- Scanlon, L. (2011). "Becoming" a Professional. In L. Scanlon (Ed.), *"Becoming" A Professional: An Interdisciplinary Analysis of Professional Learning*. (pp. 13–32). Dordrecht: Springer.
- Schaufeli, W. B., & van Rhenen, W. (2006). Over de rol van positieve en negatieve emoties bij het welbevinden van managers: Een studie met de Job-related Affective Well-being Scale (JAWS). *Gedrag & Organisatie*, 19, 323–344.
- Shenton, A. K. (2004). Strategies for ensuring trustworthiness in qualitative research projects. *Education for Information*, 22, 63–75.
- Swick, H. (2000). Towards a normative definition of medical professionalism. *Academic Medicine*, 75(6), 612–616.
- Toews, J. A., Lockyer, J. M., Dobson, D. J. G., Simpson, E., Keith W Brownell, A., Brenneis, F., ... Cohen, G. S. (1997). Analysis of stress levels among medical students, residents, and graduate students at four Canadian schools of medicine. *Academic Medicine*, 72(11), 997–1002.
- Tummers, L. L. G., Bekkers, V., Vink, E., & Musheno, M. (2015). Coping During Public Service Delivery: A Conceptualization and Systematic Review of the Literature. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 25(4), 1099–1126.
- van Thiel, S. (2010). *Bestuurskundig onderzoek. Een methodologische inleiding*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- van Twillert, M. (2017). Eén op de zes co's heeft last van burn-out. Retrieved from <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/een-op-de-zes-cos-heeft-last-van-burnout.htm>
- Volkman, M. J., & Anderson, M. A. (1998). Creating professional identity: Dilemmas and metaphors of a first-year chemistry teacher. *Science Education*, 82(3), 293–310.
- Weaver, R., Peters, K., Koch, J., & Wilson, I. (2011). 'Part of the team': professional identity and

social exclusivity in medical students, 1220–1229.

Wong, A., & Trollope-Kumar, K. (2014). Reflections: An inquiry into medical students' professional identity formation. *Medical Education*, 48(5), 489–501.

Bijlagen

Bijlage 1 – Tabellen & figuren

Tabel 1 – Overzicht theoretische dilemma's met voorbeelden

Dilemma	Voorbeeld
Verwachting vs. Realiteit (Rajuan et al., 2007; Wong & Trollope-Kumar, 2014)	De coassistent keek altijd veel Grey's Anatomy en besloot arts te willen worden, de werkelijkheid bleek echter in de verste verte niet op Grey's Anatomy te lijken
Student vs. Dokter (Gaufberg et al., 2010; Rynnänen, 2001; Volkmann & Anderson, 1998)	Op de eerste dag van zijn coschap wordt een coassistent in de gang van het ziekenhuis aangesproken door een patiënt die hem 'dokter' noemt
Privéleven vs. Opoffering (Gaufberg et al., 2010)	De diploma-uitreiking van een goede vriendin is vanavond, maar de begeleidend arts vraagt of de coassistent nog wat langer kan blijven
Eigen normen en waarden vs. Professionele normen en waarden (Bandini et al., 2017; Kälvemarm et al., 2004; Pillen et al., 2013)	De coassistent heeft al haar hele leven moeite met abortus maar wordt tijdens haar coschap gevraagd te assisteren bij deze ingreep
Emoties ervaren vs. emoties onderdrukken (Gaufberg et al., 2010; Pillen et al., 2013)	Door het overlijden van een patiënt voelt de coassistent zich sterk geëmotioneerd maar hij wordt erop aangesproken wanneer zijn begeleider dit door heeft
Lijn van de opleiding vs. Lijn van de praktijk (Pillen et al., 2013)	Tijdens de opleiding is de coassistent geleerd altijd iets te zeggen wanneer iets fout gaat maar in de praktijk lijkt de begeleidend arts dat niet te waarderen
Verwachtingen van sociale omgeving vs. Praktijk (Gaufberg et al., 2010)	De familieleden van de coassistent prijzen hem continu om zijn harde werk maar in werkelijkheid vult de coassistent vaak rapporten in

Tabel 2- Coping in dit onderzoek

	Gedragmatige coping	Cognitieve coping
Tijdens werktijd	Harder werken, praten met collega's, ziekmelden	Acceptatie, relativeren, cynisme
Buiten werktijd	Praten met naasten, afleiding zoeken, gebruik van middelen	Relativeren, acceptatie, cynisme

Tabel 3 – Uitgebreid overzicht dilemma's a.d.h.v. resultaten

Dilemma's	Voorbeeld
<p>Bevestigde dilemma's</p> <p>Eigen normen en waarden vs. Professionele normen en waarden</p>	<p><i>“Zo ben ik als persoon ook helemaal niet. Ik wil ook niet boven de patiënt staan, echt absoluut niet. Zeg maar het liefst zie ik de patiënt boven mij want die zit met de klachten. maar zo is het vaak in het ziekenhuis niet” (R11)</i></p> <p><i>“Ik kom wel eens thuis dat ik denk 'nouuu zijn ze helemaal gek geworden, ze zijn helemaal van de pot gerukt hier” (R1)</i></p> <p><i>“Wat ik zei dat sommige specialisten je gewoon niet aankijken dat is natuurlijk heel naar. ... Over het algemeen ben ik er niet zo van.” (R12)</i></p> <p><i>“Ik denk dat het voor mij het moeilijkste is dat ik mensen heel graag in hun waarde wil laten en dus wel de chirurgie kant op wil. In chirurgie heb je gewoon vaak ... het is gewoon patiënt heeft probleem en dat probleem gaan we oplossen. Maar ik denk ja achter een probleem zit een patiënt” (R14)</i></p> <p><i>“Nee, nee, dat is niet echt de cultuur en dat is op zich ook helemaal niet fout maar zo zijn, laat ik even voor mezelf spreken, zo ben je dat een beetje gewend” (R18)</i></p> <p><i>“Alleen daar komt meteen ook een bepaald soort ja toch rangorde of pikorde of hoe je het ook wil noemen bij op sociaal gebied waar ik niet zo goed tegen kan. En waarvan ik me dus ook wel eens afvraag of ik daar wel in wil werken, in zo'n werkomgeving zeg maar” (R20)</i></p> <p><i>“Ik ben zelf denk ik iemand die iets eerder zou stoppen met behandelen dan het in het ziekenhuis gebeurt” (R3)</i></p> <p><i>“Dat ik liever niet te laat kom. überhaupt. en dat dat vaak in een ziekenhuis niet altijd, je spreekuur loopt gewoon uit, je patiënten moeten op je wachten op zaal” (R16)</i></p> <p><i>“Dat een arts een uur uitloopt op een spreekuur is echt meer dan normaal en dan denk ik ja ik vind het gewoon vervelend voor patiënten maar in het ziekenhuis wordt er gezegd ach ja dat hoort erbij. Dat vind ik dan wel af en toe lastig om te accepteren” (R9)</i></p> <p><i>“Die sfeer kan best wel, best wel onaardig en leeronvriendelijk zijn. Dat je echt, echt bij jezelf gaat denken van ja jongens wil ik dit nog wel” (R5)</i></p> <p><i>“Dat we alleen maar het moraal hoog houden van oh je moet presteren en het optimale uit jezelf halen. Dat matcht niet altijd met wat ik denk dat er nog meer belangrijk is in het leven dan alleen maar de beste carrière halen zeg maar” (R6)</i></p>
<p>Werk vs. Privé</p>	<p><i>“Ik heb altijd veel in orkesten gespeeld en dan heb je repetitie 's avonds en omdat ik dan dit jaar ook zeg maar een langere tijd buiten [stad] coschap liep heb ik wel daarom besloten dat ik ging stoppen ... Dus ja dus dat offer je dan een beetje op” (R15)</i></p> <p><i>“Dus je kan niet naar feestjes, terwijl je iedereen om je heen wel helemaal naar de klote ziet gaan. Je moet elke dag op tijd slapen en je moet om 8 uur aanwezig zijn. Met chirurgie zelfs om half 8. Ja dat is gewoon, dat vond ik in m'n derde jaar echt één van de allermoeilijkste dingen” (R1)</i></p> <p><i>“Op donderdag heb ik dus ook training en dan bleef ik altijd wel lang hangen en nu gewoon minder lang. Meestal om 11 uur wel naar huis uiterlijk. Dat vind ik wel jammer. Dus dat is wel een soort van opoffering” (R12)</i></p>

	<p>“Maar ja het is wel zeker als je eigenlijk nog gewoon studeert en al je vrienden gaan door de weeks stappen of lekker drinken dat je toch wel de eerste bent die afhaakt. ... Dat is op zich wel jammer” (R13)</p> <p>“[ik heb] de zwaarste coschappen gehad waarbij ik elke dag om 7:30 of 8 uur in (plaats) moest zijn. En dat betekent dat ik om 10 uur of 10:30 moet gaan slapen. maar ik ben over het algemeen wel pas tussen zes en half zeven thuis. Dus voor je privé leven heb je ongeveer 3 uur per dag” (R16)</p> <p>“Je hebt een sociaal leven en je hebt nog 1000 andere dingen die je leuk vindt terwijl je elke ochtend om 7 uur in die trein zit en om 7 uur of half 8 's avonds weer binnenkomt” (R4)</p> <p>“Gemiddeld lange dagen met veel werkuren zeg maar wat je dan in een week maakt. Wat je behoorlijk kan uitputten. En dat het dan wel echt zoeken is naar een soort van werk-privé-balans” (R6)</p>
Verwachtingen vs. Realiteit	<p>“Ik moet meteen denken aan Greys Anatomy want dat keek ik vroeg vaak met m'n ouders. Nou dat is het in ieder geval niet, dat kan ik je wel vertellen” (R2)</p> <p>“Je leert heel erg veel op klinisch redeneren, beetje wat is de diagnose hoe kom je daar. En heel erg echt op het redeneren terwijl in de praktijk is het eigenlijk allemaal administratie, overdrachten, super weinig patiëntcontact. Het is echt heel anders dan ik had verwacht” (R1)</p> <p>“Wat ik wel vind is dat je als arts dus heel veel achter de computer zit, wat ik denk ik van tevoren Ja daar ben ik nu aan gewend aan dat beeld maar van tevoren had ik dat niet gedacht” (R15)</p> <p>“Een arts assistent op zaal Ja die zit een uurtje per dag patiënten en de rest van de dag ben je de hele tijd mensen aan het bellen dingen aan het regelen, een soort van supersecretaresse. Ja. dat is heel anders dan ik had verwacht” (R16)</p> <p>“Ik had zelf verwacht dat de specialist iets meer aan het bed zou staan dan 'ie deed. Vooral bij interne is tcoh veel op de computer de labwaarden bekijken en dan zonder de patiënt echt gezien te hebben al een conclusie te trekken. Dat vond ik zelf wel jammer. En dat was dus wel iets anders dan ik ervan verwacht had” (R3)</p> <p>“Ik ben geneeskunde wel gaan studeren omdat je denkt dat je mensen kan helpen, ik vond dat een heel belangrijk iets. En ik vond biologie heel leuk en scheikunde leuk dus dat leek een soort match. Maar eigenlijk vond ik het werk in het ziekenhuis helemaal niet representatief voor wat je denkt dat het is of wat je hebt geleerd” (R4)</p> <p>“Ik wilde geneeskunde gaan doen om met mensen te kunnen werken en om mensen te helpen en daarnaast omdat ik het menselijk lichaam heel interessant vind. En mijn eerste coschap kwam ik erachter dat je als arts patiënten maar heel kort ziet” (R9)</p>
Ontkrachte dilemma's*	
Lijn van de opleiding vs. Lijn van de praktijk	<p>“Ja nu onthou je het, dat is gewoon het verschil. maar ik denk dat je wat je nu onthoudt niet zou kunnen onthouden als je daar niet hebt geleerd. dus daar wordt echt de basis gelegd” (R14)</p> <p>“Je hebt ook altijd de richtlijnen zeg maar van de discipline waar je werkt En eigenlijk wordt daar wel gewoon aan gehouden, gelukkig maar. er zijn niet hele grote verschillen” (R15)</p> <p>“Het is meer van je creëert een soort van laagjes dus je hebt eerst een laagje met algemene theorie en dan komt er weer een laagje overeen met weer wat andere theorie en dan met wat praktijk en dan op een gegeven moment moet het een soort</p>

	<p>van puzzel, hou je hetgeen waar je nog iets aan hebt, scheelt ook weer een hele hoop” (R17)</p> <p>“Het komt wel overeen alleen tijdens coschap merk je wel pas wat er nou echt relevant is en wat niet, vind ik” (R20)</p> <p>“Ja dat klopt op zich wel goed met de, met de realiteit. Ik snap wel waarom dingen gebeuren of waarom dingen bijvoorbeeld bepaalde waarden worden geprikt of dat soort dingen” (R5)</p> <p>“Tuurlijk zit er in de geneeskunde altijd heel veel vooruitgang dus heel veel vernieuwing en ze ontdekken weer nieuwe dingen en daardoor zijn er altijd wel kleine details die dan veranderen. Maar op theoretisch vlak komt het best wel overheen” (R9)</p>
Verwachtingen van sociale omgeving vs. Praktijk	<p>“Ja in principe wel. Ik vertel er wel veel over en van de familie in de familie zitten ook redelijk wat artsen dus die begrijpen het allemaal wel” (R10)</p> <p>“Globaal hebben ze wel een beetje een idee wat ik doe, misschien niet de details maar over het algemeen wel” (R13)</p> <p>“Wel veel mensen hebben wel het idee dat het zwaar is en dat je veel moet nadenken en veel moet doen en ze zien gewoon de lange dagen die je maakt en ze horen wat er van je verwacht wordt” (R14)</p> <p>“Iedereen heeft wel een idee bij wat een dokter doet. Dus opzich ik denk dat ze wel deels begrijpen wat ik doe hier. Wel een voorstelling erbij kunnen maken. Het is iets anders dan wanneer je zegt ja ik ben één of andere ja één of andere vage job bij de bank” (R17)</p>
Emoties voelen vs. Emoties onderdrukken	<p>“Dat wordt dan ook heel erg geaccepteerd weet je, iedereen snapt, ja, iedereen in het ziekenhuis weet nog de eerste keer dat iemand dood is gegaan waar ze bij waren. Dus het is heel, wat dat betreft is er wel heel veel steun” (R1)</p> <p>“Ik denk als je echt iets heftigs meemaakt dan kun je dat gewoon daar met iedereen bespreken. dat vinden ze juist heel belangrijk dat je het niet voor jezelf houdt. maar tot nu toe gaat dat best wel goed” (R11)</p> <p>“Het ligt natuurlijk een beetje aan welke persoon op dat moment, met wie je dan mee loopt, maar ja meestal kan dat wel hoor dat je even kan ventileren wat je ervan vond ofzo of even nabespreken” (R15)</p> <p>“Ik word niet zo snel, tenminste ik kan redelijk goed mijn persoon, professionele afstand houden op het moment dat er patiënten bij zijn. Dus dan laat ik het nog niet zo binnen komen als er iets heftigs is” (R16)</p> <p>“Dat vond ik dus zelf meevallen. Ik had verwacht dat dat wel een impact op me zou hebben maar eigenlijk kon ik dat best wel goed in het ziekenhuis laten” (R3)</p> <p>“Er zijn natuurlijk momenten dat patiënten overlijden of iets en de eerste keer dat je dat meemaakt is dat heel heel heftig. Maar nou ja ik werd in dat opzicht wordt je meestal wel goed opgevangen” (R9)</p>
Student vs. dokter	<p>“Ik zeg het altijd eerlijk dat je het niet weet ... En dan overleg ik het gewoon en dan kom ik terug. En ze begrijpen het ook allemaal want je bent ook in opleiding” (R11).</p> <p>“Heel vaak zeg ik ik ben nog in opleiding dit antwoord kan ik u zo niet geven maar we gaan zo toch met de arts even overleggen dus dan kom ik bij u terug. ... Als je het netjes brengt vinden patiënt het helemaal niet vervelend en vinden ze het alleen maar prima dat je het navraagt” (R14)</p>

	<p><i>“Ik stond hiervoor op de psychiatrie en toen moest ik een Madras opnemen, dat is een scorelijst om te kijken hoe erg je depressie is, en dan begonnen mensen ook soms wat te vragen over de behandeling. Maar dan, dat vind ik eigenlijk heel makkelijk om me dan achter m'n costatus te verschuilen want dan zeg ik gewoon nou ik ben hier voor dit gesprek ik ben nog niet de dokter, misschien kunt u dat met uw eigen zaalarts bespreken. Dus het gebeurt wel maar dan heb je, heb ik geen problemen mee om daarmee om te gaan” (R7)</i></p> <p><i>“Ik hoeft niet aanzien van patiënten of iets voor iets wat ik nog niet ben dus nee dan zeg ik gewoon dat ik coassistent ben en dan is het ook wel lekker makkelijk want dan kan dus eigenlijk zolang je maar respectvol met ze omgaat ... dan kan je ook eigenlijk niks fout doen. Dan kan je altijd zeggen” (R8)</i></p>
Nieuwe dilemma's	
<p>Iets willen bijdragen vs. Nutteloos voelen</p>	<p><i>“En je zit er maar gewoon vaak een beetje. Of je staat er maar een beetje bij. Zonder dat je echt inbreng hebt” (R1)</i></p> <p><i>“Ik merkte van alle coschappen wel, voornamelijk dit jaar, dat je gewoon heel veel tijd toch niks te doen hebt. En dat is wel, ja dat vond ik eigenlijk het vervelends van coschappen lopen, het vervelen wat dat betreft” (R10)</i></p> <p><i>“Ja ik ben de co. Ik moet dus altijd op een krukje zitten en ik mag bij de OK alleen maar haken vasthouden. ... En dan voel je je wel echt ja ik kan nu niks” (R11)</i></p> <p><i>“Dan ben je alleen maar dingen voor je eigen oefeningen aan het doen. Dus je gaat met de patiënt een gesprek die al lang dat gesprek heeft gevoerd met een arts en ze weet allang wat die patiënt heeft maar dan gaat de patiënt het nog een keer met jou voeren zodat jij het gesprek kan oefenen. Maar daar worden helemaal geen consequenties [aan] gelinkt” (R14)</i></p> <p><i>“Ja ik heb veel liever dan een baan dat ik gewoon achter de lopende band sta en weet ik veel tubes tandpasta in elkaar zet ofzo. Gewoon dat je iets doet. En dat nutteloos voelen de hele tijd vond ik echt verschrikkelijk, dat is het allerzwaarst. Gewoon constant in de weg lopen dat is wel echt heel lastig” (R19)</i></p> <p><i>“Ik voel me zelfs vaak ook dat je nog eerder alleen maar in de weg staat of zoiets dan dat je echt een beetje nuttig bent zeg maar” (R20)</i></p> <p><i>“Dat je soms een dag doorbrengt en denkt nouja, volgens mij heeft vandaag daadwerkelijk niemand iets aan mij gehad” (R3)</i></p>
<p>Beoordeeld worden op persoon vs. Beoordeeld worden op kunnen</p>	<p><i>“Ik denk dat als ze je echt mogen dat je dan toch anders benaderd wordt dan als ze je toch al niet mogen...” (R10)</i></p> <p><i>“Dat mensen het leuk vinden dat je enthousiast bent en assertief zeg maar dan merk je ook wel het loont ook wel. Ja als je beoordeling hebt of wat dan ook dan zeggen ze [dat] ook” (R13)</i></p> <p><i>“De enige manier waarop je zo binnenrolt is als je de zoon van de opleider bent. en dat is toch weer heel tekenend dat je denkt ja het blijft toch dat je mensen moet kennen en dat je via via toch binnen moet komen” (R14)</i></p> <p><i>“Kijk zo'n coschap is natuurlijk 6 weken, vaak is dat best wel kort eigenlijk. Soms kan je eigenlijk ja, kan je daarin echt zien of iemand iets goed kan ja of nee? Weet ik niet. Maar daarin kun je wel merken hé is dat een fijne persoon, kan ik daar een beetje, klikt dat een beetje?” (R17)</i></p> <p><i>“Ik denk dat het wel uitmaakt ja. Dat het echt niet ligt aan of je nou alles weet of fantastisch kan bloedprikken enzo. Dat is allemaal heel mooi meegenomen maarja. Het is toch ook wel, het gaat heel erg over een beetje je persoonlijkheid” (R18)</i></p>

	<p><i>“Ja ik vraag me soms wel eens af doet het er nou echt heel erg toe hoe ik echt, kijk als ik me gewoon netjes en vriendelijk en enthousiast opstel, dan is het al heel vaak goed” (R20)</i></p>
<p>Het perfect willen doen vs. Niet perfect zijn</p>	<p><i>“Ik denk dat het moeilijkste is voor mij dat je elke dag de beste wil zijn. Je wil elke dag het beste van jezelf laten zien en je wil elke dag eigenlijk dat iedereen om je heen zoiets heeft van wow, die coassistent die heeft het door” (R14)</i></p> <p><i>“Dan voelde ik me echt heel dom en dan dacht ik ook echt van ik ben veel dommer dan andere mensen uit mijn jaar. ... Of als je dan een ochtend met iemand meeloopt die de hele tijd dingen vraagt en je weet helemaal niks, dan heb je wel echt het gevoel van oké ik ben echt super dom en waarom doe ik dit überhaupt” (R19)</i></p> <p><i>“Ik denk wel dat heel veel coassistenten ook kijken naar de mensen boven hun. Dus de arts-assistenten, dat komt dan het meest dichtbij. Proberen zich daaraan op te trekken en denken ja zij kunnen het ook zo goed, Wow zij zitten al zo goed in de stof, dat wil ook kunnen. Je gaat toch telkens een beetje spiegelen” (R2)</i></p> <p><i>“En zo van oh ik heb een boven verwacht niveau. Dan denk je van fack als jij een bovenverwacht niveau hebt, dan moet ik dat ook wel” (R5)</i></p> <p><i>“Ik denk dat het moeilijk is als je je wil graag het kunnen en als het nog niet lukt dan denk je oh jesus over 2 jaar ben ik afgestudeerd, hoe ga ik dan ooit zo'n afdeling runnen” (R8)</i></p>
<p>Gevoel te moeten excelleren vs. Het nog moeten leren</p>	<p><i>“Ik ben zelf best wel beoordelingsgericht dus dan heb je een soort van wel de hele tijd het gevoel van oké ik moet hier dus even shinen want diegene zit erbij” (R3)</i></p> <p><i>“Maar je merkt wel heel vaak dat ze verwachten gewoon écht een bepaald niveau. ... En je merkt wel gewoon heel vaak dat als je dat niet haalt dan denken ze ook ja wat moet ik nou met je. Het komt ook vaak op mij over dat ik gewoon nog niet genoeg weet en dat ik niet genoeg m'n best doen, dat soort dingen. Terwijl ik wel gewoon elke avond weer even een boek open sla maarja dat zien ze natuurlijk niet” (R1)</i></p> <p><i>“Dat is denk ik denk ik door gewoon de druk en de verwachting want er zijn zoveel geneeskunde studenten die aangenomen worden en zo weinig plekken. Echt zo weinig plekken” (R11)</i></p> <p><i>“Je wisselt heel vaak van afdeling. ... En al die mensen moeten van jou eigenlijk een positieve indruk krijgen omdat ze je allemaal moeten beoordelen. Dus dat betekent dat je de hele tijd, behalve dat je al de hele tijd dingen aan het leren bent omdat je nog lerende bent in het vakgebied, moet je ook de hele tijd assertief zijn zodat je genoeg kunt leren en interesse tonen en enthousiast zijn” (R16)</i></p> <p><i>“De hele tijd wordt er iets van je gevonden, de hele tijd” (R18)</i></p> <p><i>“En dat je dus de hele dag je best moet doen. Dat je dus, als ik een slechte dag heb dat kan eigenlijk niet want je moet eigenlijk elke dag een goede indruk maken, voor je gevoel in ieder geval heel erg” (R20)</i></p>

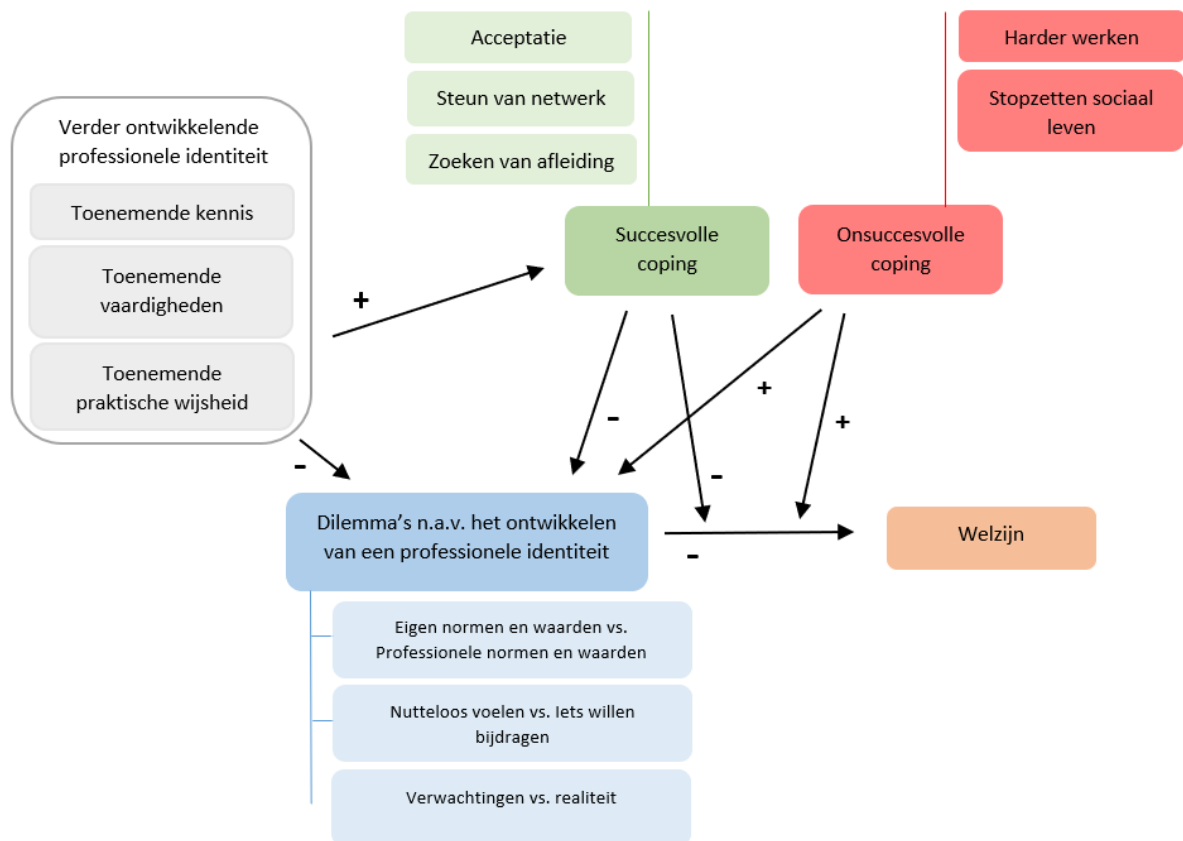
* Voor de ontcrachte dilemma's zijn citaten weergegeven die het ontcrachten van het dilemma ondersteunen

Tabel 4 - Overzicht coping strategieën participanten

	Cognitief	Gedragsmatig
Tijdens werk	Acceptatie, negeren, relativieren	Minder hard werken, harder werken, steun van collega's zoeken, uitspreken
Buiten werk	Relativieren	Zoeken van afleiding in

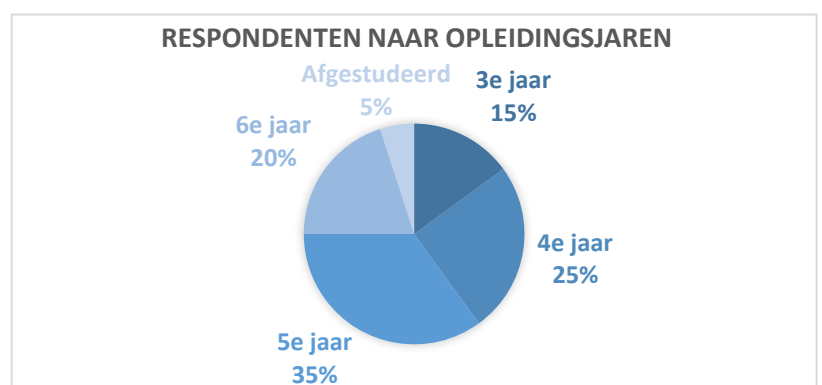
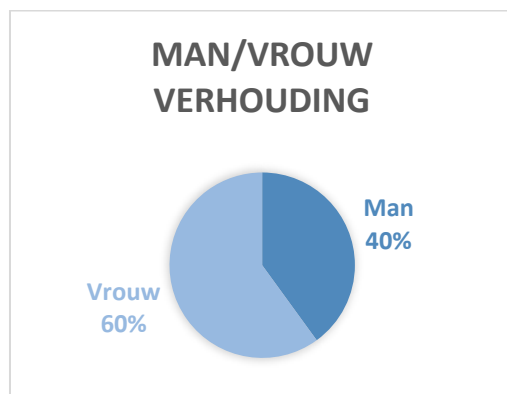
		activiteiten, steun van naasten zoeken
--	--	--

Figuur 1 - Uitgebreid herzien model



Bijlage 2 – Overzicht van participanten

Respondentnummer	Geslacht	Jaar van opleiding
1	Vrouw	Halverwege 4
2	Man	Begin 6
3	Vrouw	Eind 3
4	Vrouw	Recent afgestudeerd
5	Man	Eind 4
6	Vrouw	Eind 5
7	Vrouw	Halverwege 4
8	Man	Halverwege 6
9	Vrouw	Begin 5
10	Man	Halverwege 4
11	Vrouw	Begin 5
12	Man	Begin 5
13	Man	Eind 6
14	Vrouw	Halverwege 4
15	Vrouw	Eind 5
16	Vrouw	Halverwege 5
17	Man	Eind 6
18	Man	Eind 3
19	Vrouw	Eind 3
20	Vrouw	Eind 5



Bijlage 3 – Topiclist

Introductie

- Onderzoeker stelt zich voor
- Toelichting doel van het onderzoek
- Toelichten grote lijn van het interview
- Vragen om akkoord met opname
- Eventuele laatste vragen

Introductie van participant

- Hoe lang ben je al bezig met het lopen van coschappen?
- Welke coschappen heb je tot nu toe gelopen?

Inhoudelijke thema's

- Dilemma's omtrent het vormen van een professionele identiteit
 - Kom je tijdens het uitvoeren van je coschap wel eens dilemma's tegen?
 - Wat voor dilemma's zijn dat dan?
 - In hoeverre herken je de volgende dilemma's:
 - Leek vs. Expert
Voel je je een leek terwijl anderen van jou verwachten dat je een expert bent?
 - Verwachting vs. Realiteit
Zijn de verwachtingen die je voor het lopen van het coschap had van het vak van dokter overeen met de realiteit?
 - Student vs. Dokter
Voel je een spanning tussen het feit dat je eigenlijk nog een student bent maar door patiënten in het ziekenhuis jou als arts zien?
 - Privéleven vs. Opoffering
Worstel je met het combineren van je privéleven en het coschap?
 - Eigen normen en waarden vs. Professionele normen en waarden
Komen je eigen normen en waarden overeen met de normen en waarden die je tijdens het coschap worden bijgebracht?
 - Emoties ervaren vs. Emoties onderdrukken
Voel je wel eens emoties die je vervolgens niet mag laten zien? Wat vind je daarvan?
 - Opleiding vs. Artsen
Komt wat je tijdens je coschap van de artsen leert overeen met wat je tijdens je opleiding in de collegebanken hebt geleerd?
 - Sociale verwachtingen vs. Praktijk
Heb je het gevoel dat hoe vrienden en familie naar jou en je coschap kijken overeen komt met de werkelijkheid? Wat vind je daarvan?
- Coping
 - Wat voel je als een dilemma zich voordoet?
 - Wat doe je dan?
 - Wat denk je dan?
 - Wat voel je daarna?
- Welzijn
 - Hoe gaat het met je?
 - Hoe gaat het met je op dit moment?

- Ben je tevreden met je leven op dit moment?
- Hoe had je op deze vraag geantwoord als ik hem in het eerste jaar van je coschap had gesteld?

Afronding

- Samenvatten van de belangrijkste conclusies
- Eventuele toevoegingen/vragen van respondent?
- Aangeven dat interview teruggekoppeld wordt
- Vragen naar nieuwe respondenten
- Bedanken participant
- Afronding interview

Bijlage 4 – Codeboom

Dilemma's

Bevestigde dilemma's

- Eigen normen en waarden vs. professionele normen en waarden
- Werk vs. Privé
- Verwachtingen vs. Realiteit

Ontkrachte dilemma's

- Lijn van de opleiding vs. Lijn van de praktijk
- Verwachtingen van sociale omgeving vs. praktijk
- Emoties voelen vs. Emoties onderdrukken
- Student vs. Dokter

Nieuwe dilemma's

- Iets willen bijdragen vs. Nutteloos voelen
- Beoordeeld worden op kunnen vs. Beoordeeld worden op persoon
- Het perfect willen doen vs. Niet perfect zijn
- Gevoel te moeten excelleren vs. Het nog moeten leren
- Beoordeeld worden op kunnen vs. Beoordeeld worden op persoon

Welzijn

Negatieve emoties

- Frustratie
- Vermoeidheid
- Onzekerheid
- Stress

Afname negatieve emoties naar mate coschap vordert

- Beter weten wat wel en niet kan
- Veranderende houding ten opzichte van coschap
- Verder ontwikkelde kennis en vaardigheden

Coping

Succesvolle coping

Cognitief

Gedurende werktijd

- Accepteren
- Relativeren
- Negeren

Buiten werktijd

- Accepteren
- Relativeren

Gedurende werktijd

Gedragsmatig

Gedurende werktijd

- Harder werken
- Minder hard werken
- Steun van collega's zoeken
- Uitspreken

Buiten werktijd

- Afleiding zoeken in activiteiten
- Steun van naasten zoeken

Onsuccesvolle coping

Gedragsmatig

Gedurende werktijd

- Harder werken

Buiten werktijd

- Stopzetten van sociaal leven