

Het eerste jaar als aios: het hoofd boven water houden!

De ervaren werkstress van eerstejaars aios en de rol die niet-medische taken en sociale steun hierin spelen

Eline Wijnhoud

UMCG, Center for Education Development and Research in Health Professions
Universiteit Utrecht, Strategisch Human Resource management



Universiteit Utrecht



Groningen, 7 juli 2017

© 2017 Studentenbureau UMCG Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Trefw Aios, Werkstress, Sociale Steun, Niet-medische taken

Het eerste jaar als aios: het hoofd boven water houden!

De ervaren werkstress van eerstejaars aios en de rol die niet-medische taken en sociale steun hierin spelen

Hattem, juli 2017

Auteur
Studentnummer

Eline Wijnhoud
S3921107

Afstudeerscriptie in het kader van

Bestuurs- en Organisatiewetenschap
Strategisch HRM
Universiteit Utrecht

Opdrachtgever

dr. J. (Jan) Pols
Center for Education Development and
Research in Health professions, UMCG

Begeleider onderwijsinstelling

dr. E.J. van Harten (scriptiebegeleider)
dr. M. Thunnissen (tweede beoordelaar)

Bestuurs- en Organisatiewetenschap
Universiteit Utrecht

Begeleider UMCG

dr. J. Pols
Center for Education Development and
Research in Health Professions, UMCG

Inhoudsopgave

Voorwoord	4
Abstract	5
Inleiding	5
Methode	5
Resultaten	5
Conclusie	5
Artsen in opleiding tot specialist (aios)	6
Hoofdstuk 1: inleiding	7
1.1 Aanleiding.....	7
1.1.1 (Onverwachte) Niet-medische taken	7
1.1.2 Sociale steun.....	8
1.2 Doel- en vraagstelling.....	9
1.3 Theoretische relevantie.....	9
1.4 Maatschappelijke relevantie	11
1.5 Praktische relevantie	12
1.6 Leeswijzer	13
Hoofdstuk 2: Theoretisch kader	14
2.1 Werkstress.....	14
2.1.1 Stress uitkomsten.....	15
2.1.2 Stress modellen	16
2.2 Onverwachte niet-medische taken	18
2.2.1 Gevolgen onverwachte niet-medische taken voor werkstress.....	21
2.3 Sociale steun.....	21
2.3.1 Sociale steun uitkomsten	22
2.4 Breder perspectief – andere mogelijke oorzaken werkstress.....	23
2.5 Verwachtingen	24
Hoofdstuk 3: Methode	25
Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)	25
3.1 Perspectief studie.....	25
3.2 Kwalitatief onderzoek	25
3.3 Data verzameling/operationalisering.....	26
3.4 Respondenten	27
3.5 Data-analyse.....	29
3.6 Betrouwbaarheid & Validiteit	30

3.6.1 Betrouwbaarheid.....	30
3.6.2 Validiteit	31
Hoofdstuk 4: Resultaten.....	32
4.1 Ervaringen in het eerste jaar	32
4.2 Niet-medische taken	32
4.2.1 Timemanagement	33
4.2.2 Omgeving leren kennen	33
4.2.3 Administratie.....	34
4.2.4 Bewaken studievoortgang.....	35
4.3 Overige genoemde oorzaken drukte en stress	35
4.3.1 Hoge verwachtingen.....	35
4.3.2 Onzeker gevoel.....	36
4.3.3 Werkdruk.....	36
4.3.4 Achtergrond van een aios.....	37
4.4 Steun in het eerste jaar	37
4.4.1 Collega-aios	37
4.4.2 Supervisor.....	39
4.4.3 Mentor/maatje.....	43
4.4.4 Opleider	43
4.4.5 Hulp en steun bij niet-medische taken.....	44
Hoofdstuk 5: Conclusie.....	46
Hoe komt de werkstressbeleving van een aios tot stand?.....	46
Hoe spelen niet-medische taken, en de mate waarin deze taken als onverwacht worden ervaren, een rol in de werkstress beleving van aios?.....	47
Hoe speelt sociale steun een rol in de werkstress beleving van een aios?.....	48
Hoe speelt sociale steun een rol in de ervaring van niet-medische taken door een aios?.....	49
Onderzoeksvraag: Hoe komt de werkstressbeleving van aios tot stand en hoe spelen de ervaren niet-medische taken en sociale steun hierin een rol?	50
Hoofdstuk 6: Discussie	52
6.1 Reflectie resultaten	52
Sociale steun van supervisors.....	52
Niet-medische taken	53
Andere oorzaken van werkstress voor aios	54
Contextuele reflectie.....	55
6.2 Kritische reflectie onderzoeksproces	56
6.3 Aanbevelingen wetenschappelijk vervolgonderzoek.....	57

6.4 Advies UMCG	58
6.5 Slotparagraaf	60
Bronnenlijst	61
Bijlage 1: Topiclijst.....	68
Bijlage 2: Uitnodiging	70
Bijlage 3: Informatiebrief	71
Bijlage 4: Codeboom	73

Voorwoord

Geachte lezer,

Voor u ligt mijn master thesis. De kers op de taart van de masteropleiding Strategisch Human Resource Management aan de Universiteit Utrecht. Voorafgaand aan dit jaar werden we al gewaarschuwd; “dit jaar zal voorbij vliegen” en dit cliché bleek helemaal waar te zijn. Ik heb genoten van mijn tijd op de USBO, de sfeer, kleinschaligheid en inspirerende colleges. Ook het onderzoekseminar heb ik als zeer leerzaam ervaren en vooral door de goede begeleiding (en sociale steun), heb ik met plezier aan dit onderzoek gewerkt. Daarvoor wil ik graag een aantal mensen bedanken.

De zorg heeft mij altijd al geboeid en nadat ik veel gelezen had over de hoge werkdruk in de zorg, had ik zodoende al snel mijn zinnen gezet op een onderzoek over het welzijn van werknemers binnen de zorg. Na een fijn gesprek bij het UMCG was ik erg enthousiast over het belang van onderzoek naar de werkstress van aios. Het idee dat mijn onderzoek een bijdrage kan leveren aan het welzijn van aios in hun eerste jaar gaf mij veel voldoening. Vanuit het UMCG gaat mijn dank uit naar mijn begeleider Jan Pols. De gesprekken die we voerden over de voortgang van mijn onderzoek heb ik als zeer inspirerend en waardevol ervaren. Ook je enthousiasme over het onderzoek “dit wordt mooi onderzoek!” werkte aanstekelijk! Eva Schaafsma, studente onderwijskunde, met wie ik nauw heb samengewerkt, ook veel dank voor de prettige samenwerking.

In het bijzonder wil ik mijn begeleider Jasmijn van Harten bedanken. Bedankt voor de constructieve feedback die ik telkens weer mocht ontvangen. Dankzij jouw kritische blik daagde je me telkens weer uit om een stapje verder te denken. Dank ook voor de fijne en persoonlijke manier waarop je dit deed, na elk feedbackgesprek ging ik weer met goede moed en een positief gevoel naar huis. Daarnaast dank ik mijn tweede lezer, Marian Thunissen, dank voor jouw kritieken en vooral de vernieuwende ideeën en inzichten die je mee gaf. Inspirerend hoe je telkens wel weer een mooi bruggetje naar andere onderzoeksthema's wist te maken.

Ook wil ik alle respondenten nogmaals heel hartelijk bedanken voor jullie medewerking aan het onderzoek. Ondanks dat het eerste jaar als aios voor lang niet iedereen een gemakkelijk jaar was, heeft jullie passie voor het vak altijd de boventoon gevoerd. Iets waar ik veel respect voor heb! Ik wens jullie veel succes met het afronden van de opleiding tot medisch specialist.

Tot slot wil ik mijn groepsgenoten Lianne Snoek en Timon Foppen bedanken voor hun tips en het meedenken gedurende het onderzoekseminar. Wat was het fijn dat we zo gelijk optrokken en samen naar de “eindstreep” toewerkten. En natuurlijk mijn lieve familie, vriend en vriendinnen, bedankt voor jullie steun en dat jullie al mijn verhalen over mijn onderzoek aan wilden (en moesten) horen!

Veel leesplezier toegewenst bij het lezen van mijn masterscriptie.

Eline Wijnhoud

Abstract

Inleiding

In Nederland hebben ongeveer duizend Artsen in Opleiding tot Specialist (aios) te maken met burn-outklachten (Van den Heijkant, Tomlow, Prins & van der Heijden, 2016). De werkstress van aios ligt fors hoger ten opzichte van de overige beroepsbevolking. Bij eerstejaars aios komt burn-out het meest frequent voor (Prins et al., 2007). Dit is zorgelijk, werkstress in de zorg kan de kwaliteit van zorg in gevaar brengen, laat het leerklimaat afnemen en levert bovendien hoge kosten op. Om werkstress onder aios beter aan te kunnen pakken is het essentieel om meer inzicht te krijgen in de totstandkoming van werkstress van eerstejaars aios. Dit onderzoek zal zich hierop richten en voornamelijk aandacht besteden aan de rol van niet-medische taken in het eerste jaar en de sociale steun die aios in het eerste jaar ontvangen.

Methode

Er is een kwalitatieve onderzoeksmethode gehanteerd. Met een convenience sample is met zestien tweede en derdejaars aios middels semigestructureerde interviews teruggeblikt op het eerste jaar als aios. De aios waren zowel werkzaam in perifere ziekenhuizen als in een academisch ziekenhuis. De interviews zijn opgenomen, getranscribeerd en middels een gemodificeerde grounded theory benadering geanalyseerd.

Resultaten

Niet-medische taken spelen een grote rol in het eerste jaar van aios. Aios bleken in het eerste jaar erg druk te zijn met timemanagement, het leren kennen van de omgeving, administratie en het bewaken van de eigen studievoortgang. Hoewel aios niet geheel onbekend zijn met deze niet-medische taken, ervaren ze de gevraagde tijdsinvestering die nodig is om zich de taken eigen te maken en uit te voeren als onverwacht.

Aios ontvangen in hun eerste jaar sociale steun van diverse groepen collega's. Collega-aios bleken de grootste steun voor aios, zij zijn samen een "hechte club" en laagdrempelig te bereiken. De steun van de supervisor werd wisselend ervaren, zo worden enkele supervisors als "onderwijsminded" en benaderbaar gekenmerkt, maar daartegenover staan ook negatieve ervaringen met supervisors, die met name ontstaan door de beoordelende rol die supervisors hebben. Een aantal aios hebben in het eerste jaar een mentor of maatje toegewezen gekregen en de steun die ze hiervan ontvangen wordt als erg positief ervaren, met name omdat de mentor en het maatje geen beoordelende rol hebben.

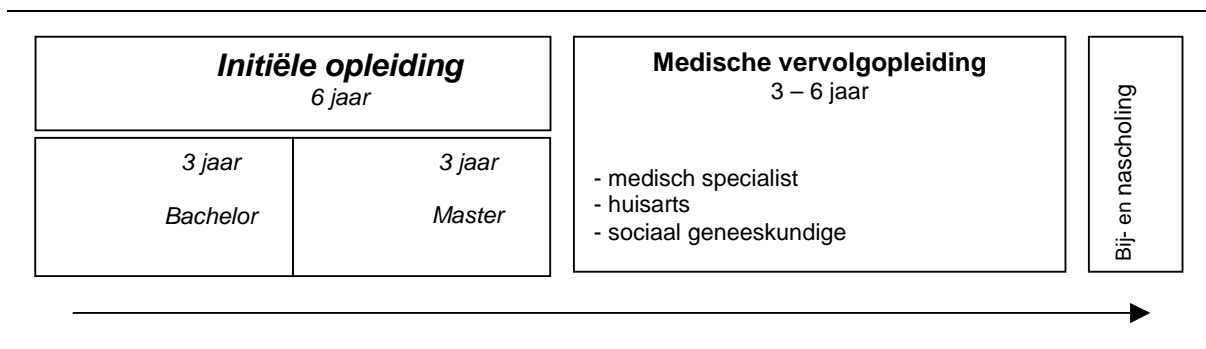
Conclusie

Niet-medische taken bleken in het eerste jaar een belangrijke rol te spelen in de werkstress ervaring van aios. Enerzijds omdat aios onzeker zijn en niet altijd over de juiste competenties beschikken om niet-medische taken uit te voeren, anderzijds omdat niet-medische taken veel tijd in beslag nemen. Deze niet-medische taken sluiten erg aan bij wat bekend is over het Newcomer Adjustment. Naast nieuwkomers zijn aios ook nog in opleiding, wat betekent dat ze ook nog eens tijd en energie in hun eigen leerproces moeten steken. Sociale steun levert een belangrijke bijdrage aan de werkstress ervaring van aios in het eerste jaar. De steun die eerstejaars aios van hun collega's ontvingen was erg wisselend, maar bij het uitvoeren van niet-medische taken zelfs gering. Collega's hebben er weinig zicht op dat aios druk zijn met niet-medische taken. Initiatieven als het invoeren van mentoren/maatjes en intervisiebijeenkomsten kunnen verlichting bieden in het eerste jaar, maar zijn nog niet in alle specialismen doorgevoerd. Omdat de verschillen per specialisme erg groot bleken te zijn is het relevant om voor vervolgonderzoek alle specialismen bij het onderzoek te betrekken.

Artsen in opleiding tot specialist (aios)

In Nederland waren in 2016 7.232 artsen in opleiding tot specialist (aios) (Capaciteitsorgaan, 2016). Aios kunnen worden gezien als lerende werknemers. Enerzijds hebben zij hun initiële artsenopleiding van 6 jaar afgerond, anderzijds zijn zij nog in opleiding om zelfstandig specialist te worden. Basisartsen kunnen er na hun 6 jarige artsenopleiding voor kiezen om eerst nog een aantal jaren te gaan werken als Arts Niet in Opleiding tot Specialist (anios), voordat zij doorstromen als aios. De opleiding als aios wordt gevolgd in een opleidingsinstelling, zoals een ziekenhuis, en duurt, afhankelijk van het specialisme, twee tot zes jaar. Voor de ziekenhuisspecialismen geldt dat dit vier tot zes jaar is. Aios worden gedurende hun opleiding begeleid door een opleider, dit is een medisch specialist die tot de staf van het specialisme behoort en hier formeel voor is aangewezen. De begeleiding van de aios bestaat echter ook uit andere specialisten uit het medisch specialistenteam, zij zijn formeel gezien niet de opleider, maar begeleiden de aios wel en kunnen gezien worden als supervisor. In een werkweek van een aios wordt 10 tot 20 procent van de tijd besteed aan flankerende onderwijsactiviteiten. De overige 80 tot 90 procent wordt besteed aan direct en indirect patiënt gerelateerde activiteiten en wetenschappelijke activiteiten.

Figuur 1: De opleiding tot medisch specialist (Powerpoint Nestor UMCG, z.j.)



Hoofdstuk 1: inleiding

1.1 Aanleiding

In 2006 luidde Jelle Prins, destijds onderzoeker aan de Rijksuniversiteit Groningen, de noodklok over de enorme werkstress waaronder Artsen In Opleiding tot Specialist (aios) lijden. Hoewel in tien jaar tijd diverse verbeteringen zijn doorgevoerd, heeft herhalingsonderzoek (Van den Heijkant, Tomlow, Prins, & Van der Heijden, 2016) uitgewezen dat in 2015 nog steeds één op de zeven aios voldoet aan de criteria voor een burn-out. 26% van de aios voelt zich uitgeput, ten opzichte van 14% van de algemene beroepsbevolking. In absolute getallen hebben nog zo'n duizend aios te maken met burn-outklachten (Van den Heijkant et al., 2016). Bij eerstejaars aios komt een burn-out het frequentste voor (Prins et al., 2007c). De hoge werkstress lijkt voor aios steeds vaker een reden om te stoppen met de specialisatie (Bos, Greijn & van der Gulden, 2016; Tielemans, 2014). In de periode van 2010 tot 2015 was de uitval vrijwel elk jaar 10% van de totale uitstroom (Capaciteitsorgaan, 2016). Om nog meer verbeteringen door te kunnen voeren is het essentieel om meer inzicht te krijgen in de totstandkoming van de werkstress van aios.

Vanuit de literatuur zijn al verschillende oorzaken voor werkstress onder aios onderzocht en aangetoond. Zo is uit onderzoek van Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) gebleken dat jongere, startende werknemers gevoeliger zijn voor werkstress. Voornamelijk de groep aios die na de opleiding tot basisarts gelijk doorstroomt als aios is nog jong en startend. Ook vrouwen zijn gevoeliger voor werkstress, omdat zij vaak minder afstand kunnen nemen van patiënten dan mannen (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Werkstress onder aios kan vanuit de werkcontext onder andere ontstaan doordat aios te weinig autonomie ervaren (Prins et al., 2007a), een verstoorde werk-privé balans hebben (Prins et al., 2007a) of emotioneel gezien te zwaar belast worden (Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini & Holz, 2001). Ook wijst onderzoek van Van Vendeloo, Brand en Verheyen (2014) uit dat het leerklimaat, de werkomgeving waarin individueel en collectief leren gestimuleerd moet worden, van een aios een belangrijke voorspeller is voor het optreden van een burn-out onder aios. Bovendien bevinden aios zich in een complexe omgeving waarin zij zowel moeten leidinggeven als worden opgeleid, wat leidt tot rolconflict (Prins et al., 2007a).

De complexe omgeving waarin de aios zich bevinden, met veel collega's, maakt het relevant om te onderzoeken hoe en van wie de aios sociale steun ontvangen in het eerste jaar. Dat is in bestaand onderzoek nog niet in kaart gebracht. Om als aios in een complexe omgeving te kunnen werken, moeten zij naast medische taken, ook niet-medische taken uitvoeren om hun werkzaamheden binnen een complexe omgeving te kunnen managen. Eerder onderzoek heeft zich nog niet gericht op wat deze niet-medische taken precies inhouden, hoe deze een rol spelen in de werkstress ervaring en in hoeverre deze taken onverwacht komen voor de aios. Huidig onderzoek zal zich daarom richten op de werkstress ervaring van aios en dan specifiek op welke rol onverwachte niet-medische taken (1.2.1) en de sociale steun (1.2.2) spelen in de werkstress ervaring van een aios. Deze twee concepten zullen in de volgende paragrafen nader toegelicht worden.

1.1.1 (Onverwachte) Niet-medische taken

Aios hebben verschillende kennis en vaardigheden nodig om hun werk goed uit te kunnen voeren. Dit betreft niet enkel medische kennis en vaardigheden, maar bevat ook ondersteunende vaardigheden als leiderschap, communicatie, planning en timemanagement.

Gedurende de eerste zes jaar van de geneeskundestudie bestaat het curriculum voornamelijk uit diagnostiek. In de opleiding tot aios bestaat 10 tot 20 procent van de tijd uit flankerende onderwijsactiviteiten. Deze onderwijsactiviteiten richten zich op gespecialiseerde, vakinhoudelijke kennis en vaardigheden van het specialisme die de aios volgt. Er zijn echter ook taken en vaardigheden waar in de opleiding geen of minder aandacht aan wordt geschonken. Voorbeelden hiervan zijn niet-medische taken, zoals het managen van een opnameafdeling in een ziekenhuis, onderhandelen met bijvoorbeeld een radioloog, conflicten oplossen en timemanagement. Het onderzoek van Berkenbosch & Busari (2011) wees uit dat aios in Nederland een tekort ervaren in hun kennis en kunde op een aantal essentiële managementgebieden. Aios beoordelen hun managementcompetenties als middelmatig en op een aantal gebieden zelfs als niet adequaat (Berkenbosch & Busari, 2011, p.312). Hoe dit een rol speelt in de werkstress ervaring van aios is echter nog niet eerder onderzocht.

Daarnaast blijkt uit onderzoek van Dijkstra (2014) dat aios veel tijd nodig hebben voor het vinden van een plek op de afdeling en het wegwijs worden in de organisatie. Dit gaat voor hun gevoel ten koste van het zich eigen maken van medische taken. De aios zien de zorg voor patiënten als hun belangrijkste taak, maar hebben voortdurend het gevoel van die taak te worden afgehouden (Van der Linden, 2011). Het wegwijs worden in de organisatie komt overeen met het 'Newcomer Adjustment' wat van toepassing op aios, en zich richt zich op de sociale overgang die een nieuwkomer ervaart (Fisher, 1986). Het houdt in dat de nieuwkomer zijn of haar taken moet leren begrijpen, prioriteiten moet leren te stellen, een tijdsplanning moet leren maken, maar ook dat de nieuwkomer zijn/haar rol moet vinden en zich vertrouwd voelt bij zijn collega's en leidinggevenden (Bauer et al., 2007).

Een aios kan in het eerste jaar (onverwacht) worden geconfronteerd met verschillende niet-medische taken waarvoor hij/zij niet wellicht niet de juiste vaardigheden heeft, wat kan leiden tot onzekerheid en kan op deze manier dus een stressor zijn. Dit kan echter nog niet met zekerheid gesteld worden, gezien het gebrek aan bestaand onderzoek hierover. Huidig onderzoek probeert het begrip 'niet-medische taken van aios' verder in te kleden en gaat bekijken hoe deze niet-medische taken een rol spelen in de werkstress ervaring van een aios.

1.1.2 Sociale steun

Naast niet-medische taken kan sociale steun ook een rol spelen in de werkstress ervaring van een aios. Aios werken in een hele complexe omgeving (Prins et al., 2007b), met veel collega's. Zo werken aios samen met bijvoorbeeld de supervisor, collega-aios, coassistenten, verpleegkundigen en de opleider. Door de complexe werksituatie is het belangrijk om inzicht te krijgen in de sociale steun en van wie aios nou daadwerkelijk sociale steun ontvangen.

Sociale steun kan helpen om emotionele uitputting en depersonalisatie, kenmerken van burn-out, tegen te gaan (Ben-Zur & Michael, 2007; Prins et al., 2007b). Bovendien is sociale steun in het bijzonder voor eerstejaars aios belangrijk, zoals in de vorige paragraaf aangegeven zijn zij dan nog nieuwkomers. Onderzoek van Nelson en Quick (1991) koppelt het 'newcomer adjustment' aan sociale steun en hieruit blijkt dat sociale steun juist voor deze groep erg belangrijk is om goed te kunnen presteren.

Formeel gezien zou een aios de meeste sociale steun van zijn of haar supervisor moeten ontvangen. Een aios heeft één formele opleider en wordt daarnaast ook begeleid door de andere specialisten die

werkzaam zijn op dezelfde afdeling als de aios. Volgens Pols (2006) is individuele supervisie één van de belangrijkste fundamenteën van de specialistenopleiding, middels de supervisie wordt immers een rechtstreekse koppeling gemaakt tussen zorg voor de patiënt en de ontwikkelde competenties en attitudes van de aios. In de praktijk blijkt echter dat aios ook vaak sociale steun ontvangen van verpleegkundigen, paramedici en andere collega's (Prins et al., 2007b). Uit datzelfde onderzoek blijkt dat aios minder tevreden zijn over de sociale steun die ze van supervisors ontvangen dan die van verpleegkundigen en collega-artsen (Prins et al., 2007b). Een goede begeleiding en sociale steun is van belang, onderzoek van Prins et al. (2007b) geeft aan dat dat juist door gebrekkige sociale steun een aios in de problemen kan raken. Over de manier waarop de aios door gebrekkige sociale steun precies in de problemen raakt en hoe dit proces tot stand komt is nog weinig onderzoek gedaan. Ook over de sociale steun die aios ontvangen bij de eerder genoemde niet-medische taken is nog geen wetenschappelijk onderzoek gedaan, huidig onderzoek zal zich hier ook op richten.

1.2 Doel- en vraagstelling

Huidig onderzoek richt zich op eerstejaars aios. Uit onderzoek van Prins et al. (2007c) is gebleken dat bij deze groep de ervaren werkstress het hoogste ligt. Middels retrospectief evaluatief onderzoek wordt door tweedejaars en derdejaars aios teruggeblikt op het eerste jaar als aios. Het doel van dit onderzoek is gericht op het verkrijgen van inzicht in, en kennis over de rol die niet-medische taken en sociale steun spelen in de werkstressbeleving van aios. Vanuit dit doel kunnen aanbevelingen gedaan worden voor supervisors, de opleiding en HR-afdeling. Bovendien kan dit onderzoek huidig wetenschappelijk onderzoek over werkstress ervaring van aios aanvullen. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvraag:

Hoe komt de werkstressbeleving van aios tot stand en hoe spelen de ervaren niet-medische taken en sociale steun hierin een rol?

Ten behoeve van het beantwoorden van deze onderzoeksvraag zijn de volgende deelvragen geformuleerd:

- 1 Hoe komt de werkstressbeleving van een aios tot stand?
- 2 Hoe spelen niet-medische taken, en de mate waarin deze taken als onverwacht worden ervaren, een rol in de werkstress beleving van aios?
- 3 Hoe speelt sociale steun een rol in de werkstress beleving van een aios?
- 4 Hoe speelt sociale steun een rol in de ervaring van niet-medische taken door een aios?

Huidig onderzoek wil nieuwe inzichten bieden, daarom is het noodzakelijk om na te gaan wat de relevantie is van dit onderzoek. In de volgende paragrafen worden achtereenvolgens de theoretische, maatschappelijke en praktische relevantie behandeld.

1.3 Theoretische relevantie

De theoretische relevantie van huidig onderzoek zal besproken worden aan de hand van de drie kernconcepten die centraal staan in huidig onderzoek, achtereenvolgens werkstress, sociale steun en niet medische taken.

Vanaf de jaren zestig nam het onderzoek naar psychologische werkstress in organisaties toe (Schaufeli & Bakker, 2007). Hiermee steeg ook het aantal definities voor werkstress. Schaufeli en

Bakker (2007) definiëren werkstress als “een toestand waarin een werknemer niet in staat is, of zich niet in staat acht, om aan de door de werkomgeving gestelde eisen te voldoen” (Schaufeli & Bakker, 2007, p.26). Deze werkeisen zijn niet per definitie negatief, ze veranderen pas in stressoren wanneer de inspanningen om aan de eisen van het werk te voldoen te hoog zijn of wanneer er onvoldoende herstel plaatsvindt (Schaufeli & Taris, 2013, p.183). Wanneer een werknemer een lange tijd werkstress ervaart kan dit uitmonden in een burn-out.

Er is al veel onderzoek gedaan naar de invloed van werkkenmerken op de gezondheid van werknemers (Bakker & Demerouti, 2007). Diverse studies toonden aan dat werkstress kan leiden tot psychologische en lichamelijke gezondheidsproblemen, zoals burn-out (Bakker & Demerouti, 2007; Bakker, Demerouti & Verbeke, 2004; De Jonge, Le Blanc & Schaufeli, 2013). Toch is huidig onderzoek theoretisch relevant om de volgende redenen:

Ten eerste is er nog veel minder onderzoek gedaan naar de oorzaken van werkstress van risicogroepen (Smulders & Houtman, 2014). Binnen huidig onderzoek zijn de aios de specifieke beroepsgroep en risicogroep. Ook onderzoek naar werkstress onder aios is schaars (Prins et al., 2007). Dit is zorgelijk, gezien de riskante, stressvolle en complexe werksituatie, waarin aios zich bevinden (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009). Aios zijn hoogopgeleid en staan aan het begin van hun carrière, hierdoor kunnen zij gezien worden als young professionals. Onderzoek naar young professionals wijst uit dat young professionals, doordat ze aan het begin van hun carrière staan, meer vatbaar zijn voor burn-out symptomen (Schaufeli & Bakker, 2006; Schaufeli & Leiter, 2001). Ook dit toont aan dat aios tot de risicogroep behoren en dat vervolgonderzoek gericht op werkstress van aios van belang is.

Ten tweede laat de kwaliteit van bestaand onderzoek te wensen over, er is grote verscheidenheid onder de variabelen en de variabelen hebben weinig voorspellende kracht (Prins et al., 2007a). Hierdoor zijn bevindingen van bestaand onderzoek inconsequent, wat het lastig maakt om hier conclusies uit te trekken (Prins et al., 2007a), zeker voor een specifieke risicogroep als aios. Daarom is dergelijk context specifiek onderzoek naar de werkstressbeleving van aios zeer wenselijk. Tot slot is er nog weinig onderzoek wat zich specifiek heeft gericht op de groep eerstejaars aios. Juist omdat deze groep de hoogste werkstress ervaart is onderzoek specifiek gericht op eerstejaars aios zeer relevant.

Om werkstress beter in kaart te brengen en goed aan te kunnen pakken, moet ook gekeken worden naar de achtergrond van de werkstressbeleving van aios. Daarom wordt in huidig onderzoek gekeken naar twee mogelijke concepten die een rol kunnen spelen in de werkstress ervaring van een aios, namelijk de rol van sociale steun (1) en de rol van onverwachte niet-medische taken (2).

Sociale steun (1) is juist voor aios, die beschouwd kunnen worden als trainees, van groot belang. Ten eerste zijn trainees vaak onzeker over hun prestaties en hun leervooruitgang, waardoor ze extra sociale steun nodig hebben (Purtillo, Shaw & Arnold, 1998). Ten tweede is bestaand onderzoek over sociale steun vaak kwantitatief van aard. Het onderzoek van Constable & Russell (1986) keek al naar de relatie van sociale steun van een supervisor op de burn-out van de aios, maar was kwantitatief van aard en deed geen uitspraken over de onderliggende mechanismen van de relatie tussen sociale steun en een burn-out. Ook het onderzoek van Prins et al. (2007b) kijkt naar de invloed van sociale steun op burn-out verschijnselen. Uit zijn onderzoek blijkt dat de supervisor op alle drie de burn-out schalen van invloed is. De grootste voorspeller van een burn-out was ontevredenheid over de

emotionele steun van de supervisor. Het onderzoek van Prins et al. (2007b) is echter ook een kwantitatief onderzoek en de gedachtes en gevoelens van de aios worden hierdoor minder goed duidelijk.

We weten dus uit onderzoeken (Bakker, Demerouti & Verbeke 2004; Prins et al., 2007b; Ray & Miller, 1994) dat sociale steun van invloed is op stress, maar we weten nog niet waarom dat zo is, hoe dat proces tot stand komt en welke factoren leiden tot deze samenhang. Daarom is het wetenschappelijk relevant dit te onderzoeken.

Er is nog geen tot zeer beperkt wetenschappelijk onderzoek gedaan naar **niet-medische taken (2)** die aios tegenkomen en de mate waarin deze onverwacht komen. Ten eerste is dit relevant omdat het onderzoek van Berkenbosch & Busari (2011) uitwees dat aios in Nederland een tekort ervaren in hun kennis en kunde op een aantal essentiële managementgebieden. Wat dit voor gevolgen heeft voor het welzijn en de werkstress van een aios is onbekend en theoretisch relevant om te onderzoeken. Ten tweede is er onderzoek gedaan naar niet-medische taken van specialisten. Zo blijkt uit onderzoek van Westerman (2012) dat specialisten stress ervaren door onverwachte managementtaken die zij als aios niet hebben geleerd. Voorbeelden hiervan zijn het aansturen van een team met verpleegkundigen, het leren kennen van het computersysteem en het leren omgaan met een agenda vol met patiënten. Hieruit blijkt dat de mate van ervaren onvoorbereidheid voor de generieke competenties is gecorreleerd met burn-out onder startende specialisten. Terwijl dit niet het geval is voor de onvoorbereidheid voor de medische competenties. Het is theoretisch relevant om te onderzoeken of dit bij aios ook geldt en hoe dit proces tot stand komt. Tot slot is het nog onduidelijk wat het concept niet-medische taken precies inhoudt in de setting van aios en in welke mate deze niet-medische taken voor de aios als onverwacht zullen komen.

1.4 Maatschappelijke relevantie

Het uitgangspunt van de overheid is dat zorg effectief, veilig en op tijd moet zijn (Rijksoverheid, z.j.). De Kwaliteitswet zorginstellingen is in 1996 in werking getreden en waarborgt de kwaliteit van de zorg. Volgens de Kwaliteitswet moeten zorginstellingen verantwoorde zorg bieden die voldoet aan de kwaliteitsstandaarden van de beroepsgroep. Dat houdt in dat zorg doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht verleend moet worden, op een manier die is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt. Zorginstellingen moeten een zogeheten kwaliteitssysteem hebben om zo daadwerkelijk aan de kwaliteit van de zorg te kunnen werken.

Aios zijn gedurende hun opleiding werkzaam in ziekenhuizen en kunnen op deze manier bijdragen aan de kwaliteit van de zorg. Om als aios goed te kunnen functioneren is zowel een goede fysieke als een goede mentale fitheid essentieel (Lases, Lombarts & Heineman, 2012). Hoge werkstress kan grote gevolgen hebben voor de prestaties van aios, en daarmee kan ook de patiëntveiligheid in het geding komen. Gebrek aan mentale fitheid kan leiden tot empathieverlies, het leveren van suboptimale zorg en het maken van meer medische fouten (Lases, Lombarts & Heineman, 2012). Juist in de zorgsector is het maken van fouten onwenselijk, medische fouten kunnen mensenlevens kosten.

Aangezien aios de toekomst binnen de medische zorg zijn, is het een vereiste dat de kwaliteit van de medische specialistische opleiding gewaarborgd blijft (Van der Heijden, Van der Prins & Bakker, 2005). Werkstress kan de kwaliteit van de medisch specialistische opleiding aantasten, wanneer aios

gedurende hun opleiding meer stress ervaren, neemt de medische kennis van de aios af (West, Shanafelt & Kolars, 2011) en neemt de kans op medische fouten toe.

Bovendien stroomt 10% van de aios uit gedurende de opleiding, dit zijn verontrustende cijfers, aangezien er de komende jaren een tekort aan hoogopgeleid zorgpersoneel zal zijn (Joldersma, Laarman-Wierenga & Brink, 2016). Wanneer er een personeelstekort ontstaat, kan dit druk zetten op kwalitatief goede zorg. Het uitvallen van aios levert tevens hoge kosten op voor de maatschappij. Het opleiden van aios kost immers veel geld, gemiddeld ontvangt een ziekenhuis een bedrag van 118.000 tot 158.000 euro per op te leiden aios uit het opleidingsfonds (Waanders & Meyer, 2011). Dit opleidingsfonds wordt gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, en wordt indirect dus van belastinggeld betaald. Academische ziekenhuizen ontvangen tevens een rijksbijdrage werkplaatsfunctie academisch ziekenhuis (art. 1.14 WHW). Wanneer aios uitstromen, kost dit de maatschappij dus geld.

De hoge werkstress en vermoeidheid van aios kan ook leiden tot verzuim. Verzuim levert niet alleen organisatorische problemen op, maar kost het ziekenhuis ook veel geld. Omdat ziekenhuizen voor een groot gedeelte gefinancierd worden door de overheid, betaalt de burger, middels specifieke premieheffing en vanuit algemene belastingheffingen, hier ook aan mee. In het ergste geval kunnen aios door hoge werkstress een burn-out oplopen en uiteindelijk zelfs arbeidsongeschikt worden. Het werk in de zorg is immers fysiek en mentaal zwaarder wat tot hogere schadelast leidt (Zorgvisie, 2015). Arbeidsongeschiktheid kost de maatschappij veel geld, zowel de kosten voor arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, als de kosten voor medische behandelingen en ondersteuning (TNO, 2015).

Vanuit maatschappelijk oogpunt is het omwille van bovengenoemde argumenten noodzakelijk om meer inzicht te krijgen in de werkstress ervaring van aios en de oorzaken hiervan. In de volgende paragraaf zal uiteengezet worden waarom dit ook praktisch gezien relevant is.

1.5 Praktische relevantie

In het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) worden ruim 450 artsen opgeleid tot medisch specialist. Ook voor het UMCG is het zeer onwenselijk als aios te veel werkstress ervaren. Aios kunnen door de hoge werkstress uitvallen en dit levert dan organisatorische problemen voor het ziekenhuis op. Aios nemen immers werkzaamheden over van specialisten en zijn volwaardige werknemers die meegenomen worden in de bezetting. Naast de organisatorische problemen levert verzuim ook hoge kosten op voor het ziekenhuis, bijvoorbeeld loonbetaling bij ziekteverzuim, verzuimbegeleiding, kosten voor vervanging of verschuiving van personeel en eventuele juridische en administratieve kosten (Ploeg, Zwaan, Houtman, Eysink & Bossche, 2016). Uitval van aios betekent voor het ziekenhuis tevens verlies van subsidie en het verloren gaan van opleidingsplaatsen, ook voor de daaropvolgende jaren (Brackel, 2008).

Daarnaast richt het UMCG zich steeds meer op specialistische diagnostiek, onderzoek en behandelingen. Voor sommige zeer complexe behandelingen is het UMCG zelfs het enige ziekenhuis in Nederland. (UMCG, z.j.). Zo is in Nederland het UMCG het enige levertransplantatiecentrum voor kinderen. Door de complexiteit van de behandelingen, neemt ook de complexiteit van het werk van aios toe. Juist bij complexe werkzaamheden kan er niet op de automatische piloot gewerkt worden en wordt er een beroep gedaan op de kundigheid van aios. Daarnaast zorgt complexere zorg er ook voor dat er tussen aios, artsen en verpleegkundigen meer en beter gecommuniceerd en

gecoördineerd moet worden (Leentjens, Gans, Schols & van Weel, 2010). Voor het UMCG staat kwaliteit en veiligheid voorop (UMCG, z.j.) en om deze doelstellingen te behalen moeten de aios optimaal presteren. Om deze doelstelling te behalen en goede kwaliteit zorg te kunnen verlenen, zal het UMCG een hoge werkstress bij aios en andere werknemers moeten voorkomen.

Voor het UMCG is het daarom belangrijk om meer inzicht te krijgen in de werkstress ervaring van een aios. Wanneer dit duidelijk is, kan dit supervisors en andere collega's van aios handvatten bieden die bij kunnen dragen aan een betere begeleiding van aios en een lagere werkstress ervaring van aios. Ook is het belangrijk dat de HR-afdeling van ziekenhuizen en de opleiding hier meer zicht op hebben, zij kunnen supervisors van aios ondersteunen met hun taak als supervisor en hen beter opleiden en bijscholen. Wanneer er meer inzicht is in de niet-medische van aios kan de opleiding het curriculum bekijken en eventueel de HR-afdeling meer inzicht geven over eventuele noodzakelijke bijscholingen voor aios.

Vanuit Human Resource Management (HRM) wordt ook aangegeven dat een organisatie zorgvuldig met personeel om moet gaan. HRM ziet werknemers als menselijk kapitaal en de meest waardevolle middelen van een organisatie om de organisatiedoelen te bereiken (Boselie, 2010). De organisatie prestaties, in dit geval de prestaties van het ziekenhuis, worden bepaald door de manier waarop het management de werknemers optimaal weet te motiveren en hun bekwaamheden weet te benutten. Daarom is het van belang ervoor te zorgen dat de werkstress niet te hoog wordt en het human capital, in huidig onderzoek de aios, goed kan worden ingezet om als ziekenhuis kwalitatief goede zorg te kunnen bieden.

1.6 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk, het theoretisch kader, wordt dieper in gegaan op de kernconcepten van huidig onderzoek. De begrippen werkstress, niet-medische taken en sociale steun zullen hier gedefinieerd en geconceptualiseerd worden. Dit vormt het theoretisch fundament waar huidig onderzoek opgebouwd is. Vervolgens zullen in hoofdstuk 3, het methodehoofdstuk, de methodische onderzoek keuzes toegelicht worden. In hoofdstuk 4 staat de analyse van de onderzoeksresultaten, zoals verkregen uit de interviews met de aios, centraal. Vervolgens zal in hoofdstuk 5 een conclusie getrokken worden die antwoord probeert te geven op de deelvragen en hoofdvraag. Tot slot staat in hoofdstuk 6 de discussie centraal, hier is ruimte voor een kritische reflectie op de onderzoeksresultaten en het onderzoeksproces, aanbevelingen voor vervolgonderzoek en een advies aan de onderzoeksorganisatie, het UMCG.

Hoofdstuk 2: Theoretisch kader

Dit hoofdstuk heeft als doel om verdieping te geven in de beschikbare theorieën over werkstress, niet-medische taken en sociale steun. Aan de hand van deze wetenschappelijke theorieën vindt de conceptualisering plaats. In paragraaf 2.1 wordt het begrip werkstress geconceptualiseerd, aan de hand van theorieën over werkstress, uitkomsten van werkstress en modellen over werkstress. Vervolgens wordt in paragraaf 2.2 dieper ingegaan op de definiëring en conceptualisering van onverwachte niet-medische taken, waarna in paragraaf 2.1.1 gekeken wordt wat de gevolgen van onverwachte niet-medische taken voor werkstress kunnen zijn. In paragraaf 2.3 staat de conceptualisering van sociale steun centraal en in paragraaf 2.4 wordt vanuit een breder perspectief gekeken naar andere mogelijke oorzaken van werkstress. Dit hoofdstuk wordt in paragraaf 2.5 afgesloten middels het opstellen van een aantal verwachtingen.

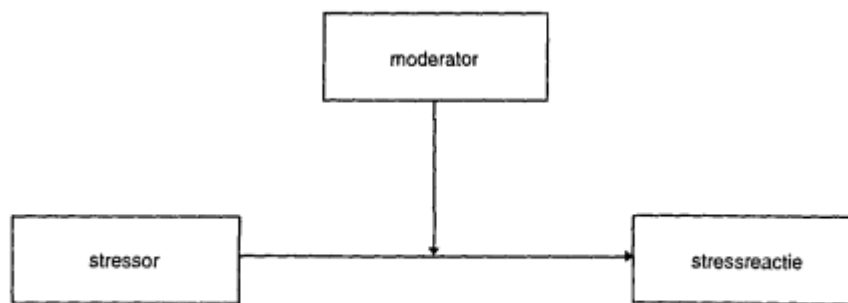
2.1 Werkstress

Er is al veel onderzoek gedaan op het gebied van werkstress, vanaf de jaren zestig nam het onderzoek naar psychologische werkstress in organisaties toe (Schaufeli & Bakker, 2007). In de theorieën over stress is onderscheid te maken tussen “general nature of resource” versus “appraisal theories”. Tegenwoordig krijgen resource-based theorieën meer aandacht, deze theorie gaat namelijk verder dan enkel het individu en kijkt ook naar de sociale, economische en omgevingsresources bij het bepalen van stress en de gevolgen van stress (Hobfoll, 2001). Omdat aios in een complexe werkomgeving werken, is het van belang deze werkomgeving ook mee te nemen in de werkstress ervaring van aios, daarom richt huidig onderzoek zich op het individu in de werkomgeving.

Werkstress is in de loop van de jaren op verschillende manieren gedefinieerd. Volgens Schaufeli (2000) kan werkstress in drie groepen onderverdeeld worden. Als eerste kan werkstress gezien worden als stimulus, dit betekent dat een bepaalde situatie actieve aanpassing vereist, waarbij moeite gedaan moet worden om er het hoofd aan te bieden (Schaufeli, p.5). Als tweede kan stress ook optreden als reactie. Hierbij gaat het om waargenomen spanningsacties die zich op verschillende manieren kunnen uiten, zoals concentratieverlies, besluiteloosheid en transpireren (Schaufeli, p.6). Als derde kan stress ook als interactie optreden. Hierbij gaat het om het samenspel van het individu en de omgeving (Schaufeli, p.6). Er is dan sprake van stress omdat een individu zich niet in staat voelt om te voldoen aan de eisen die de omgeving stelt.

Ondanks de vele definities van werkstress en inzichten over werkstress is er de afgelopen jaren toch enige consensus opgetreden. Volgens Schaufeli (2000) leidt de werksituatie (stressor) in combinatie met de moderator tot een stressreactie, oftewel werkstress. Stressoren kunnen onderverdeeld worden aan de hand van de 4 A's: arbeidsomstandigheden, arbeidsvoorwaarden, arbeidsinhoud en arbeidsverhoudingen. Arbeidsomstandigheden richt zich op de fysieke omgeving, bijvoorbeeld lawaai of een verkeerde werkhouding. Arbeidsvoorwaarden zijn bijvoorbeeld een dreigend ontslag, maar ook geringe loopbaanperspectieven. Arbeidsinhoud richt zich op de taakomgeving, en bevat bijvoorbeeld rolproblemen, maar ook niet-medische taken kunnen hier deel van uit maken. Tot slot

richt arbeidsverhoudingen zich op de sociale omgeving, sociale steun is hier een belangrijk onderdeel van.



Figuur 1-1 Schematische weergave van het werkstressmodel

Figuur 2: Schematische weergave van het werkstressmodel (Schaufeli, 2000)

In de figuur hierboven wordt het werkstressmodel door Schaufeli (2000) schematisch weergegeven. De moderator uit de schematische weergave van het werkstressmodel bevat de aspecten en eigenschappen van een persoon en de omgeving, die hem of haar minder vatbaar maken voor stress (Schaufeli, 2000, p.7). Perfectionisme is een eigenschap wat veel aiOS bezitten (Bos, Greijn & van der Gulden, 2016), dit kan een aiOS dus minder vatbaar maken voor stress. Hoe de persoon met stress omgaat wordt coping genoemd. Coping kan worden opgevat als de kwaliteit van de psychologische aanpassing van de mens op de lange termijn (Van Bekkum en Gouw, 2005).

Middels het model van Schaufeli is de volgende definitie van werkstress ontstaan “een toestand waarin een werknemer niet in staat is, of zich niet in staat acht, om aan de door de werkomgeving gestelde eisen te voldoen” (Schaufeli & Bakker, 2007, p.26).

Zowel in de praktijk als in de theorie worden de begrippen werkdruk en burn-out onlosmakelijk verbonden met werkstress. Ondanks dat deze begrippen vaak door elkaar heen worden gebruikt, hebben ze een andere betekenis. Ulenbelt (1992) definieert werkdruk als iets wat ontstaat als iemand zijn taken niet meer binnen de gestelde tijd of normen kan uitvoeren (Ulenbelt, 1992). Werkdruk is een van de oorzaken van werkstress, stress is namelijk een reactie op de werkdruk (Smulders, Ruysseveldt & Taverniers, 2009). Wanneer een werknemer een lange tijd werkstress ervaart kan dit uitmonden in een burn-out. Een burn-out kan ontstaan wanneer er een afname plaatsvindt in mentale en fysieke energiebronnen. Een burn-out is een staat waarin energiebronnen van het individu, door langdurige overbelasting, zijn uitgeput of, letterlijk vertaald, zijn opgebrand (Demerouti et al., 2001). Een burn-out wordt gekenmerkt door emotionele uitputting, depersonalisatie en een afname van persoonlijke prestatie (Kokkinos, 2007; Swider & Zimmerman, 2010).

2.1.1 Stress uitkomsten

Zoals in de inleiding reeds uiteengezet kan werkstress tot veel gevolgen leiden. Deze gevolgen zijn weer te geven op micro, macro en meso niveau.

Op microniveau kan een hoge mate van werkstress ertoe leiden dat er onnodige fouten worden gemaakt in het werk, medewerkers snel geïrriteerd raken, mogelijk overspannen raken en in de

ziektewet belanden (Schaufeli & Bakker, 2007). Een langdurige hoge werkstress kan schadelijk zijn voor de gezondheid van een individu, zowel voor de psychische gezondheid (bijvoorbeeld overspannenheid en burn-out), maar ook de lichamelijke gezondheid (Schaufeli & Taris, 2013). Zo verhoogt een langdurige hoge werkstress de kans op een hartinfarct.

Op meso niveau zijn voorbeelden van negatieve gevolgen voor organisaties ontevreden klanten/patiënten, een hoog ziekteverzuim onder het personeel en hogere kosten voor de organisatie (Van den Bent, 2004). Tevens kan werkstress voor zorgen dat er een vicieuze cirkel ontstaat. Werknemers kunnen door een hoog ervaren werkstress gezondheidsklachten krijgen en hierdoor langdurig thuis blijven zitten (Van den Bent, 2007). Wanneer veel aios door een hoge werkdruk thuis komen te zitten, komt er nog meer werk op het bordje van hun collega's terecht en hierdoor kan de werkstress van deze collega's ook weer stijgen.

Ook op macroniveau, vormt een te hoge werkstress op maatschappelijk vlak een probleem. Werknemers die in de ziektewet belanden of zelfs arbeidsongeschikt raken, hebben recht op een uitkering. Deze zal door de maatschappij moeten worden opgebracht.

Een hoge werkstress heeft echter niet alleen negatieve gevolgen. Het kan ook functioneel zijn en leiden tot 'positieve stress', zoals Boon (1999) dit definieert. Enige vorm van stress kan werknemers alert en actief houden. Bovendien kan enige stress ervoor zorgen dat extra inspanning juist wordt beloond met het behalen van het beoogde resultaat voor de werknemer. Hier moet dan wel voldoende hersteltijd mogelijk zijn.

2.1.2 Stress modellen

In de loop der jaren zijn diverse werkstress modellen ontwikkeld. Het Job Demands-Resources model (JD-R model) is een veelgebruikt model om de relaties tussen werkkenmerken en werkuitkomsten te bekijken. Het JD-R model van Demerouti et al. (2001) onderscheidt gepercipieerde werkeisen (job demands) en gepercipieerde energiebronnen (job resources). Job demands (werkeisen) zijn "those physical, social, or organizational aspects of the job that require sustained physical or mental effort and are therefore associated with certain physiological and psychological costs" (Demerouti et al., 2001, p. 501). Voorbeelden hiervan zijn werkdruk, zwaar tillen, interpersoonlijke conflicten en emotionele interacties met patiënten. Hoge werkeisen kunnen leiden tot stressacties en uitputting. Niet-medische taken en de mate waarin deze onverwacht komen kunnen in huidig onderzoek beschouwd worden als taakeisen/stressoren. Daartegenover staan energiebronnen, dit zijn psychologische en sociale aspecten die juist leiden tot hogere motivatie en productiviteit (Schaufeli & Taris, 2014). Energiebronnen zijn psychologische, sociale of organisatorische aspecten van het werk die zorgen voor bijvoorbeeld (a) functioneel zijn in het bereiken van werkdoelen; (b) het verminderen van taakeisen en de daarmee samenhangende psychologische en fysieke lasten en (c) het stimuleren van persoonlijke groei en ontwikkeling (Demerouti et al., 2001, p. 501). Voorbeelden hiervan zijn het ontvangen van feedback, sociale steun en het ontvangen van coaching (Schaufeli & Bakker, 2004, p. 296). In huidig onderzoek kan sociale steun beschouwd worden als energiebron.

Het JD-R model stelt dat deze twee processen (werkeisen en energiebronnen) een rol spelen bij het ontstaan van stressreacties. Bijvoorbeeld een tekort aan energiebronnen kan ertoe leiden dat de werknemer niet kan voldoen aan werkeisen, dit geeft een onbevredigd gevoel en kan leiden tot een stressreacties en uiteindelijk van invloed zijn op de organisatieprestaties. In 2004 hebben Schaufeli en Bakker het JD-R model uitgebreid. Werkeisen en energiebronnen kunnen namelijk ook leiden tot

bevlogenheid, een positieve toestand (Schaufeli en Bakker, 2004). Bevlogenheid betekent opperste voldoening bij werknemers, dat gekenmerkt wordt door vitaliteit, toewijding en absorptie (Schaufeli & Bakker, 2004) en leidt tot positieve uitkomsten als organisatiebetrokkenheid, loyaliteit en prestatie (Schaufeli & Taris, 2013, p.186).

Het JD-R model veronderstelt twee psychologische processen, namelijk het motivatieproces en het uitputtingsproces. Het motivatieproces koppelt job resources, via engagement, aan organisatieprestaties. Wanneer een werknemer positief is over job resources en dit zijn basisbehoeften vervult, zal de werknemer meer bevlogen zijn en dit zal weer leiden tot een lagere turnover-intentie. Het uitputtingsproces linkt job demands, via burn-out/werkstress, aan gezondheidsproblemen. Verondersteld kan worden dat te hoge job demands, die veel energie kunnen kosten, kunnen leiden tot burn-out/stress verschijnselen en uiteindelijk zelfs tot gezondheidsproblemen.

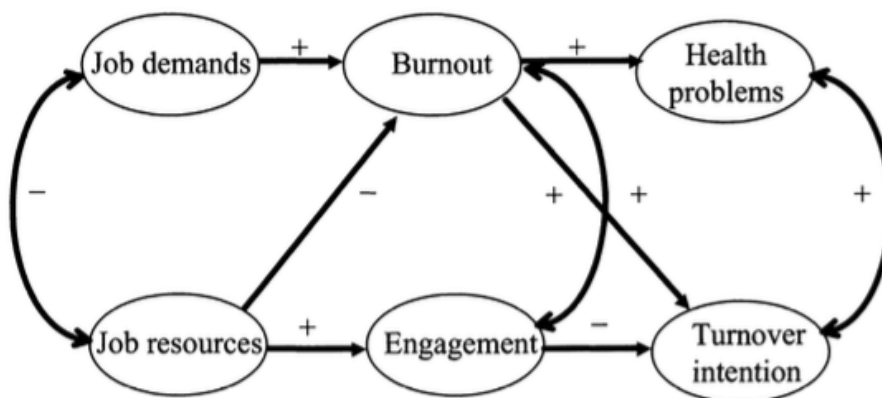


Figure 1. The research model

Figuur 3: JD-R model (Schaufeli & Bakker, 2004)

Huidig onderzoek kiest bewust voor het JD-R model, het JD-R model is ten opzichte van de andere werkstressmodellen uniek. Ieder kenmerk kan zowel als positief en als negatief gezien worden, wat er voor zorgt dat het model heel breed toepasbaar is. Het heuristische, flexibele karakter JD-R model is voor huidig onderzoek geschikt omdat elk werkkenmerk als energiebron kan worden beschouwd. Schaufeli en Taris (2013) geven aan dat dit nadelig kan zijn voor de generaliseerbaarheid van onderzoek, echter maakt het JD-R model maatwerk mogelijk. Bovendien is het JD-R model in 2004 uitgebreid en werd ook bevlogenheid opgenomen in het model (Schaufeli & Bakker, 2004). Uit onderzoekstudies die tot nu toe over het JD-R Model of gedeelten daarvan zijn gedaan, blijkt dat de assumpties van het model in het algemeen worden bevestigd (Demerouti & Bakker, 2011). Dit in tegenstelling tot andere werkstressmodellen zoals het Michigan model, het Person-Environment Fit model en het Vitaminemodel die veelal methodologische problemen kennen.

- Het Michigan organisatie-stressmodel (Caplan, Cobb, French, Harrison & Pinneau, 1975) gaat er vanuit dat werknemers hun werkomgeving interpreteren. Persoonseigenschappen spelen hierbij dus een belangrijke rol. Wanneer de werknemer de omgeving als belastend ervaart kan er stress optreden. De subjectieve werkomgeving wordt beïnvloed door de objectieve, feitelijke, omgeving. Hoewel het Michigan model een degelijk model is, wat in cross-sectioneel en longitudinaal bevestigd is, kan het model wel als eenzijdig beschouwd worden.

De subjectieve interpretatie van de werkomgeving geeft het beeld dat de werknemer verantwoordelijk gesteld wordt voor stress en dat werkgevers buiten beschouwing worden gelaten. Concrete aanknopingspunten voor de praktijk zijn dan ook nauwelijks mogelijk (de Jonge, Le Blanc & Schaufeli, 2003).

- Het Person-Environment Fit model (French, 1981) is de uitbreiding van het Michigan model en gaat er vanuit dat dat stress wordt veroorzaakt door een misfit tussen de persoon en omgeving. Het model definieert stress als een misfit tussen de persoonlijke mogelijkheden en de eisen vanuit de (werk)omgeving (de Jonge, Le Blanc & Schaufeli, 2013). Het Person-Environment Fit model (French, 1981) kent theoretische en methodologische problemen, onder andere omdat de P-E Fit variabele moeilijk wiskundig te formuleren is, zonder dat vertekening of misinterpretatie optreedt. Daarnaast lijkt een objectieve misfit tussen de feitelijke toestand van de werknemer en de objectieve kenmerken van de werkomgeving moeilijk te bepalen (de Jonge, Le Blanc & Schaufeli, 2013).
- Het Vitaminemodel (Warr, 2007) vergelijkt de invloed van omgevingskenmerken op de mentale gezondheid van het individu. In dit model wordt het effect van arbeid en omgevingskenmerken op geestelijke gezondheid vergeleken met het effect van vitamines op de lichamelijke gezondheid. Zo hebben Constant Effect factoren (vitamines) een positief effect en kunnen werknemers hier nooit een overdosis van krijgen, bij Additional Decrement factoren (vitamines), bijvoorbeeld prestatie-eisen, kan wel een overdosis ontstaan met stress tot gevolg. Het Vitaminemodel (Warr, 2007) is nog niet in zijn totaliteit getoetst, daarnaast zijn de resultaten van empirische studies niet eenduidig en is het onderzoek nog niet longitudinaal gerepliceerd, waardoor geen uitspraken over de causaliteit van de gevonden verbanden gedaan kunnen worden (Rydstedt, Ferrie & Head, in de Jonge, Le Blanc & Schaufeli, 2013).

Wanneer het JD-R model tegen andere stressmodellen wordt afgezet blijkt dat het JD-R model voor huidig onderzoek uitermate geschikt om te gebruiken. Vanwege het flexibele karakter kan het model er steeds weer anders uit zien, waardoor maatwerk mogelijk wordt en het in de praktijk gemakkelijk te gebruiken is.

Zoals eerder weergegeven komen in het JD-R model, naast energiebronnen, ook stressoren voor. Dat zijn taakeisen die kunnen leiden tot stressacties en uitputting. In de volgende paragraaf zal de conceptualisering van één van de mogelijke stressoren, niet- medische taken, centraal staan.

2.2 Onverwachte niet-medische taken

Hoewel niet-medische taken in enkele onderzoeken besproken worden (Westerman, 2012), geeft geen van deze onderzoeken een definitie weer van niet-medische taken. Niet-medische taken en competenties worden wel vaak beschouwd als generiek, ondersteunend en niet aan een specialisme gebonden (KNMG, z.j.).

Bij gebrek aan een bestaande definitie van niet-medische taken, kiest huidig onderzoek er voor om zelf een definitie op te stellen: *Alle algemene, ondersteunende taken die niet in direct contact met de patiënt uitgevoerd worden en waarvoor in enge zin geen vakdeskundige expertise vereist is.*

Om onverwachte niet-medische taken in dit het theoretisch kader te kunnen conceptualiseren worden verschillende Psychologische HRM en Organisational Behavior theorieën, die te maken hebben met onverwachte niet-medische taken, gebruikt. Dit zijn informal job tasks, soft & hard

skills, perceived task complexity, ervaren oneigenlijke taken en het psychologisch contract. Ook wordt gebruik gemaakt van het CanMEDS raamwerk wat competenties aanreikt die noodzakelijk zijn voor het uitvoeren van niet-medische taken.

Ten eerste spelen **informal job tasks** hierbij een rol. Witman (2010) omschrijft deze informele taken ook wel als verborgen taken. Informele taken vallen buiten het curriculum en vallen dus buiten het plan, wat het doel, de leerinhoud en de werkvorm aangeeft. Voorbeelden van informele, verborgen taken, zijn ongeschreven regels en het ontwikkelen van de eigen logica van de medische wereld (Witman, 2010). Dit is een tegenhanger van formele taken, dan staat zwart op wit wat bekend is; geformuleerd als doelen, de leerstof, beleid, en tegenwoordig ook competenties (Hafferty, 1995; Windolf, 1981).

Ten tweede is er ook sprake van **perceived task complexity**. Taakcomplexiteit verwijst naar werk dat een hoge concentratie en doelgerichte informatieverwerking vereist en kan ook opgevat worden als het tegenovergestelde van eenvoudig, routinematig werk (Van Ruysseveldt, de Witte & Smulders, 2009, p.13). Taken die als te complex ervaren worden, kosten de werknemer ook meer tijd, aangezien er meer signalen moeten worden verwerkt. Taakcomplexiteit kan echter ook tot motivatie en bevlogenheid leiden, doordat het meer ruimte biedt voor autonomie, zelfstandigheid en groei (Van Ruysseveldt et al., 2009). Taken die nieuw zijn en nog geleerd moeten worden, zijn complexer als taken die werknemers al jarenlang uitvoeren.

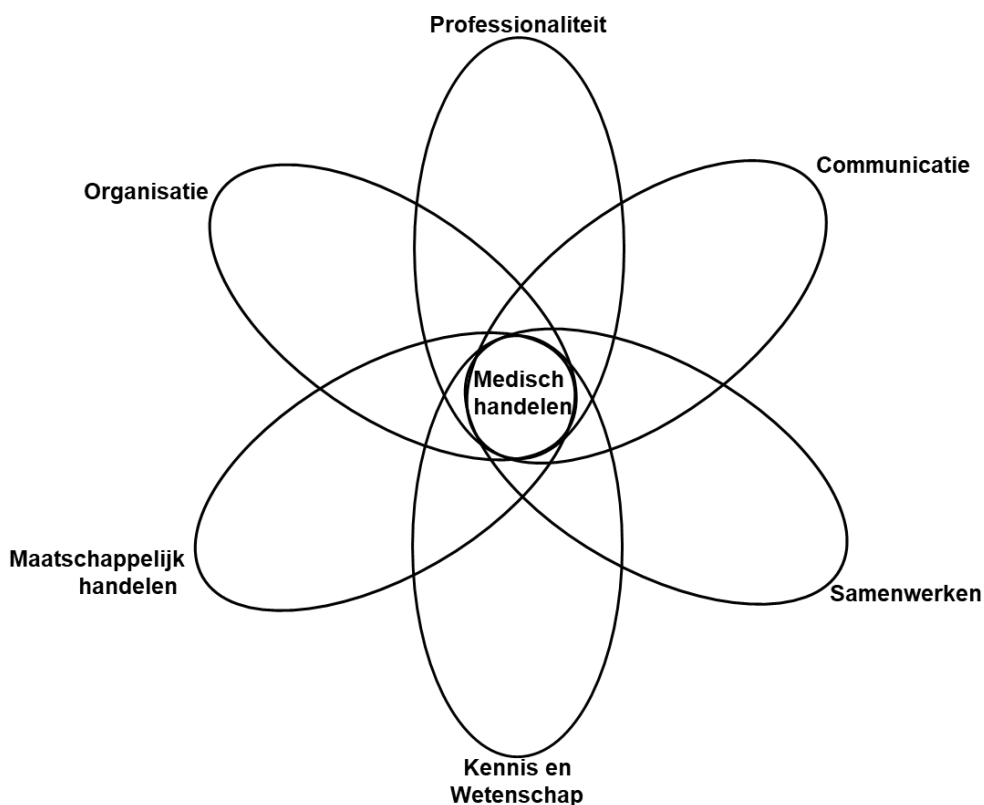
Ten derde speelt de tegenstelling tussen **soft en hard skills** (Laker & Powell, 2011) een rol. Met soft skills worden de interpersoonlijke competenties bedoeld, zoals het vermogen om jezelf goed te managen, en interpersoonlijke vaardigheden, zoals hoe men omgaat met anderen (Laker & Powell, 2011). Soft skills zijn sector overstijgend. Met hard skills gaat het daarentegen om aan het werk gerelateerde kennis en vaardigheden (Laker & Powell, 2011). Een voorbeeld hiervan is het maken van een echo, een arts heeft dan een bepaalde kundigheid en kennis om de taak op een bepaalde manier uit te voeren (Andrews & Higson, 2008). Hard skills worden aangeleerd gedurende de opleiding.

Ten vierde speelt de perceptie van **oneigenlijke, niet primaire, taken** ook een rol. Dit zijn taken die door werknemers als niet hun eigen taken worden beschouwd. Diverse onderzoeken geven aan dat oneigenlijke taken in de werksituatie als belastend worden ervaren (de Jongh, te Brake, Devilé, de Bakker, 2007; Hombergh et al., 2013; Terluin, 2003). Noordegraaf en Sterrenburg (2009) noemen taakbeleving als één van de oorzaken van regeldruk. Hoe meer taken door aios als secundair of oneigenlijk worden gezien, hoe hoger de regeldruk is die wordt ervaren.

De onverwachtheid die mogelijk met niet-medische taken gepaard gaat, wordt besproken geconceptualiseerd aan de hand van het psychologisch contract. Het **psychologisch contract** (Rousseau, 2007) wordt gevormd tijdens de eerste periode dat een werknemer bij een nieuwe organisatie aan de slag gaat. In die eerste periode worden verwachtingen en ervaringen nog voortdurend verder ontwikkeld en bijgesteld door het socialisatieproces, waarin kennis wordt gemaakt met wijdverbreide assumpties, waarden en algemene verwachtingen die deel uitmaken van de organisatiecultuur (Schalk, de Jong & Freese, 2007). Het psychologisch contract bevat de verwachtingen van werknemers over wederzijdse verplichtingen tussen de werknemer en de organisatie. Nadat het psychologisch contract als het ware gevormd is, kan deze bevestigd en geschonden worden.

Om niet-medische taken uit te kunnen voeren hebben medici bepaalde competenties nodig. De niet-medische competenties komen terug in het Canadian Medical Education Directives for Specialists (CanMEDS) raamwerk, ontwikkeld door "Royal College of Physicians and Surgeons of Canada". Het CanMEDS raamwerk is minder theoretisch onderbouwd, maar biedt wel een duidelijk raamwerk die wordt gebruikt om opleiding en bij- en nascholing van zorgverleners te kwalificeren in termen van competenties. Het model richt zich naast het medisch, vakinhoudelijk handelen, ook op zes niet-medische competenties (Borleffs, Mourits & Scheele, 2015). Deze zijn onderverdeeld in communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, professionaliteit, organisatie en maatschappelijk handelen. Communicatie richt zich op een effectieve behandelrelatie met een patiënt en adequate verslagvoering met familie. Samenwerking richt zich op doelmatige overleggen met collega's, adequaat consult leveren en interdisciplinair samenwerken. Ten derde richt kennis en wetenschap zich op de wetenschappelijke verbreding van medische informatie en het ontwikkelen en onderhouden van een persoonlijk bij- en nascholingsplan. Als vierde richt maatschappelijk handelen zich op het bevorderen van patiënten en de gemeenschap als geheel, volgens de wettelijke bepalingen. Ten vijfde bevat de competentie organisatie het effectief en doelmatig organiseren van het werk, met behulp van timemanagement. Als laatste richt professionaliteit zich op de ethische normen binnen het beroep, het uitvoeren van zorg op een integere, oprechte en betrokken wijze en het kennen van de grenzen van de eigen medische competenties.

Figuur 4: CanMEDS (Powerpoint Nestor UMCG, z.j.)



In de volgende paragraaf wordt besproken wat de niet-medische taken voor invloed op werkstress kunnen hebben.

2.2.1 Gevolgen onverwachte niet-medische taken voor werkstress

Wegens het gebrek aan bestaande literatuur over niet-medische taken, wordt aan de hand van de eerder besproken literatuur die gebruikt is om het concept wetenschappelijk in te kleden, bekeken of deze concepten al in verband zijn gebracht met werkstress. Van de eerdergenoemde vijf concepten die in de vorige paragraaf zijn besproken, worden alleen taakcomplexiteit, oneigenlijke taken en het psychologisch contract door verschillende onderzoekers al aan werkstress gekoppeld.

Taakcomplexiteit speelt een rol in de werkstress ervaring. Taken die te complex ervaren worden, kosten de werknemer ook meer tijd, aangezien er meer signalen moeten worden verwerkt, wat tot meer mentale belasting kan leiden (Gupta, Li & Sharda, 2013, p. 139). Het onderzoek van Berkenbosch & Busari (2011) geeft weer dat aios hun managementcompetenties als middelmatig of zelfs niet adequaat beschouwen. Hoewel niet bekend is wat dit voor invloed heeft op de werkstress ervaring, kan ingeschat worden dat wanneer aios te weinig competenties hebben voor niet-medische taken, ze deze taken als complex ervaren, wat dus meer mentale belasting geeft (Gupta, Li & Sharda, 2013).

Wanneer niet-medische taken door de eerstejaars aios als oneigenlijke worden ervaren, ervaren zij deze waarschijnlijk ook als belastend (de Jongh, te Brake, Devilé, de Bakker, 2007; Terluin, 2003; van den Hombergh et al., 2013). Uit onderzoek van Houtman, Kompier, Smulders & Bongers (1994) blijkt tevens dat wanneer werknemers werk als oninteressant ervaren, zij hier stress door kunnen ervaren.

Ook niet-medische taken die werknemers niet verwachten, worden als stressvol ervaren (Beckett, Hulbert & Brown, 2006). Dit komt overeen met het onderzoek van Westerman (2012) wat zich richtte op medisch specialisten en hun ervaren stress door onverwachte managementtaken die zij als aios niet hebben geleerd. Hieruit blijkt dat de mate van ervaren onvoorbereidheid voor de generieke competenties is gecorreleerd met burn-out onder startende specialisten. Terwijl dit niet het geval is voor de onvoorbereidheid van de medische competenties. Daarnaast is dit ook te verklaren door het eerder besproken psychologisch contract. Uit onderzoek blijkt dat wanneer het psychologisch contract geschonden wordt, dit effecten heeft op de gezondheid van de werknemer. Zo kan het schenden van het psychologisch contract, en dus de verwachtingen van de werknemer, leiden tot symptomen van stress, zoals emotionele uitputting, wat kan uitmonden in ziekteverzuim (Schalk, de Jong & Freese, 2007).

Huidig onderzoek probeert het begrip 'niet-medische taken' voor aios verder in te kunnen kleden en te kunnen onderzoeken in hoeverre deze niet-medische taken onverwacht komen en wat voor rol deze niet-medische taken in de werkstress ervaring van aios spelen. De volgende paragraaf richt zich op sociale steun en de rol die sociale steun speelt in werkstress ervaring.

2.3 Sociale steun

Rond 1985 steeg de interesse in het concept "social support" (sociale steun). Men ging inzien dat de aanwezigheid van sociale steun de gezondheid en de emotionele well-being van een werknemer positief kan beïnvloeden (Sherbourne & Stewart, 1991). Door de stijgende interesse in sociale steun, steeg ook het aantal empirische onderzoeken over dit concept, waarin sociale steun ook veelal aan

andere concepten werd gekoppeld. Er is tot op heden echter geen eenduidige definitie van sociale steun (Uchino, 2006).

Gottlieb definieerde social support in 1985 als *“social support is a feedback provided via contact with similar and valued peers”*. Hij richtte zich dus specifiek op feedback. In 2010 werd deze definitie uitgebreid: *“The social resources that persons perceive to be available or that are actually provided to them by nonprofessionals in the context of both formal support groups and informal helping relationships”* (Gottlieb & Bergen, 2010).

Huidig onderzoek richt zich echter enkel op sociale steun zoals ontvangen tijdens het werk. De definitie die huidig onderzoek dan ook hanteert is: *sociale steun zijn de sociale bronnen waarvan personen veronderstellen dat ze beschikbaar zijn, of sociale bronnen die daadwerkelijk verleend worden, door collega’s (supervisors, aios, verpleegkundigen etc.) op de werkvloer.*

Deze sociale steun kan op verschillende manieren gegeven worden en door verschillende personen. Sociale steun kan opgedeeld worden in vier type behaviors: emotional, instrumental, informational en appraisal (House 1981, Barrera 1986, Tilden & Galyen, 1987). Emotionele steun bevat volgens House (1981) de mate van verzorging, empathie, liefde en het vertrouwen wat de ontvanger ontvangt. Bij instrumentele ondersteuning gaat het om praktische hulp, Weinert (1987) definieert dit als de verstrekking van tastbare hulpmiddelen. Ten derde gaat het bij informatieve ondersteuning om het geven van de nodige informatie aan de ontvanger, zoals adviezen en suggesties. Cronenwett (1985) geeft aan dat deze informatie vooraf gegeven wordt om de ontvanger te helpen met het oplossen van een probleem. Tot slot houdt appraisal (waardering) steun de waardering en erkenning in die de ontvanger ontvangt. House (1981) noemt hulp, welke zich richt op de self-evaluatie van de ontvanger, ook als appraisal support.

In de volgende paragraaf worden de uitkomsten van sociale steun besproken.

2.3.1 Sociale steun uitkomsten

Er zijn verschillende studies geweest die hebben gekeken naar de uitkomsten van sociale steun. Gesteld kan worden dat sociale steun op het werk overbelasting laat afnemen. Zo kan een hoge mate van steun van de leidinggevende leiden tot een hogere moraal en betrokkenheid bij de werknemer (Podsakoff et al., 2000). Wanneer er een gebrek aan sociale steun is, heeft dit een direct effect op emotionele uitputting en depersonalisatie, twee van de drie burn-out indicatoren (Bakker, Demerouti, & Verbeke, 2004).

De begeleiding van de supervisor kan ook zorgen voor een bufferend effect. Een bufferend effect betekent dat een stressor onder invloed van sociale steun als minder sterk ervaren wordt (Peeters, Schaufeli & Buunk, 1992).

Uit onderzoek van Henning, Ey & Shaw (1998) blijkt dat in het bijzonder trainees, wat aios in feite ook zijn, behoefte hebben aan sociale steun. Ook in de ziekenhuissector is hier onderzoek naar gedaan, verpleegkundigen die meer sociale steun van hun leidinggevende ontvingen, bleken een hogere moraal en betrokkenheid te hebben, met name verpleegkundigen in de publieke sector (Brunetto, Farr-Wharton & Shacklock, 2010). Onderzoek van Prins et al. (2007b) heeft zich specifiek gericht op de sociale steun die aios ontvangen. Er worden vier verschillende groepen onderscheiden waar aios sociale steun van kunnen ontvangen: supervisors, collega-aios, verpleegkundigen en patiënten. Uit dit onderzoek bleek dat aios het minst tevreden zijn met de sociale steun die zij van

supervisors ontvingen. De ontevredenheid over de sociale steun van de supervisor bleek een voorspellend effect op burn-out factoren te hebben. Sociale steun van collega-aios had geen significante correlatie met burn-out verschijnselen, maar aios gaven ook niet aan dat zij een tekort aan sociale steun van hen ervaren. De sociale steun van verpleegkundigen vertoonde enkel zwakke correlaties. Twee derde van de respondenten gaf aan dat sociale steun van patiënten niet van toepassing is, wat wellicht kan komen door de asymmetrische natuur van de dokter-patiënt relatie (Haug, 1994). Onderzoek van Prins et al. (2007b) is echter kwantitatief van aard, waardoor achterliggende gedachten en gevoelens niet naar voren kwamen.

Formeel gezien hoort een aios van zijn of haar supervisors sociale steun te ontvangen. Een theorie die kijkt naar de relatie tussen leider en volger is de leader-member-exchange theorie (LMX theorie). De basisaannname van de LMX theorie is dat leidinggevendenden geen algemene leiderschapstijl aannemen, maar met elke werknemer een individuele relatie ontwikkelen die verschilt in kwaliteit. Een hoge kwaliteit LMX relatie wordt gekenmerkt door wederzijdse steun, vertrouwen en respect (Brunetto, 2010). Deze werknemers behoren tot de 'in-group' en hebben gemakkelijk toegang tot informatie, steun en participatie in de besluitvorming. Dit maakt het voor hen makkelijker om taken uit te voeren en werk gerelateerde problemen op te lossen (Brunetto, 2010). Hoe hogere kwaliteit sociale uitwisseling (LMX), hoe meer bevlogenheid (Cropanzano & Mitchell, 2005) en hoe minder kans op een burn-out (Schaufeli, 2006).

Naast onverwachte niet-medische taken en een gebrek aan sociale steun kunnen er andere zaken zijn die een rol spelen in de werkstress ervaring van een aios, deze worden in de volgende paragraaf besproken.

2.4 Breder perspectief – andere mogelijke oorzaken werkstress

Vanwege het open karakter van huidig onderzoek kunnen er naast (een gebrek aan) sociale steun en niet-medische taken ook andere zaken naar voren komen die een rol spelen in de werkstress beleving van een aios. Beschouwd vanuit het JD-R model kunnen deze oorzaken van werkstress als stressoren beschouwd worden. Te denken valt aan een verstoorde werk-privé balans (Prins et al., 2007a), een gebrek aan ervaren autonomie (Prins et al., 2007a) en de heersende masculiene cultuur (Prins, 2013).

Aios maken veelal erg lange werkdagen, en werken vaak meer dan 48 uur per werkweek. Hierdoor kan de balans tussen werk en privé verstoord raken (Prins et al., 2007), wat weer kan leiden tot werkstress. Gezien de leeftijdsfase waarin aios zich bevinden, gemiddeld begin 30, combineren veel aios hun werkzaamheden met een gezinsleven met jonge kinderen, wat de balans tussen werk en privé extra lastig en stressvol kan maken. Daarnaast blijkt uit onderzoek dat aios een gebrek aan autonomie ervaren (Prins et al., 2007a). Aios worden vaak niet bij de besluitvorming over de dagelijkse gang van zaken betrokken en krijgen hierdoor het gevoel 'geleefd te worden'. Een gebrek aan autonomie kan leiden tot werkstress (Van der Heijden et al., 2005). Tot slot wordt geneeskunde steeds meer een feminien vak, terwijl de heersende cultuur nog erg masculien is (Prins, 2013). Wanneer vrouwen bijvoorbeeld ouderschapsverlof aanvragen wordt hier nog raar van op gekeken. Voor vrouwen zou deze masculiene werkcultuur tot werkstress kunnen leiden.

Kortom, er zijn andere zaken die ook een rol kunnen spelen in de werkstress ervaring van aios, waar huidig onderzoek ook open voor staat. Echter, wegens het gebrek aan reeds uitgevoerd onderzoek naar niet-medische taken en sociale steun probeert huidig onderzoek zich hier primair op te richten.

Daarnaast is bestaand onderzoek naar de werkstress ervaring van aios grotendeels kwantitatief, hierdoor zijn er wel verschillende verbanden duidelijk geworden, bijvoorbeeld een negatieve relatie tussen sociale steun en werkstress. Het is echter nog onduidelijk hoe deze verbanden tot stand komen bij eerstejaars aios, er zit als het ware nog een black box tussen sociale steun enerzijds en werkstress anderzijds. Huidig onderzoek tracht er achter te komen hoe aios sociale steun ervaren en op welke manier dit een rol speelt in hun werkstress ervaring.

In de volgende paragraaf worden voorzichtig verwachtingen uitgesproken over huidig onderzoek.

2.5 Verwachtingen

Kijkend vanuit de onderzoeken van onder andere Prins, van den Heijkant, Tomlow & van der Heijden, (2016), Prins (2006) en Van den Heijkant (2016) lijkt het zeer waarschijnlijk dat aios die geïnterviewd worden **werkstress** ervaren, de invulling van dit begrip werkstress en de mate van werkstress zullen echter wel heel gevarieerd zijn.

Zo is het bijvoorbeeld de vraag of de aios dit daadwerkelijk als stress gaat benoemen. Uit onderzoek van Dijkstra (2014) blijkt immers dat aios vooral aangeven dat zij het “druk hebben”. Bovendien geven diverse onderzoeken aan dat werkstress een moeilijk bespreekbaar thema is onder aios en artsen (Drenth, 2016). Verwacht wordt echter wel dat vanuit open vragen wel zaken genoemd gaan worden waaruit af te leiden valt dat er werkstress ervaren wordt.

Vanuit de bestaande literatuur kan verwacht worden dat **sociale steun** een rol speelt in de werkstress ervaring. Onderzoeken van onder andere Sherbourne & Stewart (1991), Bakker, Demerouti, & Verbeke, (2005), hebben immers (empirisch) aangetoond dat er een negatieve relatie is tussen sociale steun en werkstressbeleving. In het specifiek in de gezondheidszorg en onder aios heeft bovendien het onderzoek van Prins et al. (2007b) ook aangetoond dat sociale steun een voorspellend effect heeft op werkstress verschijnselen. Huidig onderzoek neemt deze relatie aan, maar onderzoekt deze relatie niet, de relatie is immers vaak ruim voldoende aangetoond. Het schort echter nog wel aan wetenschappelijke kennis over hoe deze relatie precies tot stand komt, hoe de aios dit beleeft en welke vorm van sociale steun het meest belangrijk is voor aios. Hier zal huidig onderzoek zich wel op richten.

Vanuit de theorieën over perceived task complexity (Gupta, Li, Sharda, 2013), oneigenlijke taken (Noordegraaf en Sterrenburg, 2009) en het psychologisch contract (Schalk, de Jong & Freese, 2007).) kan verwacht worden dat (**onverwacht**) **niet-medische taken** een rol spelen in de werkstress ervaring van aios. Gesteld zou kunnen worden dat aios zich wel goed voorbereid voelen op de medische taken, maar niet op de onverwachte niet-medische taken, terwijl die taken wel een groot gedeelte van hun werkzaamheden betreffen. Een aios kan geconfronteerd worden met een taak waarvoor hij/zij zelf ervaart dat hij/zij niet de benodigde skills heeft geleerd, en waardoor de aios verrast wordt dat hij/zij deze taak moet uitvoeren (niet verwacht). Als een aios niet weet hoe hij/zij die taak moet uitvoeren kan dat leiden tot onzekerheid, gevoel van niet aankunnen (coping) en zodoende een stressor die kan leiden tot verhoogde werkstressbeleving.

Ook wordt verwacht dat supervisors en opleiders meer tijd besteden aan medische taken dan aan niet-medische taken van een aios. Bovendien kan verwacht worden dat niet-medische taken een nog grotere rol spelen in de werkstress ervaring van aios, wanneer supervisors weinig steun en aandacht geven aan het uitvoeren van niet-medische taken.

In het volgende hoofdstuk wordt aandacht geschonken aan de methodische kant van huidig onderzoek.

Hoofdstuk 3: Methode

In dit hoofdstuk wordt dieper ingegaan op de methodologische keuzes die gemaakt zijn in huidig onderzoek. Ten eerste wordt in de volgende paragraaf meer informatie gegeven over de onderzoeksorganisatie: het UMCG. Vervolgens wordt in paragraaf 3.1 dieper ingegaan op het perspectief van de studie, daaropvolgend wordt in paragraaf 3.2 onderbouwd waarom gekozen is voor kwalitatief onderzoek. Als derde wordt in paragraaf 3.3 aandacht geschonken aan de manier van data verzamelen en de operationalisatie, vervolgens wordt in paragraaf 3.5 een beschrijving gegeven van de respondenten en in 3.6 staat de data-analyse centraal. Tot slot wordt in paragraaf 3.7 ingegaan op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek.

Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)

Het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) is een van de grootste ziekenhuizen in Nederland en de grootste werkgever van Noord-Nederland. 10.000 medewerkers werken zowel in de patiëntenzorg als in het wetenschappelijk onderzoek. Net als de overige zeven universitaire medische centra richt het UMCG zich op drie taken: zorg, onderwijs en onderzoek. Het UMCG is onderdeel van de Rijksuniversiteit Groningen, studenten worden opgeleid tot arts, tandarts en bewegingswetenschapper. Daarnaast worden in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) ruim 450 artsen opgeleid tot medisch specialist.

Het UMCG richt zich steeds meer op specialistische diagnostiek, onderzoek en behandelingen. Voor sommige zeer complexe behandelingen is het UMCG zelfs het enige ziekenhuis in Nederland. (UMCG, z.j.). De doelstelling van het UMCG is het bouwen aan de toekomst van gezondheid, hierbij staat kwaliteit en veiligheid voorop (UMCG, z.j.).

3.1 Perspectief studie

Huidig onderzoek moet beschouwd worden als interpretatief onderzoek. Hoewel uit de inleiding en het theoretisch kader blijkt dat huidig onderzoek voortbouwt op een sterke wetenschappelijke relevantie, is er nog weinig bekend over mogelijke uitkomsten van huidig onderzoek. Hierdoor is het lastig om hypothesen op te stellen en statistische technieken te gebruiken. Het interpretatieve perspectief past daardoor beter bij huidig onderzoek. Bovendien onderzoekt huidig onderzoek de meningen en gevoelens van aios en probeert hier een bepaalde lijn in te ontdekken. Het antwoord op de onderzoeksvraag is dan ook meer een interpretatie van de onderzoeker van de verzamelde informatie (Boeijs, 2012). Huidig onderzoek vraagt dan ook om een kwalitatieve onderzoeksmethode.

3.2 Kwalitatief onderzoek

De vraag die huidig onderzoek wil beantwoorden wordt middels kwalitatief onderzoek onderzocht. Kwalitatief onderzoek is “het verzamelen en interpreteren van talig materiaal om op basis daarvan uitspraken te doen over een (sociaal) verschijnsel in de werkelijkheid” (Bleijenbergh, 2013, p.10). Hieronder wordt beargumenteerd waarom huidig onderzoek voor een kwalitatieve onderzoeksmethode kiest:

Ten eerste richt huidig onderzoek zich op niet-medische taken. Over niet-medische taken en de rol die ze spelen in werkstress is nog veel onbekendheid, om allereerst te onderzoeken om welke niet-medische taken het gaat, is kwalitatief onderzoek noodzakelijk. Huidig onderzoek is immers exploratief, er is nog nauwelijks onderzoek gedaan op dit gebied.

Ten tweede is het met behulp van kwalitatief onderzoek ook mogelijk het onderzoek open in te steken en erachter te komen of er andere zaken spelen, dan niet-medische taken en sociale steun, die wellicht ook van invloed kunnen zijn (geweest) op de werkstress ervaring. Bovendien bleek uit onderzoek van Prins et al. (2007b) dat vorig onderzoek weinig voorspellende variabelen bevatte. Kwantitatief onderzoek naar enkel niet-medische taken en sociale steun zou bovendien het gevaar met zich meebrengen dat gesteld zou worden dat dit de belangrijkste factoren zijn, terwijl dat niet daadwerkelijk onderzocht wordt.

Ten derde richt de onderzoeksvraag van huidig onderzoek zich op de ervaring van aios. Door middel van kwalitatief onderzoek worden ervaringen, emoties en belevingen goed in beeld gebracht, zonder dat er informatie verloren gaat doordat de gevoelens en ervaringen uitgedrukt moeten worden in cijfers, of doordat er gekozen moet worden uit een beperkt aantal antwoordmogelijkheden.

Tot slot is uit de theoretische relevantie gebleken dat er veelvoudig kwantitatief onderzoek gedaan is naar de werkstress ervaring van aios en dat kwalitatief vervolgonderzoek zeer gewenst is om kwantitatief onderzoek te kunnen duiden (Prins, 2009). Zo is bekend dat sociale steun werkstress negatief beïnvloedt, maar is niet bekend hoe deze relatie precies tot stand komt.

3.3 Data verzameling/operationalisering

Huidig onderzoek kiest bewust voor semigestructureerde interviews. Binnen semigestructureerde interviews zijn er een aantal vragen al van tevoren vastgelegd, die aan iedere respondent worden gesteld. Dit zijn echter maar enkele basisvragen, de rest van het interview bestaat uit doorvragen. Deze topics zijn noodzakelijk omdat ze enigszins structuur kunnen brengen in een interview, dat verder wel een diepte-interview is en de meningen en percepties van de respondent te weten wil komen. Er staat een volgorde van vragen op papier, maar deze volgorde kan veranderen door het verloop van het gesprek. Door een semigestructureerd interview is het goed mogelijk om ervaringen gedurende de interviews te categoriseren.

In een kwalitatief interview, zoals het semigestructureerde interview, wordt het interviewinstrument aangeduid als topiclijst. Huidig onderzoek is inductief van aard, wat betekent dat huidig onderzoek theorie ontwikkelend te werk gaat (Boeije, 2012). De onderzoeker probeert zich dan ook zo min mogelijk te laten sturen door bestaande theoretische kennis en wil inductief komen tot de kennis over een verschijnsel. De onderzoeker zal het veld dan ook zo open mogelijk benaderen. De vragen in de topiclijst (Bijlage 1) zijn dan ook niet primair afgeleid uit wetenschappelijke theorieën.

Om er niet automatisch vanuit te gaan dat de aios in het eerste jaar stress heeft ervaren, is werkstress middels een open en niet-sturende benadering uitgevraagd. De topiclijst begint met de open vraag *“Hoe heb jij het eerste jaar als aios ervaren?”* Wanneer de respondent niet uit zichzelf over stress begint, wordt eerst de volgende open vraag gesteld: *“Hoe voelde je, je gedurende het eerste jaar als aios? Wanneer de aios dan nog niet over stress begon werden de vragen “Heb je het gevoel gehad dat je druk was in het eerste jaar? Zo ja, waar had je het druk mee? Wat deed dit met jou?”* gesteld.

Wegens een gebrek aan theorie aangaande niet-medische taken, is ook dit begrip op een open manier uitgevraagd. Om er niet automatisch vanuit te gaan dat niet-medische taken de belangrijkste oorzaak van werkstress zijn, is gekozen voor de vraag *“Hoe kwam het dat je zo druk was in het eerste jaar? Wat veroorzaakte dat je in het eerste jaar zo druk was?”* Om te achterhalen of niet-medische taken juist in het eerste jaar een belangrijke oorzaak zijn voor stress, werd de vraag: *“Zijn er taken waar je het in het eerste jaar druk mee had, die je nu makkelijker af gaan?”* gesteld. Huidig onderzoek wil ook graag onderzoeken of niet-medische taken onverwacht komen, daarom is aan de respondenten gevraagd of ze verwacht hadden deze taken uit te voeren en of ze verwacht hadden dat ze hier zo druk mee zouden zijn.

Om er achter te komen van wie aios in hun eerste jaar sociale steun ontvingen en op welke manier, is de volgende open vraag gesteld: *“Op welke manier voelde jij je gesteund door collega’s? Door wie?”* Om meer diepgang in de antwoorden te krijgen is vervolgens wel in gegaan op de manieren van sociale steun: emotional, instrumental, informational en appraisal (House 1981, Barrera 1986, Tilden & Galyen, 1987). Zo is waarderingssteun uitgevraagd door de vraag: *“In hoeverre voelde jij je gewaardeerd? Door wie voel jij je gewaardeerd?”*

Gedurende het onderzoeksproces zijn er geen vragen uit de topiclijst verwijderd. Na een vijftal interviews kwamen er wel een aantal onderwerpen aan bod die in de vervolg interviews verder zijn uitgediept. Zo speelde de beoordelende rol van de supervisor een grotere rol dan vooraf ingeschat, en is hier dieper op ingegaan.

Een aantal van de interviews zijn afgenomen door twee onderzoekers, de master afstudeerder van huidig afstudeeronderzoek en bachelor studente Onderwijskunde Eva Schaafsma, die zich in haar onderzoek ook op de aios binnen het UMCG richtte. Voor deze samenwerking is gekozen omdat het UMCG vrij veel onderzoek doet naar aios en ze daarom zorgvuldig met de tijdsbesteding van aios om willen gaan. Op deze manier wordt middels één gesprek met een aios te voeren, informatie vergaard die voor twee afstudeeronderzoeken gebruikt kan worden. Naast praktische voordelen, komt dit de kwaliteit en de validiteit van de interviews ook ten goede. Wanneer een van de onderzoekers bijvoorbeeld een moment minder geconcentreerd is, kan de tweede onderzoeker wel actief doorvragen, dit levert kwaliteitsborging op. Het zou voor de respondent ongemakkelijk of intimiderend kunnen voelen omdat er een “twee tegen één” situatie ontstaat. Echter, omdat de onderzoekers twee studenten betroffen, wordt ingeschat dat dit niet als dusdanig werd ervaren.

3.4 Respondenten

Voor huidig onderzoek zijn alle 70 tweedejaars aios die twee jaar geleden begonnen zijn in het UMCG benaderd. Omdat aios gedurende hun opleiding in verschillende ziekenhuizen werkzaam zijn, en het UMCG nauw verbonden is aan het Martini ziekenhuis te Groningen, zijn ook alle 24 tweedejaars aios die daar twee jaar geleden zijn begonnen, benaderd. De tweedejaars aios vanuit het UMCG zijn rechtstreeks door de onderzoekers via de e-mail benaderd en de tweedejaars aios in het Martini Ziekenhuis zijn door het medisch hoofd van het Van Swieten Instituut, opleidingsafdeling van het Martini Ziekenhuis, benaderd. De uitnodiging en informatiebrief zijn te vinden in bijlagen 2 en 3. Alle aios hebben één of meerdere reminders ontvangen. De interviews zijn in april, mei en juni 2017 afgenomen.

Het is essentieel om de selectie van respondenten zo representatief mogelijk te laten zijn voor het geheel van tweede en derdejaars aios. Omdat het erg lastig bleek om aios te vinden die mee wilden

werken met het interview (non-respons van 84%), zijn de selectiecriteria losgelaten: er heeft geen selectie plaatsgevonden, alle tweedejaars aios zijn gemaïld en hierdoor is de totale doelpopulatie (alle tweedejaars aios) bereikt. Wegens een tekort aan tweedejaars respondenten zijn echter ook nog enkele derdejaars aios gemaïld, de selectie hiervan heeft plaatsgevonden met als doel een meer representatieve respondentengroep te creëren. Zo werden voornamelijk mannen gemaïld. In onderstaande tabel wordt de totale populatie tweedejaars aios en de respondentengroep weergegeven.

Tabel 1: Overzicht respondenten

Respondenten Aios totaal: 16			Totale groep aios UMCG & Martini Ziekenhuis: 94		
Geslacht:			Geslacht:		
Man:	5	31,3%	Man:	34	36,2%
Vrouw:	11	68,7%	Vrouw:	60	63,8%
Specialismen:			Specialismen:		
Beschouwend	11	68,7%	Beschouwend:	46	48,9%
Snijdend	3	18,8%	Snijdend:	18	19,1%
Ondersteunend	2	12,5%	Ondersteunend:	30	31,9%
<i>Respons= 17%</i>					

Respondenten UMCG: 11			Totale groep aios UMCG:70		
Geslacht:			Geslacht:		
Man:	3	27,3%	Man:	30	42,9%
Vrouw:	8	72,7%	Vrouw:	40	57,1%
Specialismen:			Specialismen:		
Beschouwend	8	72,7%	Beschouwend:	32	45,7%
Snijdend	1	9,1%	Snijdend:	10	14,3%
Ondersteunend	2	18,2%	Ondersteunend:	28	40,0%
<i>Respons=15,7%</i>					

Respondenten Martini Ziekenhuis: 5			Totale groep aios Martini Ziekenhuis: 24		
Geslacht:			Geslacht:		
Man:	2	40,0%	Man:	4	16,7%
Vrouw:	3	60,0%	Vrouw:	20	83,3%
Specialismen:			Specialismen:		
Beschouwend	3	60,0%	Beschouwend:	14	58,3%
Snijdend	2	40,0%	Snijdend:	8	33,3%
Ondersteunend	0	0,0%	Ondersteunend:	2	8,3%
<i>Respons= 20,8%</i>					

**Enkele aios stonden zowel op de lijst met de tweedejaars aios van het UMCG, als op de lijst met de tweedejaars aios van het Martini Ziekenhuis.*

Onder de respondenten bevonden zich 31% mannen en 69% vrouwen die zich in het tweede of derde jaar van hun opleiding bevonden. Deze verdeling is niet evenredig, maar kan verantwoord worden

door het gegeven dat zich in de totale populatie aios ook meer vrouwen bevinden (64%). Hierdoor geeft de respondentgroep een representatief beeld van de werkelijke situatie.

Bij de verdeling van respondenten over de specialismen is gebruik gemaakt van de driedeling specialisaties uit het artikel van Dijkstra et al. (2013). Zij verdeelden de specialisaties in drie groepen: snijdende specialismen, zoals chirurgie, beschouwende specialismen, zoals cardiologie en neurologie, en ondersteunende specialismen, zoals pathologie en radiologie. Idealiter zou huidig onderzoek van al deze drie groepen ongeveer evenveel respondenten spreken (theoretical sampling), dit was dan ook het streven van huidig onderzoek. Helaas is dit niet gelukt, de non-respons was hoog en zijn er slechts twee aios van ondersteunende en drie aios van snijdende specialismen geïnterviewd (convenience sampling). Voor de snijdende specialismen is dit goed te verantwoorden omdat het percentage aios met een snijdende specialisatie in de totaalpopulatie ook laag ligt (19,1%).

In onderstaand schema is te zien welke specialismen zich onder de respondenten bevonden.

Tabel 2: Overzicht specialismen respondenten

Overzicht specialismen respondenten		
Beschouwend	Snijdend	Ondersteunend
Interne Geneeskunde	Oogheelkunde	Pathologie
Cardiologie	Orthopedie	Anesthesiologie
Psychiatrie		
Kindergeneeskunde		
Dermatologie		
Gynaecologie		
Revalidatiegeneeskunde		

Gedurende de interviews bleek wel dat zich onder de groep respondenten aios bevonden met verschillende achtergronden, er zijn zowel aios geïnterviewd die gelijk vanuit de geneeskunde opleiding zijn doorgedaan als aios, maar ook aios die na hun geneeskundeopleiding eerst als anios hebben gewerkt of zijn gepromoveerd.

Door 16 interviews te hebben afgenomen is verzadiging, oftewel saturatie, bereikt. Dit houdt in dat de onderzoeker kan stoppen met het verzamelen van data, wanneer bij de analyse van nieuw geselecteerde gevallen geen nieuwe informatie meer boven tafel komt over relevante onderwerpen (Boeijs, 2012, p.52). Na 14 interviews is geen, voor het onderzoek belangrijke, nieuwe informatie meer boven tafel gekomen.

3.5 Data-analyse

De interviews zijn middels audioapparatuur opgenomen en zijn na afloop van de interviews getranscribeerd. De data-analyse is gedaan met behulp van transcripten, transcriberen betekent dat het interview letterlijk op papier is gezet (Vennix, 2011). In verband met de privacy van aios zijn de namen van de aios fictief gemaakt. Om vervolgens een patroon te kunnen herkennen in het transcript heeft er ook een codering plaatsgevonden. Coderen betekent het toekennen van 'trefwoorden' aan het materiaal. De codering is uitgevoerd in het programma Atlas ti, een programma dat kwalitatieve data-analyse ondersteunt. Er was sprake van een inductieve codering. Een inductieve codering betekent dat begrippen gedurende de analyse geabstraheerd worden. De theoretische begrippen en verbanden worden vervolgens steeds verder verfijnd in voortdurende

vergelijking met het empirische materiaal (Boeije, 2012). Dit gebeurt middels sensitizing concepts, deze worden opgesteld op basis van bestaande literatuur waardoor de waarneming enigszins gericht is. De waarneming blijft echter open van aard en het uitgangspunt blijft dat het coderen zo dicht mogelijk bij het empirische materiaal begint, er is sprake van een gemodificeerde grounded theory benadering. Binnen het inductief coderen zijn drie stappen te onderscheiden: open coderen, axiaal coderen en selectief coderen (Boeije, 2012). Open codes worden direct uit de transcripten gehaald en worden gelabeld omdat ze kenmerkend zijn voor de tekst, voorbeelden van open codes zijn “Lange dagen maken”, “Regie vinden”. Axiale codes zijn gericht op de verbinding tussen de open codes. Hierin worden verschillende thema’s onderscheiden. Axiale codes zijn overkoepelende categorieën van open codes en zijn daarom wat abstracter, ze zijn echter wel noodzakelijk om het aantal codes terug te brengen. Een axiale code die past bij “Lange dagen maken” is “Werkdruk” en bij “Regie vinden” is dat “Timemanagement”. De codeboom is te vinden in bijlage 4. Tot slot richt selectief coderen zich op de vergelijking tussen de axiale codes. Hierin kunnen patronen ontdekt worden van een sociaal verschijnsel, dit is gedaan in de analyse. In de conclusie en discussie wordt vervolgens een verbinding gemaakt tussen praktijk en theorie en daarmee wordt de onderzoeksvraag van huidig onderzoek beantwoord.

3.6 Betrouwbaarheid & Validiteit

3.6.1 Betrouwbaarheid

Wanneer een onderzoek betrouwbaar is zal herhaling leiden tot een gelijke uitkomst (Boeije, 2012, p.145). Binnen kwalitatief onderzoek, en in het bijzonder binnen interpretatief onderzoek, is de betrouwbaarheid minder belangrijk omdat de waarheidsbevinding niet centraal staat. Huidig onderzoek streeft meer naar intersubjectiviteit, wat inhoudt dat de interpretatie van de onderzoeker wordt gedeeld door anderen.

Er zijn echter wel enkele waarborgen ingebouwd om subjectiviteit en toevalafhankelijkheid te beperken. Zo zijn de interviews afgenomen in afgesloten ruimtes, waardoor de onderzoeker rustig het interview bij de respondent kon afnemen. Een enkele keer is een aios met spoed opgepiept, waardoor degene enkele minuten weg moest. Om er voor te zorgen dat dit geen nadelig invloed had op de kwaliteit van het interview, heeft de onderzoeker bij terugkomst van de aios een korte samenvatting gegeven en de vraag herhaald. Daarnaast is de werkwijze van de codering van huidig onderzoek gerapporteerd en het onderzoek dus replicerbaar, wat betekent dat dus kan worden onderzocht of andere onderzoekers dezelfde resultaten als de resultaten van huidig onderzoek kunnen aantonen.

Huidig onderzoek doet een beroep op het geheugen van aios en is dus retrospectief evaluatief onderzoek. “Bij retrospectief onderzoek zijn de gegevens minder exact omdat de respondent vaak afgaat op zijn of haar herinnering” (Korfker et al., 2009, p. 8). Het is niet te zeggen hoe lang mensen zich iets herinneren, hier zijn vele zaken op van invloed: bijvoorbeeld leeftijd (Baddeley, 2007), emotie, mate van blootstelling en activatie (Schmidt, 2000) en gezondheid (Schmidt, 2000). Toch is retrospectief onderzoek een bewuste keuze, omdat aios in het eerste jaar nog moeilijk uitspraken kunnen doen aangaande werkstress, sociale steun en niet-medische taken. Aios zitten er dan nog “middenin” en kunnen nog niet goed terugblikken op niet-medische taken, sociale steun en werkstress. Door tweede en derdejaars aios te interviewen is er wel sprake van herinneringen, wat huidig onderzoek wellicht wat minder betrouwbaar maakt. Er kan echter van uit worden gegaan dat

aios zich de situatie van het eerste jaar nog herinneren, gezien het feit dat het eerste jaar nog maar een of twee jaar geleden is. Bovendien kunnen de tweede en derdejaars aios het eerste jaar ook met het tweede (of eventueel derde) jaar vergelijken, waardoor goed duidelijk wordt waar aios juist in het eerste jaar stress van hebben ervaren.

3.6.2 Validiteit

Validiteit is te onderscheiden in externe en interne validiteit. Interne validiteit binnen kwalitatief onderzoek betekent dat de onderzoeker ook daadwerkelijk meet wat hij of zij wil meten (Bleijenbergh, 2013). Bij externe validiteit, ook wel generaliseerbaarheid, gaat het er om of je bevindingen kan generaliseren naar een grotere populatie.

Door tijdens de interviews goed door te vragen kan de interne validiteit stijgen, omdat de onderzoeker zo preciezer kan navragen wat hij wil achterhalen. Het voordeel van de interviews was dat hierdoor direct gesproken is met aios en de aios zelf de mogelijkheid hadden om gedetailleerde antwoord te geven. Het open stellen van de vragen levert een hogere interne validiteit op (Vennix, 2011). De respondent die de vraag beantwoordt, heeft zelf de mogelijkheid om precies zijn of haar mening te formuleren, er hoeft geen vertaalslag gemaakt worden van wat men vindt naar één van de antwoordmogelijkheden (Vennix, 2011).

Ook zijn de vragen neutraal gesteld, wat inhoudt dat er geen tot weinig bijvoeglijke naamwoorden, die kunnen sturen, in de vragen gebruikt worden. Hierdoor is de informatie die de respondent levert bruikbaar, de kans op vertekening is immers verminderd en de betrouwbaarheid vergroot. De respondent kan de vraag beantwoorden zoals hij of zij dat daadwerkelijk vindt en beantwoordt de vraag niet op de wijze waarop de onderzoeker hem/haar stuurt. Zo meet de onderzoeker wat hij of zij wil meten en neemt de interne validiteit toe, 'interviewer bias' is vermeden.

Daarnaast is er bij de voorbereiding van de interviews gedacht aan een goede introductie en afronding. Een goede introductie is voornamelijk belangrijk om de respondent op zijn/haar gemak te stellen, wat ervoor kan zorgen dat de respondent eerlijkere antwoorden geeft, wat de kans op 'respondent bias' doet afnemen. Ook kon in de introductie worden aangegeven dat de resultaten anoniem worden verwerkt, hierdoor werd de kans dat de respondent sociaal wenselijke antwoorden gaf lager, de interne validiteit verhoogde hierdoor. De interviewvragen zijn voorafgaand aan de dataverzameling 'getest' door een pilot-interview. Door de interviewvragen te testen zouden onduidelijke vragen nog aangepast kunnen worden, want wanneer de respondenten de vragen niet goed zouden begrijpen, zou dit de betrouwbaarheid en validiteit verlagen. Uit het pilot-interview bleek echter dat de topiclijst nauwelijks nog veranderd hoefde te worden, waardoor het interview ook meegenomen is in de analyses. Bovendien zijn de onderzoeksresultaten wekelijks besproken met een collega-onderzoeker en arts-onderwijskundige (peer debriefing), hierdoor is gepoogd vooroordelen tegen te gaan. In het volgende hoofdstuk zal de analyse centraal staan.

Hoofdstuk 4: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van huidig onderzoek beschreven. In paragraaf 4.1 wordt een introductie gegeven over de ervaringen van aios in het eerste jaar. Vervolgens wordt ingegaan op genoemde oorzaken die een rol kunnen spelen in de werkstress beleving van aios: in paragraaf 4.2 de niet-medische taken, in paragraaf 4.3. hoge verwachtingen, onzeker gevoel, werkdruk en achtergrond. In paragraaf 4.4 wordt bekeken hoe de aios in het eerste jaar steun ervaren van hun collega's, achtereenvolgens wordt de steun van collega-aios, supervisors, mentor/maatje en de opleider besproken. Tot slot wordt in paragraaf 4.4.5 de link tussen sociale steun en niet-medische taken gemaakt.

4.1 Ervaringen in het eerste jaar

Om het interview open te beginnen en niet direct de aanname te doen dat alle aios per se stress hebben, werd begonnen met de vraag; "Hoe heb jij het eerste jaar ervaren?" Uit het antwoord op deze vraag bleek dat bijna alle aios gelijk over kenmerken van stress begonnen. Weinig respondenten gebruikten echter zelf het woord 'stress' of 'werkstress'. Aios gebruiken echter wel andere termen die wijzen op werkstress, zo noemen ze het eerste jaar: "lastig", "heftig en hectisch", "zwaar", "een moeilijke periode" en voelden ze zich "uitgeput". Wanneer de onderzoeker verderop in het interview vroeg of er sprake was van stress werd door bijna iedereen bevestigend geantwoord. De meeste aios kiezen echter zelf niet voor de term stress omdat dit geen term is die vaak gebruikt wordt in de medische wereld, volgens een aantal respondenten kan dat komen omdat het niet bespreekbaar is in de cultuur waarin ze zich bevinden. Respondenten geven aan dat de werkdruk en stress er gewoon bij hoort en dat iedereen dat heeft. Daarnaast is het belangrijk aan te geven dat de mate van stress ervaring per aios erg verschilde, een aantal aios heeft nauwelijks tot geen stress ervaren, maar het merendeel heeft veel stress ervaren. Deze stresservaring vond vooral plaats gedurende het werk, maar een vijftal aios vond het ook moeilijk om het werk thuis los te laten.

"In het begin heb ik dat niet altijd los kunnen laten. Veel ook gedroomd, wakker gelegen, veel euhm, ook wel veel gehuild. (...) Ik was bijvoorbeeld eerst heel erg gestrest in de zin, dat ik voor een dienst, 24 uur van tevoren al stress voelde. Niet kon slapen en dacht, oh... straks moet ik weer. Een soort van onmacht ook, van hoe ga ik dit nu weer redden?" (Respondent 6)

"Soms, voor mij is het wel een paar keer gebeurd dan werd ik midden in de nacht wakker van, 'ik ben dit vergeten', en dan bel je de nachtdienst en die lacht je uit" (Respondent 2)

De respondenten benoemen diverse oorzaken voor de ervaren werkstress, de meest (15 keer) genoemde oorzaak van veel (onverwachte) drukte in het eerste jaar, bleken niet-medische taken, deze worden uitgebreid besproken in paragraaf 4.2. Vervolgens staan in paragraaf 4.3 overige oorzaken centraal die volgens de respondenten een rol spelen in hun werkstress beleving, op volgorde van vaak genoemd naar minder vaak genoemd: hoge verwachtingen (4.3.1), onzekerheid (4.3.2), werkdruk (4.3.3) en achtergrond (4.3.4).

4.2 Niet-medische taken

Aan de respondenten werd gevraagd met welke taken zij juist in het eerste jaar druk waren en in hoeverre dit onverwacht kwam. Na de interviews bleek dat hier een duidelijke lijn in de antwoorden van de respondenten zat, namelijk niet-medische taken.

“Wat mij het meeste verbaasde was dat je eigenlijk meer achter de computer zit dan dat je daadwerkelijk tegenover een patiënt zit op een dag.” (Respondent 12)

De niet-medische taken, bleken voor de aios niet zozeer onbekend te zijn, ze hadden deze taken immers al eens ervaren of gezien tijdens coschappen, een semiarts stage of als anios. De aios gaven echter wel aan dat zij een groter deel van hun tijd kwijt waren met deze taken dan zij op voorhand hadden verwacht. De taken die de geïnterviewde aios hebben genoemd zijn in vier groepen verdeeld en op een rijtje gezet: timemanagement, het leren kennen van de omgeving, administratie en het bewaken van de studievoortgang.

4.2.1 Timemanagement

Zoals eerder aangegeven bestaat het eerste jaar van aios uit veel nieuwe taken, dit kost aios veel tijd om deze taken eigen te maken. Met andere woorden: alles kost meer tijd in het begin. De aios hebben er in het eerste jaar moeite mee om dit te managen. Zij geven namelijk aan het lastig te vinden efficiënt te leren werken, te plannen, de regie te vinden en te schakelen tussen verschillende taken.

“Oh ik moet ook nog zorgen dat de verpleegkundige met mij op tijd visite wil lopen. En euhm, ja het zijn dus echt, van nee ik moet op drie patiënten wachten, als de volgende dat dan ook zegt, dat daardoor dan je eigen tijdsplanning in de knoei komt, dus dat je daar ook een soort van een regie in moet, of kan, of nou ja moet vinden.” (Respondent 1)

Daarnaast geven aios aan dat ze het moeilijk vinden om te prioriteren, welke werkzaamheden hebben haast en moeten als eerste gebeuren, en welke werkzaamheden kunnen nog even blijven liggen.

“He, visite doe ik zo, bespreking zo, dat regel ik zo. Hier ga ik aandacht aan besteden en daaraan niet. Je moet er uiteindelijk een soort draai in vinden voor jezelf.” (Respondent 2)

Tien aios geven aan dat ze in het eerste jaar lange dagen maken, wat komt doordat ze moeite hebben met het efficiënt indelen van hun tijd. Daarnaast hebben een drietal respondenten het gevoel hun werk kwalitatief gezien minder goed uit te kunnen voeren, wat een gevoel van tekortschieten veroorzaakt.

“Omdat ik te weinig tijd had om te investeren in kwaliteit. Alle ballen in de lucht proberen te houden en zorgen dat alle taakjes geregeld waren, maar dan heb je minder tijd om met de patiënt echt te gaan praten” (Respondent 1).

4.2.2 Omgeving leren kennen

Aios komen vaak nieuw op een afdeling, wat betekent dat zij de omgeving nog moeten leren kennen. Zo kennen ze de collega's, de systemen, de afdeling en het ziekenhuis vaak nog niet. Het leren kennen van de collega's beschouwen ze als essentieel om zo precies te weten te komen wat iemands specialiteit is en waarvoor je diegene kunt inschakelen, maar ook om erachter te komen hoe je degene het beste kunt benaderen en wat diegene van jou als aios verwacht. Een aantal aios kwam in het eerste jaar ook nieuw in het ziekenhuis wat betekent dat ze ook nog het ziekenhuis moeten leren kennen. Vooral in een groot academisch ziekenhuis kost dit veel moeite en tijd.

“Je bent wel even bezig voor dat je het hebt uitgedokterd wie je nou waar het beste voor moet hebben, zodat je ook efficiënt kan werken zeg maar.” (Respondent 10)

“Hoe je gaat werken en hoe je met patiënten om gaat, hoe je met verpleegkundigen om gaat, hoe je met supervisors omgaat, met andere collega's. Dat moet je allemaal zoeken. En dat is best heel veel werk.” (Respondent 2)

Het leren kennen van de omgeving kost veel tijd en energie, doordat dit veel tijd kost, komt de werkdruk hoger te liggen en zorgt het ervoor dat eerstejaars aios extra lange dagen maken. Daarnaast geeft het aios ook het gevoel dat ze in het diepe worden gegooid wanneer ze niet weten naar wie ze toe kunnen met vragen, omdat ze de collega's nog onvoldoende kennen.

“Aan het begin wel lastig, die mensen ken je nog niet. Ja, zij hebben een bepaalde manier van werken en zij zien om de zoveel maanden een nieuwe aios. Dus dat is dan soms weleens lastig. Nou ja als je er een tijdje zit dan leer je ze een beetje kennen, een beetje wat je kan verwachten. Dan gaat het wel steeds beter.” (Respondent 12)

4.2.3 Administratie

Wat niet alleen erg veel tijd kost, maar ook onverwacht veel tijd kost in het eerste jaar, is het managen van de administratie rondom de patiënten. Voorbeelden die genoemd werden zijn: het schrijven van brieven, aanvragen van lab uitslagen en dossiervoering. Uit de interviews bleek dat het niet alleen veel tijd kostte om deze taken uit te voeren, zo kost het bijvoorbeeld volgens de aios behoorlijk wat tijd om een scan te regelen, maar dat de aios er vooral erg druk mee waren om uit te zoeken waar de papierstroom precies naartoe moest. De respondenten noemen administratieve taken ook wel “regeltaken”.

“Nou, gewoon de uitwerking, de brieven, eerst zit je daar heel erg over na te denken, wat moet er nou precies allemaal in, hoe verwoord ik dit.” (Respondent 12)

Enkele respondenten geven aan dat de administratie de werkdruk verhoogt, omdat ze hier veel tijd aan kwijt zijn, vaak buiten de werktijden om.

“Maar ik heb wel tot 8 uur s avonds brieven zitten schrijven en gedacht hoe kom ik erdoor?” (Respondent 7)

Aios geven aan wel verwacht te hebben dat de administratie een taak zou zijn als aios, maar ze hadden niet verwacht dat dit zo'n groot onderdeel zou zijn en dat ze hier zoveel tijd mee kwijt zouden zijn. Uit de interviews blijkt dat een vijftal aios het managen van de administratie immers niet als hun hoofdtaak zien en vinden het echter minder of zelfs geen leuk werk. Door het vele managen van administratieve taken en papierwerk missen ze tevens de tijd voor verdieping. Daarnaast krijgen ze ook geen waardering voor het uitvoeren en managen van administratie.

“En zeker in het UMCG, het ene moet op het ene formulier het andere moet in het elektronische systeem en het andere daar moet je iemand voor bellen. Als je dat voor ieder ding moet uitzoeken, dan ben je daar gewoon heel druk mee.” (Respondent 10)

Tot slot leveren de niet-medische taken ook onzekerheid op, waardoor aios niet aan de door hen ervaren verwachtingen kunnen voldoen. Dit komt omdat ze onzeker zijn over managementtaken omdat ze niet weten hoe ze het uit moeten voeren.

Euhm, of bepaalde handelingen misschien niet goed kunnen uitvoeren, of inderdaad dat een supervisor zegt van 'doe dit' en dat je de kamer uit bent, en denkt van hoe moet dat eigenlijk? Hoe vraag ik dat aan? (Respondent 9)

4.2.4 Bewaken studievoortgang

Aios zijn in opleiding en dat betekent dat ze hun leerproces ook moeten managen. Ze zijn verantwoordelijk voor het volgen van cursussen, inschrijven voor toetsen, zorgen dat ze hun 'KPB's (Korte Praktijk Beoordeling) binnen halen en portfolio bijhouden. Voor de opleiding moeten zij zelf dus ook de nodige zaken managen, zo moeten de aios voornamelijk veel dingen regelen om een KPB te krijgen:

"Dus dan moet je het wel echt een keer plannen, van zou je bij deze patiënt mee willen kijken en dan dit of dit willen beoordelen. Maar ja, omdat ze vaak ook meerdere aios supervisie hebben, is dat soms ook technisch weleens uitdaging om dat voor elkaar te krijgen. Heb je net wat gepland, dan komt de patiënt niet opdagen..." (Respondent 12)

Volgens de aios veroorzaakt het managen van de opleiding werkstress omdat het veel tijd kost, niet alleen binnen de werktijden, maar vaak moet er ook nog thuis aan de opleiding gewerkt worden. Dat komt omdat het managen van de opleiding in een werkdag geen prioriteit heeft en hier vaak ook geen tijd voor vrij gepland wordt, waardoor het sneller mee naar huis wordt genomen.

"Maar er komen gewoon veel meer opleidingsdingen bij. Je moet je beoordelingen krijgen. Je moet bepaalde reflectieverslagen schrijven enzo, en dat schiet er toch als eerste bij in, als het drukker wordt, die opleidingszaken. Daar had ik niet helemaal een goede inschatting van gemaakt, op dat moment euhm..." (Respondent 12)

"Ik heb het onderwijs nu ook wat verdund, omdat het me te druk werd, dus ik doe niet alles meer. Want daar werd ik echt helemaal knettergek van." (Respondent 5)

Uit deze paragraaf kan samengevat worden dat de meeste aios in het eerste jaar onverwacht veel tijd moeten besteden aan het leren kennen van de omgeving, timemanagement, de administratie en het managen van de opleiding. In de volgende paragraaf worden andere, door de aios genoemde oorzaken van werkstress besproken.

4.3 Overige genoemde oorzaken drukte en stress

4.3.1 Hoge verwachtingen

Aios hebben het gevoel dat hun supervisors, verpleegkundigen en andere collega's hoge verwachtingen van ze hebben, veel meer dan dat ze die als anios ervaren. Hoewel aios nog in opleiding zijn, voelen ze meer dat ze werkzaam zijn dan dat ze lerende zijn. Wanneer ze als aios beginnen ervaren ze toch dat er anders naar ze wordt gekeken. Aios hebben soms het gevoel dat collega's ervan uitgaan dat ze al enige ervaring hebben opgedaan als anios, terwijl dit lang niet altijd het geval is. Wanneer aios ervaren dat ze niet aan die verwachtingen kunnen voldoen, of denken dat ze er niet aan kunnen voldoen, levert dit een gevoel van falen en stress op.

"Die druk die je op je voelt dat je moet presteren. Want, nou ja je bent arts, je hebt ervoor geleerd, en je moet het elke keer bewijzen dat je verder mag met de opleiding. Je hebt het idee dat je het moet

kunnen, maar ondertussen snap je er nog helemaal niks van en ben je op zoveel dingen tegelijkertijd aan het focussen.” (Respondent 3)

“Al die stress over ja, aan welke eisen moet ik voldoen, en op welk tempo en hoe krijg ik het allemaal voor elkaar, hoe zorg ik dat ik aan de verwachtingen voldoe.” (Respondent 3)

Supervisors, verpleegkundigen en andere collega’s hoeven niet daadwerkelijk hoge verwachtingen te hebben van de aios, een aios kan dit ook ervaren zonder dat dit daadwerkelijk het geval is:

“Ja, dat is natuurlijk iets wat je jezelf oplegt he, dat gevoel van dat er hoge verwachtingen zijn. En nou denk ik dat die hoge verwachtingen misschien wel meevallen, maar ik vind wel dat als ik iets wil leren dat ik het dan eigenlijk meteen moet kunnen. Dat maakt misschien wel dat je wat hogere verwachtingen hebt.” (Respondent 8)

4.3.2 Onzeker gevoel

De respondenten gaven bijna allemaal aan dat ze zich in het eerste jaar als aios onzeker hebben gevoeld. De onzekerheid komt met name doordat aios het gevoel hebben dat ze van nul af aan beginnen en nog weinig weten. Ze voelen zich niet goed voorbereid en daardoor in het diepe gegooid. Ook ervaren aios dat ze onhandig zijn in het begin en hebben soms geen idee waar ze precies mee bezig zijn. Daarnaast hebben ze het gevoel dat de collega’s allemaal meer ervaren zijn, waardoor ze onzeker worden.

“Maar gelijk op mijn eerste avonddienst was het al één iemand ging onderuit op de zaal en één op de spoed dus de verpleegkundigen hielden mij letterlijk tegen in de gang, van je moet hier blijven! En ik zei van ja, maar ik móet ook daarheen. (...) En ook niet voorbereid dat zoiets, ja, zou kunnen gebeuren. Want ik dacht altijd van dat gebeurt nooit tegelijk en ik red dat wel, ook dus niet goed geïnstrueerd van tevoren, van goh als dat gebeurt dan kun je die bellen of dan kun je dat doen. Je kunt je supervisor bellen, maar dat duurt wel even voordat die in huis is. Dus dat was eigenlijk euhm, iets waardoor ik merkte van goh ik ben eigenlijk niet goed hierop voorbereid.” (Respondent 6)

“Ik vond dat zwaar in de zin dat ik er heel onzeker van werd op een gegeven moment. Omdat ik dacht van dat is blijkbaar wel wat ik ja, nu moet kunnen. En ik had niet het gevoel dat ik het al kon.” (Respondent 6)

4.3.3 Werkdruk

De hoge werkdruk werd door ruim tien respondenten genoemd, deze werkdruk komt vooral tot stand door de grote hoeveelheid patiënten in korte tijd, het hoge tempo, veel taken en weinig of zelfs geen pauzes. De meeste aios hebben het gevoel nooit tijd genoeg te hebben. Daarnaast is het UMCG een academisch ziekenhuis wat inhoudt dat er veel complexe diagnostiek bij komt kijken. Aios krijgen dus moeilijke vraagstukken voor hun kiezen waar ze niet direct een antwoord op hebben, zij zullen dus hulp moeten gaan vragen of het zelf uit moeten zoeken, wat ook weer de nodige tijd en energie kost. Tot slot ervaren de aios het werk als emotioneel zwaar en maken ze heftige gebeurtenissen mee.

“Kijk, wat ik heb gemerkt dat je op jonge leeftijd aan een best wel stressvol beroep wordt blootgesteld, op een ic dus. Zieke patiënten, overleden patiënten, zieke kinderen ook op de afdeling, zeker in het UMCG, waar hoog complexe zorg wordt geleverd. Is dat je op vrij jonge leeftijd wordt blootgesteld aan hoge werkdruk, emotioneel zwaar werk.” (Respondent 7)

“Er zijn tijden geweest dat ik ‘s ochtends 8 uur tot ‘s avonds 8 a 9 uur op werk ben, en dan ben je thuis en is het eigenlijk nog niet klaar.” (Respondent 3)

Daarnaast vinden aios het ook lastig om werk en privé in balans te houden. Aios bevinden zich in een leeftijdsfase waarin ze aangeven veel veranderingen in privésfeer door te maken. Voorbeelden hiervan zijn het krijgen van kinderen, of dat ze voor hun werk als aios zijn verhuisd. Dit blijkt in het eerste jaar als aios lastig te combineren.

“En nouja, ik heb al mijn vrienden en familie achtergelaten, dus dat moest ik ook allemaal opnieuw opbouwen. Je bent heel erg bezig met de balans tussen privé en werk.” (Respondent 3)

4.3.4 Achtergrond van een aios

Ook bleek uit de interviews dat de achtergrond van een aios een grote rol speelt in de werkstress ervaring. Hoewel de studie geneeskunde eigenlijk een goede voorbereiding moet zijn op de opleiding tot specialist, blijkt in veel gevallen dat aios er eerst voor hebben gekozen om als anios aan het werk te gaan. Bij sommige specialisaties is dit zelfs verplicht. Van de respondentengroep is ongeveer 30% gelijk na de geneeskunde studie doorgegaan als aios, de andere 70% die gesproken zijn, hebben eerst een periode als anios gewerkt, voordat zij begonnen als aios. Deze groep gaf aan het gevoel te hebben minder onzeker te zijn geweest en minder in het diepe te zijn gegooid, dan collega's die niet eerst als anios hadden gewerkt.

4.4 Steun in het eerste jaar

In de voorgaande paragrafen zijn de onderwerpen besproken waar aios in het eerste jaar erg druk mee zijn geweest en die zij zelf noemden als veroorzakers van stress. In de volgende paragrafen staat de manier waarop de aios in het eerste jaar steun ontvangen centraal. Aios bevinden zich in een complexe omgeving, met veel verschillende groepen collega's, onder andere: collega-aios, supervisors, de mentor/maatje en de opleider. Deze groepen collega's worden in de volgende paragrafen besproken en er wordt weergegeven hoe de aios de steun van deze groepen in het eerste jaar ervaren.

4.4.1 Collega-aios

De geïnterviewde aios geven aan verreweg de meeste steun van hun collega-aios te ontvangen. Ze noemden bijna alle vijftien de aios groep als een “hechte club” waar altijd een goede sfeer heerst en een saamhorigheidsgevoel. Dit komt omdat collega-aios in dezelfde fase zitten, hetzelfde schuitje.

Aios ontvangen vooral veel steun van hun collega-aios omdat collega-aios laagdrempeliger zijn en dus gemakkelijker te benaderen zijn. Wanneer aios dingen niet weten of iets willen vragen, vragen ze dat als eerste aan collega-aios, ze worden dan geholpen door collega-aios en dit geeft hen een gevoel van steun. Vooral ouderejaars aios weten al veel en de eerstejaars aios kunnen veel aan hen vragen en veel van hen leren, wat een gevoel van steun oplevert.

Daarnaast noemen aios hun collega-aios ook als degenen waar ze psychologische steun van ontvangen na een heftige gebeurtenis. Dit komt doordat aios dichtbij staan en gemakkelijk te bereiken zijn.

“Als iemand iets vervelends heeft meegemaakt, iets wat niet goed is gegaan ofzo, of, ja dat soort dingen, dan kun je dat wel even kwijt.” (Respondent 4)

Collega-aios spelen een grote rol in de werkstress ervaring van aios. Aios vinden het fijn stoom af te blazen bij collega-aios. Dat kan bijvoorbeeld door te roddelen over die vervelende supervisor of te klagen dat het wel een hele drukke dag is. Met andere woorden: ze bespreken frustraties en delen soms ook stress gevoelens. Het delen van frustraties en stress met collega-aios gebeurt met name tijdens informele momenten.

“s Ochtends als we dan koffiedrinken dat we dan even, al onze frustraties in de vrije loop kunnen laten gaan. Of met de lunch, de informelere momentjes, dat je even: ik had zo’n nare ervaring met die en die, dat ze dan even zeggen van oh ja....” (Respondent 4)

“Dan zeg je gemakkelijk van die K-U-T supervisor, die doet weer stom, en dan zegt de ander dat heb ik ook. En die persoon had ook problemen met euhm, en het ligt echt niet aan jou, als je hem gewoon zo en zo benaderd dan komt dat ook weer goed.” (Respondent 3)

Hoewel de informele momenten voornamelijk de gelegenheid zijn voor het delen van werkstress zijn er ook aios die hier tijdens formele momenten met collega-aios over spreken. Of dit formeel wordt aangeboden is afhankelijk van het specialisme. Vaak wordt er na het bespreken van de werkdruk en werkstress op formele momenten, in tegenstelling tot informele momenten, wel actie ondernomen en geprobeerd om daadwerkelijk wat aan de werkdruk en werkstress te doen.

“We hebben in elk geval één keer in de maand een overleg met de assistenten, alleen met assistenten, dus dan kunnen we alles bespreken, dan kun je alle punten inbrengen. En dat gaat vaak over werkdruk en over hoe doe ik het allemaal.” (Respondent 2)

“Bij de (specialisme) één keer in de week een overleg, tussen de aios. En daar kan dan wel prima eens worden gezegd van jongens, de druk is daar zo hoog op die spreekuren, misschien moeten we dat eens een keer gaan aangeven.” (Respondent 9)

Het delen van negatieve gevoelens geeft aios het gevoel van ontladen, maar ook vaak een bevestiging dat zij niet de enige zijn die dat gevoel ervaren en vaak tegen dezelfde dingen aanlopen. Een aantal respondenten hebben in het eerste jaar intervisie gehad, wat betekent dat zij met begeleiding van een psycholoog, samen met andere aios praten over wat het werk met je doet, hoe je het werk ervaart, maar ook of je stress ervaart. Dit kan aios die in de problemen zitten sneller helpen om hun probleem aan te geven en hieraan te werken, dit werd door het merendeel van de respondenten als zeer positief ervaren. Deze bijeenkomsten helpen om beter om te kunnen gaan met het werk. Een aantal aios heeft in het eerste jaar wel supervisie gehad en in het tweede jaar niet meer, dit is iets wat ze jammer vinden:

“Dit is prettig en iedereen heeft toch wel wat kunnen vertellen, of z’n ei kwijt, de ene keer de één wat meer, de andere keer de ander wat meer, en ik denk dat dat wel, echt goed is. Het is niet per se dat ik het nu mis hier, maar ik denk dat het wel een goede aanvulling zou zijn.” (Respondent 14).

“Nou, je hebt het wel met je collega’s, met de andere aios er een beetje over, ik had gelijk met iemand anders, die had ook heel veel druk (...). Dus, ja, dan reflecteer je daar ook weer aan, als zij dan hetzelfde ervaart, aan de ene kant denk je dan van euhm, blijkbaar ben ik niet gek.” (Respondent 3)

Daarnaast gaf een drietal respondenten aan dat collega-aios ook daadwerkelijk helpen in het verlagen van de werkdruk en dat ze hierdoor minder stress ervaren. Zo vertelden enkele aios dat ze patiënten van elkaar overnamen wanneer het erg druk was:

“Nou, de aios groep is hecht. Wij helpen elkaar best veel, wij hebben elk onze eigen spreekuren, maar goed zoals gezegd, als die vol staan is dat best lastig, om dat helemaal te bolwerken. Dus we springen ook best vaak bij. Dus als de één uitloopt, dat de ander dan een patiënt ziet van de één, of andersom.” (Respondent 5)

4.4.2 Supervisor

Bij de vraag van wie aios in hun eerste jaar veel steun ontvangen, beginnen maar weinig aios gelijk over hun supervisor. De steun ervaring van de supervisor is heel erg afhankelijk van wie de supervisor is en op welke afdeling de aios werkzaam is. Een vijftal aios gebruikten de term ‘baas’ als zij het over hun supervisor hadden.

Het was gedurende de interviews overduidelijk te zien dat aios die wel goede begeleiding ontvingen van hun supervisor, in het eerste jaar beter in hun vel zaten. De sociale steun zoals die gegeven wordt door de supervisor en ervaren wordt door de aios is van groot belang in hoe een aios zich in het eerste jaar voelt.

“Maar je kan er ook een beetje onzeker van worden en dat hangt van jouw supervisors af. Eén supervisor is wat toegankelijker, wat meer ruimte geeft voor jou voor fouten, dan legt hij het makkelijker voor jou uit. En dan voel je, je wat veiliger. En één supervisor is harder en nouja, dan voel je je minder veilig erbij en dan voel je je meer onzeker.” (Respondent 2)

Goede supervisors worden door de aios “onderwijs-minded” genoemd, zij bedoelen hiermee dat een “onderwijs-minded” supervisor meer de tijd neemt om dingen uit te leggen en dingen ook spontaan uitlegt. Vooral op medisch gebied geven de supervisors dan ook veel steun in de vorm van het geven van hulp bij vooral medische vragen, maar ook door met ze mee te kijken en de goede dingen over te nemen.

“Nou sommigen leggen gewoon spontaan van alles uit en dan hoef je er niet eens naar te vragen. En anderen dan vraag je ernaar en dan krijg je een redelijk kort af antwoord. Dus ja daar zit wel verschil in, hoe makkelijk mensen iets uitleggen en of ze er ook plezier en lol in hebben, dat merk je.” (Respondent 11)

“Ja, als ze dingen willen uitleggen, dan voel je dat wel gesteund zeg maar.” (Respondent 1)

De respondenten geven aan doordat ze veel leren van supervisors hier steun uit te halen. Ze leren van de supervisor door naar degene te kijken, maar ook doordat ze feedback ontvangen. Het is erg wisselend in hoeverre deze feedback opbouwend gegeven wordt. Een aantal aios ervaren in het

eerste jaar erg veel negatieve feedback van supervisors en werden hier onzeker (en dus meer gestrest) van, dit liet het gevoel gesteund te worden aanzienlijk afnemen. Daarnaast mist er ook een stuk waardering, weinig aios gaven aan zich in het eerste jaar gewaardeerd te voelen. Als ze zich gewaardeerd voelden dan was dat hoofdzakelijk door de patiënten.

“Of als je het heel erg fout doet, dan hoor je het wel.” (Respondent 2)

“Op een gegeven moment had ik voor mij zelf bedacht, ik ga de goede punten onthouden. Na een half jaar had ik nog steeds één hand waarop ik ze kon tellen.” (Respondent 6)

“Weinig momenten geweest dat mensen, de supervisor tegen mij gezegd heeft van hard gewerkt vandaag, goed gedaan.” (Respondent 7)

Het feit dat aios door supervisors beoordeeld worden, geeft de helft van de respondenten het gevoel dat ze voortdurend op de vingers gekeken worden, dit laat het gevoel gesteund te worden afnemen en veroorzaakt veel stress. Bovendien vinden ze het lastig dat de supervisors als ware twee rollen heeft, zij zijn zowel begeleider als ook beoordelaar, dit kan een rolconflict opleveren. Volgens de aios gaat dit soms lastig samen, het is moeilijk om naar een supervisor toe te gaan met persoonlijke problemen zoals bijvoorbeeld werkstress, de supervisor is immers niet alleen een begeleider, maar beoordeelt ook. Daarom willen en kunnen ze niet altijd over persoonlijke problemen praten met en steun vragen aan de supervisor. Een aantal aios gaf aan een mentor of maatje te hebben waarmee dat wel kan, zij kunnen dan meer begeleiden bij persoonlijke problemen en de supervisor kan dan meer medisch begeleiden en beoordelen.

“Ook omdat ze er bij alles bovenop zitten, euhm, elke stap die je zet, voel je, je bekeken. Daar heb ik in het eerste jaar ook heel veel last van gehad. Je hebt geen adempauze.” (Respondent 3)

“Dat voelt soms als een beoordelingsmoment in plaats van als een begeleidingsmoment, ook omdat je weet dat je uiteindelijk daardoor beoordeeld wordt.” (Respondent 1)

Naast “onderwijs-minded” vinden aios het ook erg belangrijk dat een supervisor benaderbaar en laagdrempelig is. Dit hangt er van af hoe de supervisor zich opstelt, maar ook van de persoonlijkheid van de aios, zij moeten vaak de stap durven zetten om iets te vragen.

“Er is altijd denk ik begeleiding als je het zoekt. Euhm, maar je moet het durven. Ik denk dat er, dat is de stap. Dat heeft te maken met bereikbaarheid, benaderbaarheid van supervisors.” (Respondent 9)

“Dus dan had ik liever dan dat ik het thuis maar ging opzoeken dan dat ik het vroeg.” (Respondent 6)

Ook de mate van ervaren psychologische steun van de supervisor is erg afhankelijk van de supervisor. De meeste supervisors staan hier erg voor open en steunen de aios wanneer er iets heftigs is gebeurd.

“Die is na die tijd nog naar mij toe gekomen, van als ik er een keer over wou praten, dat dat mogelijk was.” (Respondent 12)

Het gevoel gesteund te worden door de supervisor wordt minder omdat aios van grote specialismen zich vaak één van de vele aios voelen en daardoor geen goede band opbouwen met de supervisor.

Ook hebben zij het gevoel dat de supervisor weinig zicht heeft op hoe ver de aios in de opleiding is en dus ook op hoeveel begeleiding hij/zij nog nodig heeft. Dit geldt met name in academische ziekenhuizen, in perifere ziekenhuizen ervaren de aios de begeleiding als persoonlijker. Wanneer een aios zich al redelijk gestrest voelt en dan ook nog geen goede begeleiding of hulp van de supervisor ontvangt, kan dit juist de druppel zijn die de emmer doet overlopen.

“Nou dat de supervisor eigenlijk geen tijd voor je heeft als jij iets wil bespreken, terwijl jij wel heel hard aan het werk bent en probeert alles draaiende te houden. Dan voel je wel een beetje een poppetje.” (Respondent 11)

Aan de andere kant kan de supervisor juist ook bijdragen aan het verlagen van de werkdruk. Wanneer aios last hebben van veel werkstress doordat bijvoorbeeld de spreekuren te veel vol gepland zijn, is de supervisor de persoon die hier wat aan kan doen. Het hangt echter wel af van de afdeling of stress gemakkelijk te bespreken is en of de aios dit aan durft te geven bij de supervisor, wat ook weer samenhangt met de benaderbaarheid en toegankelijkheid van een supervisor.

“Eh, nou als het me echt over de schoenen liep dan gaf ik dat aan. Zeker bij een consult dan zei ik, ik kan er niet nog 1 bij doen, en dat was prima dan.” (Respondent 5)

Zoals eerder aangegeven ervaren aios veel stress doordat ze in het diepe worden gegooid. Ook hier geven aios aan dat goede begeleiding en steun van de supervisor ervoor zorgt dat ze in het eerste jaar wat zachter “landen”. Een aantal aios gaven uit zichzelf al aan dat in het diepe gooien alleen kan mits er goede begeleiding van een supervisor is. Wanneer dit niet het geval is, geven aios vaker aan stress te ervaren. Deze stress ontstaat doordat aios onzeker zijn en niet weten wat ze moeten doen, als ze hier dan geen steun van een supervisor bij krijgen, gaat dit stress opleveren. Anderzijds worden andere aios goed begeleid door hun supervisor, voeren ze eerst werkzaamheden samen uit, hierdoor is er minder onzekerheid en geven aios aan minder stress te ervaren.

“Maar als je in het eerste jaar begint met diensten in een academie met al die ingewikkelde patiënten en je bent alleen, dat vind ik vervelender, dan heb je meer het idee dat je in het diepe wordt gegooid, want dat gebeurt ook wel, van baas thuis, bel maar als er wat is. Dat je denkt van, god wat moet ik nou hiermee?” (Respondent 7)

“Met name dat je er in 1 keer zelf voor staat, dat niet altijd een supervisor direct beschikbaar is. Dat je soms moet wachten, of dat je soms eerst zelf maar een beslissing neemt en dat je dan later overlegt. Terwijl je misschien, omdat je zelf nog wel onzeker bent, misschien zelf liever van tevoren had overlegd. Eigenlijk gaat het altijd wel goed, maar het voelt toch wel een beetje alsof je aan het zwemmen bent.” (Respondent 11)

“Maar dat voelde niet zo, voor mij, dat ik in het diepe werd gegooid. Als ik zei ik kom er niet uit dan kwamen ze alsnog meekijken.” (Respondent 12)

Tot slot merkten drie respondenten op dat de begeleiding en de steun van de supervisor van een aios ook afhankelijk is van het specialisme. Zo gaven aios aan dat hoe meer specialistisch de zorg is, hoe beter de begeleiding, simpelweg omdat het dan te gevaarlijk was om de aios alleen te werk te laten gaan. Hierdoor werd bij de meer specialistische afdelingen, zoals bijvoorbeeld oncologie, veelal meer steun van supervisors ervaren.

Er zijn een aantal oorzaken die volgens de respondenten ervoor kunnen zorgen dat de aios minder steun ervaren van hun supervisor:

Allereerst hebben aios veel verschillende supervisors, alle specialisten van hun specialisme zijn supervisor, en de meningen zijn hierover verdeeld. Enerzijds vinden aios het fijn dat ze van alle supervisors wat mee kunnen pikken. Anderzijds weten zij soms niet wie ze moeten benaderen en ontstaat er zo vaak geen goede band tussen supervisor en aios, omdat ze elkaar minder vaak zien. Bovendien zijn aios er veel tijd mee kwijt om uit te zoeken hoe zij iedere supervisor moeten benaderen en wat iedere supervisor van ze verwacht.

“Ja, maar het verschilt ook per supervisor, want de ene supervisor wil het zus en de andere supervisor wil het zo.” (Respondent 2).

“Het eerste jaar, van de opleiding, dan heb ik echt wel dat vervelend gevonden dat je niet weet wie je moet bellen.” (Respondent 7)

Ten tweede hebben de supervisors het zelf ook erg druk en daarom vaak te weinig tijd om de aios echt goed te begeleiden. Voor sommige aios levert dit het gevoel op dat ze helemaal niet bij de supervisor terecht kunnen, andere aios geven aan dat ze niet altijd terecht kunnen bij de supervisor, maar moeten wachten op een moment dat hij of zij tijd heeft. De respondenten geven tevens aan dat door de drukte van supervisors de feedback regelmatig minder uitgebreid is dan zij hadden gewild.

“De supervisors in Groningen, kijk mensen zijn daar zelf ook druk, die hebben niet echt tijd voor je, tijd voor supervisie.” (Respondent 7)

“En het hangt ook wel af van de stress van de supervisors af. Hoe druk heeft degene het. De gril van de dag, zeg maar. Is altijd aanwezig. Omdat er ook veel eisen worden gesteld aan supervisors, die hebben zoveel verantwoordelijkheid, die krijgen meer dan 100 vragen per dag.” (Respondent 9)

Ten derde denkt een aantal aios dat het voor supervisors te lastig is om in te schatten hoeveel stress een aios heeft. In het bijzonder als de aios veel op een eigen plek aan het werk is en er ook een fysieke afstand tussen aios en de supervisor is.

“Ehm, maar of supervisors altijd in de gaten hebben hoe het is, dat weet ik niet. Of ze echt kunnen inschatten hoe druk het is. Maar ja, ik ben de enige die hier zit te werken, ik bedoel daar is niemand bij. Er is niemand die ziet hoe lang ik met dingen bezig ben, dus dat is ook logisch.” (Respondent 5).

Als laatste zijn er op grotere afdelingen veel aios werkzaam. Hierdoor voelen aios zich vaak één van de vele aios. Dit kan problemen opleveren, omdat een supervisor op grote afdelingen niet altijd een goed beeld van hoe ervaren de aios is. Dat is lastig want het beginniveau van aios kan erg verschillend zijn, sommige aios hebben aanzienlijk meer ervaring doordat zij bijvoorbeeld een aantal jaren als anios hebben gewerkt.

“Interactie met supervisors die jou niet kennen en er 13 in een dozijn zien, zoveel aios zien, dat verloop is ook zo groot, je bent gewoon een op de hoop, je moet je gewoon weer bewijzen.” (Respondent 9).

“Ik heb ook een keer bijvoorbeeld een conflict gehad met een supervisor die ik best wel laat bij een patiënt vroeg. Toen hoorde ik pas een jaar later dat hij eigenlijk nog kwaad op mij was, toen zei ik van ja, toen ben ik zelf naar hem toe gegaan, van goh waarom ben je kwaad? Ja, jij was toen hartstikke ervaren dus jij had dat wel eerder kunnen vragen. Ik zo, dat is absoluut niet waar, was mijn tweede dienst toen. Oh dat wist ik niet. He, dus mensen die nemen ook van alles aan zonder dat ze ja, eigenlijk weten van hoelang jij er al bent of hoe, in welk stadium je zit.” (Respondent 7)

4.4.3 Mentor/maatje

Een aantal van de gesproken aios zijn aan een mentor of een maatje (ouderejaars aios) gekoppeld. De ervaringen hierover zijn erg positief, de geïnterviewde aios ervaren veel steun van de mentor en maatje.

De mentor en het maatje hebben een grote rol bij het inwerken op een nieuwe afdeling en in een nieuw ziekenhuis, zij maken de aios wegwijs. De eventuele mentor en maatje kunnen door hun steun de stressgevoelens van aios laten afnemen. De oorzaak hiervan is met name dat de mentor en het maatje niet beoordelen, aios vinden de mentor en maatje hierdoor veel laagdrempeliger en durven ook persoonlijke problemen, zoals stress te bespreken, het is als het ware een soort uitlaatklep voor hen. Voor aios die geen mentor of maatje hadden was dit lastiger.

“Die was meer mentor, voor persoonlijke problemen, als stress en dat soort dingen en die beoordeelt je dan niet zeg maar” (Respondent 6).

Ouderejaars maatjes kunnen tevens aan de aios laten blijken dat zij niet de enige zijn die werkstress en drukte ervaren, hierdoor krijgen de aios een gevoel van steun en er minder alleen voor te staan.

“Ja, met wie ik ook, dingen van hoe, die druk op de afdeling en het niet toekomen aan jezelf, dat ook echt herkende, mijn junior mentor, een oudere jaars dus. (Respondent 7)”

Het toevoegen van een mentor of maatje is per specialisme verschillend en nog niet organisatie breed doorgevoerd.

4.4.4 Opleider

Voor de opleider geldt, net als voor de supervisor, dat het per opleider afhankelijk is hoeveel steun ze hiervan ervaren. Er zijn volgens de aios “goede” en “minder goede” opleiders, maar over het algemeen zijn de aios positief over de opleiders. Goede opleiders worden gezien als benaderbaar en laagdrempelig.

“Ik heb een hele goede opleider bij (specialisme), is een hele toegankelijke man, ook belangstellend voor aios, je kan altijd bij hem terecht, van daar heb ik een probleem, zou ik dat met je kunnen bespreken.” (Respondent 2)

De helft van de respondenten geven aan dat de opleider te ver van hun afstaat. Ze zien de opleider in het eerste jaar ongeveer om de drie maanden. Dat is te weinig om echt een band op te bouwen.

*“Niet echt door de opleider, die is toch een beetje onzichtbaar, een paar keer wel een gesprek gehad.”
(Respondent 7)*

De opleider grijpt soms in wanneer een aios aangeeft dat de werkdruk en de werkstress echt te hoog wordt. Hierbij is het wel goed in te zien dat de aios aangeeft dat hij/zij dan al werkstress ervaart, en dat dit dus niet meer wordt voorkomen, maar wordt verminderd. Het verminderen van de werkstress door de opleider gebeurt met name door de werkdruk te verlagen. Te denken valt aan minder onderwijs volgen naast de werkzaamheden, spreekuren verminderen et cetera.

“Dat heb ik toen bij de opleider wel gezegd in het voortgangsgesprek van 'goh ik had het echt super druk', maar dat is goed opgepakt.” (Respondent 5)

Feit is wel dat de aios dan wel de stap naar de opleider moet durven zetten. Vaak vinden aios dat de opleider te ver weg staat en dat ze de opleider weinig zien of mee samen werken. Hierdoor kan een drempel ontstaan om bijvoorbeeld werkstress aan te geven en kan de opleider ook geen steun geven en werkstress proberen te verminderen.

“Ja, die zie je ook wel hoor, maar echte gesprekken zeg maar, dat zijn dan 1 keer in de drie maand, maar hij heeft toen ook wel aangegeven, van als het niet gaat dan moet je eerder komen, dat heb ik toen ook wel gedaan. Ja dat vond ik toen wel heel goed van hem toen. He als het nodig was dan was daar ook gewoon ruimte voor. Maar op een gegeven moment, ik heb wel een tijd gehad dat ik daar zelfs ook een drempel voor voelde. Maar dat is gelukkig maar heel even geweest.” (Respondent 6)

Uit deze paragraaf kan samengevat worden dat aios verreweg de meeste steun ervaren van hun collega-aios, voornamelijk omdat zij laagdrempelig en benaderbaar zijn, voelen de aios zich hierdoor gesteund. De steun van de supervisor is erg wisselend per supervisor en per specialisme, goede, onderwijs-minded en benaderbare supervisors geven een gevoel van steun, anderzijds zijn er veel negatieve ervaringen met supervisors waardoor de aios zich juist niet gesteund voelen. Dit heeft volgens de respondenten vooral te maken met het feit dat de supervisor ook een beoordelende rol heeft en te weinig tijd vrij maakt voor begeleiding. De opleider en de eventuele mentor en maatje zijn voor aios een steun, vooral omdat zij begeleiden en niet beoordelen. Het is echter per specialisme verschillend of er wel of niet een mentor en maatje beschikbaar zijn. In de volgende deelvraag wordt specifiek gekeken naar de rol van sociale steun bij de niet-medische taken van aios.

4.4.5 Hulp en steun bij niet-medische taken

Omdat gedurende de interviews bleek dat niet-medische taken een belangrijke rol speelden in het eerste jaar als aios, is in de interviews specifiek gevraagd van wie aios steun en hulp ontvingen bij deze niet-medische taken.

Aios geven aan dat de sociale steun van de supervisor bij het uitvoeren van niet-medische taken nihil is. Ook krijgen ze geen waardering voor deze taken. Als verklaring geven zij aan dat het voor de supervisors vaak al lang is geleden dat zij zelf voor het eerst in aanraking kwamen met niet-medische taken en dat zij daardoor minder inzien hoe druk een aios daar in het eerste jaar mee is.

*“Ik zou over een aantal jaren ook vergeten hoe intens veel tijd het kost. Dan denk je van, ja dat vraag je toch even aan, dan vraag je die even, dan weet je welk papiertje, en dan vul je dat papiertje in. Ja en op het papiertje stond ook weer dit, en naar wie moet je dat papiertje dan weer, dat vergeet je op een gegeven moment, dat het dan zo normaal wordt. Dan kan ik ze niet kwalijk nemen, zeg maar.”
(Respondent 9)*

Daarnaast schamen zij zich soms om vragen over niet-medische taken aan een supervisor te vragen, en kiezen er daarom eerder voor om vragen hierover aan laagdrempeligere collega's, zoals collega-aios, mentor, maatje, verpleegkundigen en secretaresses te stellen. Ook geven twee respondenten aan dat ze geen hulp willen bij niet-medische taken en dat dit alleen beter gaat door het zelf te ervaren.

“Qua logistiek en qua weggetjes door het ziekenhuis, wordt je toch veel meer geholpen, denk ik, door je collega's. Want die spreek je er veel makkelijker op aan, die vraag je ook veel makkelijker, dan dat je je supervisor gaat vragen, van waar vraag je dat aan? Of wie moet ik daarvoor hebben? Want de supervisor heeft daar niet altijd tijd voor. Dat kun je ook wel even aan je collega of aan de secretaresse vragen. En dat is op zich ook terecht.” (Respondent 9)

Wel valt op dat ruim een derde van de respondenten aangeeft dat de omgeving van een aios (behalve de collega-aios, die het zelf ook ervaren) weinig zicht heeft op hoe druk een aios is met niet-medische taken. Hierdoor komt steun weinig vanuit de collega's zelf, maar moet de aios zelf actief om steun en hulp vragen.

“Euhm, ja, de verpleegkundigen, de administratief medewerkers, iedereen kon ik altijd wel wat vragen als ik niet wist waar ik heen moest met bepaalde dossiers, eigenlijk gewoon de collega's.” (Respondent 5).

Aios geven ook aan dat ze voor timemanagement, waar ze in het eerste jaar veel moeite mee hebben, weinig tot geen hulp of steun ervaren.

“Als jij niet weet hoe je een infuus moet prikken, gaat er iemand met je zitten. Maar als jij niet weet dat hoe je een dag moet plannen, er gaat niet iemand met je zitten, van goh zo werkt outlook.” (Respondent 3)

Uit deze paragraaf kan samengevat worden dat over het algemeen gesteld worden dat aios weinig tot geen sociale steun ervaren bij het uitvoeren van niet-medische taken. In de volgende paragraaf zal de conclusie weergegeven.

Hoofdstuk 5: Conclusie

Eerstejaars aios vormen een grote risicogroep voor werkstress. Zij worden op relatief jonge leeftijd blootgesteld aan psychologisch zwaar werk, een hoge werkdruk en een complexe werkomgeving. In voorgaande onderzoeken is meermaals vastgesteld dat aios veel werkstress ervaren, maar miste vaak diepgang en achterliggende gedachten en gevoelens van aios.

In huidig onderzoek is onderzocht hoe de werkstress beleving van aios precies tot stand komt. Dit is onderzocht aan de hand van de volgende onderzoeksvragen en deelvragen:

Hoe komt de werkstressbeleving van aios tot stand en hoe spelen de ervaren niet-medische taken en sociale steun hierin een rol?

- 1 Hoe komt de werkstressbeleving van een aios tot stand?
- 2 Hoe spelen niet-medische taken, en de mate waarin deze taken als onverwacht worden ervaren, een rol in de werkstress beleving van aios?
- 3 Hoe speelt sociale steun een rol in de werkstress beleving van een aios?
- 4 Hoe speelt sociale steun een rol in de ervaring van niet-medische taken door een aios?

Om deze onderzoeksvragen te kunnen beantwoorden is gebruik gemaakt van een kwalitatieve onderzoeksmethode. Met behulp van de bestaande literatuur en de analyse van huidig onderzoek worden in de volgende paragrafen de vier deelvragen besproken. Afsluitend wordt een antwoord geformuleerd op de hoofdvraag.

Hoe komt de werkstressbeleving van een aios tot stand?

In overeenstemming met de geformuleerde verwachtingen in het theoretisch kader bleek dat bijna alle aios in het eerste jaar werkstress hebben ervaren. Dat aios zelf het woord 'stress' of 'werkstress' niet in de mond namen kwam overeen met de verwachting en is te verklaren vanuit het onderzoek van Drenth (2016). Deze onderzoeken geven aan dat door de heersende cultuur, attitudes en gedrag in de medische wereld werkstress nog geen gemakkelijk te bespreken onderwerp is. Wanneer de respondenten gevraagd werd naar de reden waarom zij zelf het woord stress niet gebruikten, noemden een aantal respondenten ook de cultuur als reden, stress hoort er voor hun gevoel gewoon bij, dat is iets wat iedereen heeft. Hoewel bijna alle aios in het eerste jaar tenminste enige werkstress hebben ervaren, moet ook genuanceerd worden dat een tweetal aios geen tot nauwelijks stress hebben ervaren.

Aios ervaren hoge verwachtingen vanuit de werkomgeving, die lijken ze deels zichzelf op te leggen. Deze verwachtingen betreffen dat ze vanaf de eerste dag dat ze werkzaam zijn als aios hun werk goed en foutloos moeten kunnen uitvoeren. Tegelijkertijd voelen aios zich onzeker omdat ze geen tot nauwelijks werkervaring hebben en in opleiding zijn, aios voelen zich dus niet in staat om het werk

vanaf het begin af aan al goed te kunnen doen. Dit kan mogelijk verklaard worden door het concept zelfeffectiviteit, bij aios ontbreekt namelijk het vertrouwen in de eigen bekwaamheid om een bepaalde taak te volbrengen (Van Beek, 2015). De combinatie van de hoge verwachtingen en de onzekerheid over het eigen kunnen levert werkstress op. De hoge verwachtingen kunnen bijdragen aan de hoge onzekerheid, en wellicht ook andersom. Mogelijk lokken de twee factoren elkaar uit en versterken ze elkaar, wat aan zou sluiten bij de Conservation of Resources Theory (Hobfoll, 2001), een model om stress te begrijpen. Uit deze theorie blijkt dat stress niet alleen met het individu zelf te maken heeft (onzeker zijn), maar ook met de omgeving (verwachtingen voelen). Onderdeel hiervan is het 'resource investment' wat aangeeft dat mensen met minder resources, gevoeliger zijn om resources te verliezen en minder capabel zijn om resources te verkrijgen. Wanneer mensen van zichzelf al onzeker zijn, zijn zij wellicht ook minder in staat om in te schatten dat de verwachtingen nog niet zo hoog zijn.

Deze verwachtingen werden door de aios ook wel als eisen genoemd, ze hadden het idee niet te kunnen voldoen aan de eisen. Dit komt overeen met de definitie van werkstress als interactie tussen het individu en de omgeving: 'een toestand waarin een werknemer niet in staat is, of zich niet in staat acht, om aan de door de werkomgeving gestelde eisen te voldoen' (Schaufeli & Bakker, 2007, p.26).

Hoe spelen niet-medische taken, en de mate waarin deze taken als onverwacht worden ervaren, een rol in de werkstress beleving van aios?

In bestaande onderzoeken is al gekeken naar de oorzaken van de werkstress die aios ervaren, zo bleek uit die onderzoeken dat de hoge werkdruk, de verstoorde werk/privé balans en de emotionele belasting een belangrijke rol spelen in de werkstress ervaring van aios. De respondenten in huidig onderzoek noemden deze oorzaken ook, maar huidig onderzoek ondervond daarnaast dat niet-medische taken een grote rol spelen in de werkstress ervaring van aios, specifiek voor aios in het eerste jaar.

Uit de analyse bleek dat aios moeite hebben met niet-medische taken. Niet-medische taken kunnen op drie manieren stress opleveren. Ten eerste kan het gevoel de niet-medische taken niet goed uit te kunnen voeren onzekerheid opleveren, en een gevoel het niet aan te kunnen (coping) bevorderen, wat weer impact heeft op de werkstress. Ten tweede kosten de niet-medische taken ook veel tijd, wat betekent dat de werkdagen van de aios langer worden en hierdoor (disbalans van de werk-privé balans) stress ervaren wordt. Ten derde worden niet-medische taken soms als oneigenlijk ervaren, taken die zijn ontstaan door bureaucratie. Aios krijgen het gevoel dat ze hierdoor worden afgehouden van hun eigenlijke taak, het beter maken van mensen. Dit komt sterk overeen met het onderzoek van Van der Linden (2011) wat aangeeft dat aios de zorg voor patiënten als hun belangrijkste taak zien en door niet-medische taken het gevoel hebben van deze taak te worden afgehouden.

De niet-medische taken waar aios in het eerste jaar (onverwacht) erg druk mee zijn geweest, zijn onderverdeeld in timemanagement, omgeving leren kennen, administratie en het bewaken van de studievoorgang. De eerste drie taken zijn voor een groot deel te verklaren door het Newcomer Adjustment. Het Newcomer Adjustment (Bauer et al., 2007) laat zien dat de nieuwkomer zijn of haar taken moet leren begrijpen, prioriteiten moet leren stellen, een tijdsplanning moet leren maken, maar ook dat de nieuwkomer zijn/haar rol moet vinden en zich vertrouwd voelt bij zijn collega's en leidinggevenden (Bauer et al., 2007). Het timemanagement waar de aios moeite mee hebben kan

gekoppeld worden aan het prioriteiten leren stellen en het maken van een tijdsplanning. Het gebrek aan timemanagement zorgt er tevens voor dat de aios in het eerste jaar extra lange dagen maken, door de lange dagen hebben de aios weinig hersteltijd, wat stress bevordert. Het zoeken van een rol en vertrouwd voelen bij collega's kan gekoppeld worden aan het leren kennen van de omgeving. De administratie kan gekoppeld worden aan de taken leren kennen en begrijpen, zo weet een aios in het begin niet hoe ze goede brieven opstellen, waar ze naar toe verstuurd moeten worden en zijn ze druk om dat uit te zoeken (taak leren kennen en begrijpen). Dit komt sterk overeen met het onderzoek van Dijkstra (2014) wat aangeeft dat aios veel tijd nodig hebben voor het vinden van een plek op de afdeling en het wegwijs worden in de organisatie.

Bovendien is de situatie in het eerste jaar als aios eigenlijk dubbelop, de aios heeft in het eerste jaar te maken met taken die ontstaan doordat zij nieuwkomer zijn, maar daar bovenop komt ook nog dat aios nog in opleiding (lerend) zijn en zich ook veel medische-taken eigen moeten maken. Het lijkt er op dat deze combinatie de aios veel drukte in het eerste jaar oplevert.

Wanneer de niet-medische taken waar aios in het eerste jaar (onverwacht) erg druk mee zijn geweest, gekoppeld worden aan de niet-medische competenties van CanMEDS is te zien dat aios moeite hebben met de competentie 'organiseren', omdat zij moeite hebben met timemanagement,. Ook de competentie 'samenwerken' levert de aios drukte en stress op, omdat de aios in het eerste jaar nog erg druk zijn met het leren kennen van de omgeving. Als laatste levert de competentie 'kennis en wetenschap' de aios drukte op doordat zij drukte en stress ervaren door het bewaken van de studievoortgang in het eerste jaar.

Verwacht werd dat aios werkstress zouden ervaren doordat de niet-medische taken als onverwacht zouden komen. Uit huidig onderzoek bleek dit niet helemaal het geval, de niet-medische taken kwamen voor de aios niet onverwacht, zij hadden deze immers al ervaren gedurende werkzaamheden als anios, of gezien bij andere aios wanneer zij werkzaam waren als coassistent of semiarts. De omvang van de niet-medische taken kwam echter wel onverwacht, ze kosten de aios namelijk onverwacht veel tijd.

Hoe speelt sociale steun een rol in de werkstress beleving van een aios?

Zoals verwacht kon worden vanuit de theorie wijst ook huidig onderzoek uit dat sociale steun een grote rol speelt in de werkstress beleving. Vanuit het JD-R model van Demerouti et al. (2001) kan verklaard worden dat sociale steun een energiebron is, het is een sociaal aspect dat de taak eisen en de daarmee samenhangende psychologische en fysieke lasten vermindert. Sociale steun heeft een negatieve relatie met burn-out en stress (Demerouti et al., 2011). Dit is meermaals aangetoond en strookt ook met de ervaringen van eerstejaars aios in het hier beschreven onderzoek.

Over de relatie van hoe sociale steun tot minder werkstress voor aios leidt was minder bekend, hier waren zodoende ook geen verwachtingen voor geformuleerd. Uit huidig onderzoek blijkt dat sociale steun op twee manieren bijdraagt aan het welzijn van aios, enerzijds ontvangen zij steun bij werkzaamheden (instrumentele en informatieve steun) en anderzijds bij hun gevoelens (waardering en emotionele steun).

Ten eerste is de steun bij werkzaamheden van groot belang. Omdat de werkstress ervaring voornamelijk ontstaat door het onzekere gevoel, het gevoel dat ze veel nog niet weten en kunnen, voelen aios zich gesteund wanneer ze hierbij geholpen worden en goed begeleid worden. Dit betekent dat collega's laagdrempelig zijn en aios gemakkelijk iets kunnen vragen, maar ook dat aios

goede feedback krijgen en geholpen worden met het uitvoeren van medische handelingen. Dit komt overeen met de informatiele en instrumentele manier van steun geven (House, 1981), waarin suggesties en adviezen voor de ontvanger centraal staan. Deze manier van steun kan ervoor zorgen dat aios zich minder onzeker voelen en stress voorkomen wordt. Aios geven aan deze steun bij werkzaamheden veel te ontvangen van ouderejaars aios, met name omdat zij meer ervaren zijn en de bereidheid hebben om adviezen te geven. Ook de “onderwijs-minded” supervisors geven veel steun bij werkzaamheden en leren de aios veel, waardoor ze hun werkzaamheden beter kunnen uitvoeren en hier minder stress door ervaren. Een aantal aios ervaart te weinig steun van hun supervisors bij het uitvoeren van werkzaamheden. Aios ervaren dat zij te weinig feedback ontvangen en dat de supervisors een te grote overfocus hebben op negatieve feedback. Als oorzaken kwam naar voren dat supervisors zelf erg druk zijn, zij ook een beoordelende rol hebben en dat aios vaak veel verschillende supervisors hebben, waardoor niet altijd duidelijk is hoe ervaren de aios is en hoeveel inhoudelijke steun hij of zij nodig heeft.

Ten tweede is ook de steun bij gevoelens van aios belangrijk wanneer aios werkstress ervaren. Dit sluit aan bij emotionele steun van House (1981), waarin de mate van verzorging en empathie wat de ontvanger ontvangt centraal staat, en de waarderingsteun (House, 1981), waarin waardering en erkenning voor de ontvanger centraal staat. In huidig onderzoek komt deze manier van steun met name tot stand doordat aios over hun werkstress kunnen praten, stoom afblazen en het gevoel hebben dat zij niet de enige zijn met werkstress. De collega-aios bevinden zich in hetzelfde schuitje als de andere aios en dit geeft een gevoel van steun, vooral door gevoelens te bespreken en hun ei kwijt te kunnen. Eerstejaars aios vinden elkaar dan in de negatieve aspecten van het werk. Aios ervaren veel emotionele steun aan de intervisie bijeenkomsten die sommige aios aangeboden krijgen. De steun die supervisors geven bij gevoelens is aanzienlijk minder, aios bespreken hun werkstress gevoelens nauwelijks met supervisors. Dit wordt veroorzaakt door het rolconflict, omdat de supervisor zowel beoordelaar als begeleider is. De waardering en erkenning die aios in het eerste jaar ontvingen was zeer gering, weinig complimenten en weinig erkenning voor de drukte die aios in het eerste jaar ervaren.

Daarnaast lijkt het erop dat huidig onderzoek een versterkende spiraal weergeeft, aios die onzeker zijn en hoge verwachtingen ervaren, en hierdoor veel stress ervaren, durven hierdoor vaak ook minder gemakkelijk naar de supervisor toe te stappen. Hierdoor ontvangen zij minder steun, dit levert nog meer onzekerheid en stress op, dit kan gekoppeld worden aan de Conservation of Resources Theory (Hobfoll, 2001).

Huidig onderzoek wijst dus uit dat aios voornamelijk te spreken zijn over de steun die zij van collega-aios ervaren. De steun van supervisors is zeer wisselend en in sommige gevallen ondermaats, dit komt overeen met het onderzoek van Prins et al. (2007) wat aangeeft dat aios het meest ontevreden zijn met de steun die zij van supervisors krijgen. Er zijn echter ook specialismen waar het beter is geregeld, waar bijvoorbeeld wel voldoende tijd wordt genomen voor begeleiding of waar intervisie bijeenkomsten georganiseerd worden. De resultaten van huidig onderzoek laten zien dat het per specialisme erg verschillend is hoe de omgeving van de aios in het eerste jaar is ingericht en hoe goed aios in het eerste jaar begeleid worden.

Hoe speelt sociale steun een rol in de ervaring van niet-medische taken door een aios?

De sociale steun bij niet-medische taken kan zorgen voor een bufferend effect. Een bufferend effect betekent dat een stressor, in dit geval niet-medische taken, onder invloed van sociale steun als

minder sterk ervaren wordt (Peeters, Schaufeli & Buunk, 1992). Dit bufferende effect bleef echter vaak uit, omdat de geïnterviewde aios geringe sociale steun ervaren bij het uitvoeren van niet-medische taken ontvangen.

De sociale steun die aios in het eerste jaar van hun supervisor ontvangen is voornamelijk gericht op medische taken. De supervisors hebben vaak niet door hoe druk aios zijn met deze niet-medische taken, zij hebben hier geen tot weinig zicht op. Daarnaast stellen aios vragen over niet-medische taken liever niet aan supervisors, zij gaan hiervoor liever naar meer laagdrempelige collega's, zoals collega-aios, verpleegkundigen en secretaresses.

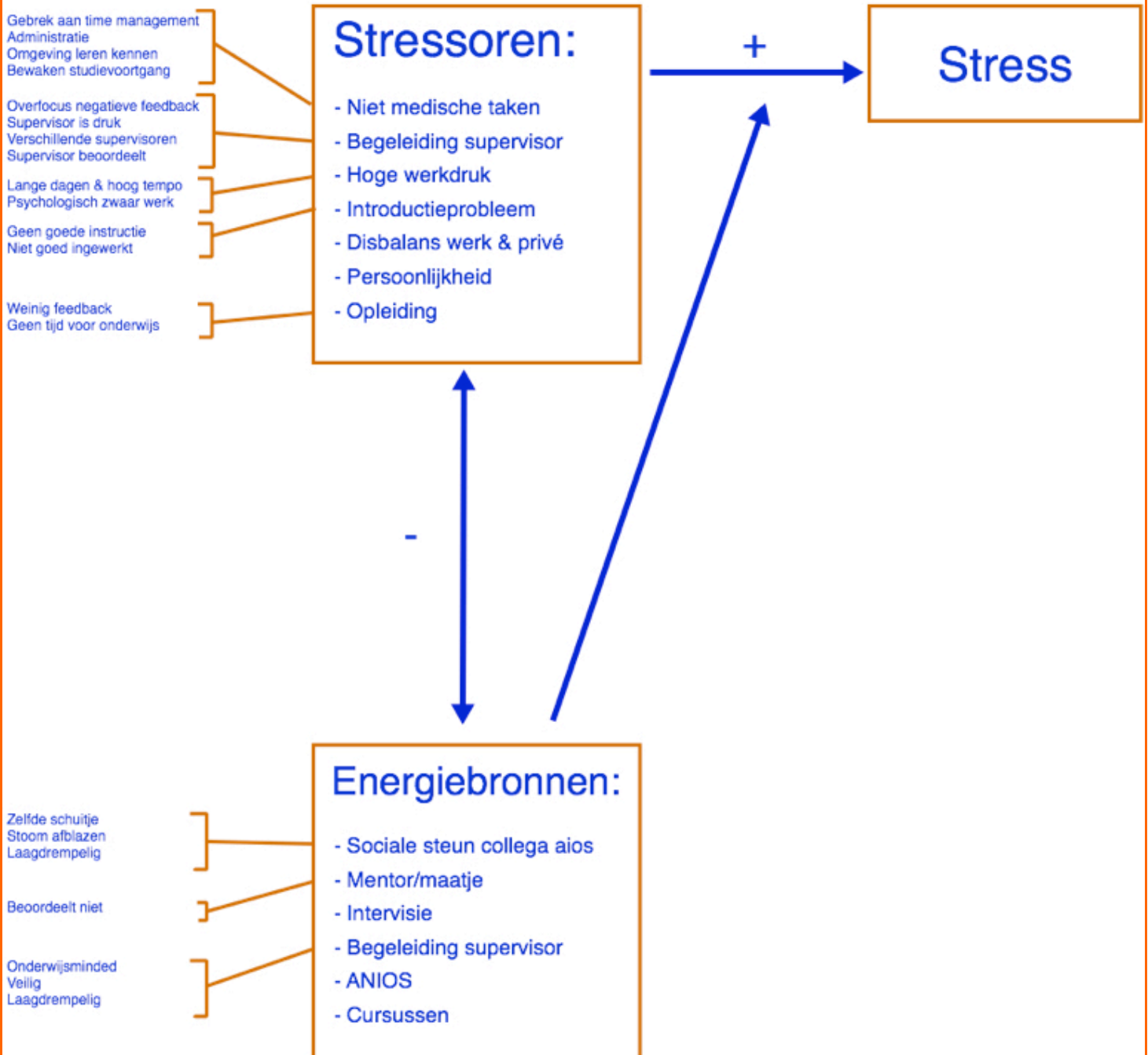
De drukte/stress door niet-medische taken is in de vorige paragraaf verklaard aan de hand van het Newcomer Adjustment. Juist voor nieuwkomers is sociale steun van groot belang om te kunnen presteren (Nelson en Quick, 1991). Aios geven aan bij de niet-medische taken weinig tot geen steun te ontvangen, wat zorgelijk is omdat aios juist in het eerste jaar stress ervaren door niet-medische taken.

Onderzoeksvraag: Hoe komt de werkstressbeleving van aios tot stand en hoe spelen de ervaren niet-medische taken en sociale steun hierin een rol?

De mate en manier waarop eerstejaars aios stress ervaren is erg verschillend. Dit komt met name door de grote verschillen per specialisme in begeleiding en opbouw in de opleiding in het eerste jaar. Er waren echter wel gemene delers in de antwoorden van aios op de vraag wat de oorzaak voor het gevoel van stress en drukte in het eerste jaar was. In lijn met wat werd verwacht noemden aios (een gebrek aan) vormen van sociale steun en het uitvoeren van niet-medische taken, bestaande uit timemanagement, het leren kennen van de omgeving, administratie en het bewaken van de studievoortgang, veelvuldig als oorzaken. Eerstejaars aios die goede begeleiding en sociale steun hebben gehad bij zowel medische als niet-medische taken en daarnaast ook niet onverwacht veel tijd bezig geweest met niet-medische taken, geven aan in het eerste jaar minder werkstress te hebben ervaren.

Zoals in het theoretisch kader besproken is het JD-R model van Demerouti et al. (2001) een veelgebruikt model om te onderzoeken hoe werkstress tot stand komt. Het JD-R model van Demerouti et al. (2001) onderscheidt gepercipieerde werkeisen (job demands) en gepercipieerde energiebronnen (job resources). De beschreven resultaten passen bij de verschillende onderdelen van het JD-R model en aios geven daar een specifieke invulling aan. Op basis van de resultaten van huidig kwalitatief onderzoek kan een voorlopig model opgesteld worden dat in kwantitatief vervolgonderzoek getest kan worden.

Figuur 5: JD-R model toegepast op werkstress ervaring eerstejaars aios



Hoofdstuk 6: Discussie

In dit hoofdstuk zal worden gereflecteerd op de onderzoeksresultaten (paragraaf 6.1). Vervolgens zal in paragraaf 6.2 op een kritische wijze gereflecteerd worden op het onderzoeksproces en zullen in paragraaf 6.3 aanbevelingen worden geformuleerd voor wetenschappelijk vervolgonderzoek. In paragraaf 6.4 zal een advies worden geformuleerd voor het UMCG, op basis van huidige onderzoeksresultaten. Paragraaf 6.5 zal als slotparagraaf huidig onderzoek afsluiten.

6.1 Reflectie resultaten

In deze paragraaf zullen opvallende resultaten uit huidig onderzoek centraal staan. Hier zal in worden gegaan op verklaringen voor het tekort aan sociale steun van supervisors, verklaringen voor de stress die niet-medische taken veroorzaken en mogelijke andere factoren die een rol kunnen spelen in de werkstress beleving van aios. Deze paragraaf wordt afgesloten met een contextuele reflectie.

Sociale steun van supervisors

Uit de resultaten van huidig onderzoek blijkt dat aios niet altijd voldoende sociale steun ontvangen van supervisors. Dit komt overeen met het onderzoek van Prins et al. (2007b), waar ook uit blijkt dat aios ontevreden zijn over hun supervisors. Aan de respondenten is gevraagd waarom zij zelf denken dat zij van supervisors soms te weinig steun ontvangen. In de analyse is hier al enige aandacht aan besteed, zo wordt gedacht dat supervisors tekort schieten in hun sociale steun, omdat zij zelf te druk zijn om hier tijd voor vrij te maken. Ook zien de aios veel verschillende supervisors en de supervisors veel verschillende aios, waardoor er geen nauwe band ontstaat. Als derde reden wordt de beoordelende rol van de supervisor genoemd, aios ervaren weinig sociale steun omdat supervisors zich in een rolconflict bevinden tussen begeleider en beoordelaar. Tot slot hebben aios het vermoeden dat supervisors niet altijd in de gaten hebben hoe hectisch het eerste jaar voor een aios is.

Verder kan de tekortkoming aan begeleiding van de supervisor verklaard worden doordat supervisors er niet zelf bewust voor kiezen om te superviseren. Medisch specialisten zijn in opleidingsziekenhuizen automatisch ook supervisor en dit betekent wellicht dat zij hier niet altijd bewust voor kiezen of geschikt voor zijn. Daarbij kan ook worden opgemerkt dat gedurende de interviews een aantal respondenten hun supervisor ook de 'baas' noemden, wat een hiërarchische ondertoon heeft, en daardoor laat zien dat de supervisor (baas) wellicht te ver van de aios afstaat. De overfocus op negatieve feedback van supervisors kan ook verklaard worden door de werkzaamheden in de zorg, fouten maken is daar gevaarlijk.

De literatuur laat zien dat medisch specialisten niet allemaal even bedreven zijn, wat de vraag oproept of medisch specialisten wel genoeg getraind worden in het geven van supervisie en sociale steun. Zo blijkt uit het onderzoek van Westerman (2012) dat net beginnende medisch specialisten zich niet goed voorbereid voelen om supervisie te geven. Daarnaast zijn veel medisch specialisten niet bekend met de principes van het geven van gestructureerde supervisie, zij geven zowel medisch studenten als arts-assistenten onderwijs en supervisie, terwijl een groot deel van hen nooit enige training hierin heeft gekregen en onderwijs (Busari, Greidanus, Weggelaar & Schiering, 2006). Wat

opvallend is aangezien supervisie en begeleiding één van hun belangrijkste taken is. Het is van belang in ogenschouw te houden dat opleiden en begeleiden een aparte vaardigheid is waar niet iedere medische specialist automatisch over beschikt.

Tot slot bleek de beoordelende rol van supervisor een rol te spelen in de steun die aios van de supervisor ervaren. Dit kan verklaard worden door het gatekeepers principe (Merton, 1973). Gatekeepers worden gevraagd om talent en beperkingen van kandidaten (hier de aios) voor nieuwe posities te beoordelen, en zij hebben op deze wijze invloed op de mobiliteit van personeel. In huidig onderzoek zijn supervisors en de opleider gatekeepers, omdat zij mede beslissen of de aios verder mogen met de opleiding, dit maakt de beoordeling door supervisors extra spannend.

Niet-medische taken

De verwachtingen die zijn opgesteld over niet-medische taken van eerstejaars aios waren nog zeer summier vanwege het zeer beperkte bestaande onderzoek hierover. De verwachting was in eerste instantie dat de niet-medische taken voor aios als onverwacht zouden komen omdat de vaardigheden die voor deze taken noodzakelijk zijn, niet tot nauwelijks voorkomen in de geneeskunde studie. Uit huidig onderzoek bleek dat niet-medische taken voor de aios niet als onverwacht kwamen, wat voornamelijk te verklaren is door het feit dat zij als coassistent en anios ook zien en horen dat aios deze taken moeten uitvoeren. Het kwam voor de aios echter wel onverwacht dat ze zoveel tijd in de niet-medische taken moesten steken. Omdat ook uit onderzoek van Westerman (2011) blijkt dat medisch specialisten stress ervaren door niet-medische taken, is dit blijkbaar een taaksoort waar in de gehele opleiding tot medisch specialist niet voldoende op voorbereid wordt.

Toch is het opvallend dat eerstejaars aios niet-medische taken als stressvol en onverwacht tijdrovend ervaren, aangezien het onderzoek van Westerman (2011) aangeeft dat voor een eerstejaars medisch specialist de niet-medische taken wéér onverwacht komen en dat ze zich hier niet goed op voorbereid voelen. Blijkbaar spelen niet-medische taken zowel in het eerste jaar als aios, als in het eerste jaar als medisch specialist (onverwacht) een grote rol. Bij taken als timemanagement is het te verklaren door het Newcomer Adjustment, omdat zowel in het eerste jaar als aios, als in het eerste jaar als medisch specialist gestart wordt met een nieuwe baan en functie en dus opnieuw geleerd moet worden te prioriteren, een tijdsplanning te maken en dergelijke. Daarnaast hebben medisch-specialisten deels andere niet-medische taken, zo is het te verklaren dat bijvoorbeeld het financiële aspect in het eerste jaar als medisch specialist alsnog onverwacht komt, omdat aios deze taak niet hebben.

Niet-medische taken kunnen enerzijds beschouwd worden als informele taken, het zijn als het ware verborgen taken die buiten het curriculum vallen (Witman, 2010), zoals het leren kennen van collega's. Anderzijds worden de niet-medische taken deels wel geformuleerd in de competenties van CanMEDS, zo is timemanagement een onderdeel van de competentie 'organiseren'. Het is echter lastig om dit als een formele taak te beschouwen, timemanagement is een competentie die middels CanMEDS niet ver genoeg geoperationaliseerd is.

Niet-medische taken spelen dus een grote rol in de werkstress beleving van recent geregistreerde medisch specialisten en aios. Om een breder beeld te geven worden in de volgende paragraaf meer oorzaken voor werkstress weergegeven.

Andere oorzaken van werkstress voor aios

Door de open onderzoeksaanpak zijn, naast niet-medische taken en het tekort aan sociale steun, ook andere zaken naar voren gekomen die een rol spelen in de werkstress ervaring van aios.

Allereerst werd duidelijk dat de achtergrond van de aios in het eerste jaar een grote rol speelt. Aios die al een aantal jaren gewerkt hebben als anios, hebben het in hun eerste jaar gemakkelijker gehad. De overgang van anios naar aios is gemakkelijker te maken dan de overgang tussen student geneeskunde en aios. Ook zou de levenservaring van de respondenten een belangrijke rol kunnen spelen, het leek erop dat wanneer aios in hun eerste jaar ouder zijn, en dus meer levenservaring hebben, zij gemakkelijker met de werkstress om kunnen gaan, en ook een betere band hebben met de supervisor. Hoewel huidig onderzoek kwalitatief van aard is, wordt de indruk gewekt dat vrouwen gedurende het eerste jaar meer onzekerheid en werkstress ervaren dan mannen, wat verklaard kan worden door onderzoek van Scheers (2010), wat weergeeft dat mannelijke aios minder last hadden van de neiging tot perfectionisme en gemakkelijker kunnen relativiseren.

Naast de achtergrond van de aios bleek ook het ziekenhuis en de afdeling een grote rol te spelen in de werkstressbeleving in het eerste jaar. Voornamelijk over de introductie die de aios hebben gehad voorafgaand aan het werk als aios is nog veel ontevredenheid, deze sluit niet goed aan bij de werkzaamheden die zij daadwerkelijk als aios uit moeten voeren. Ook de opbouw van de opleiding is per afdeling en ziekenhuis erg verschillend. Bij een aantal aios werd de opleiding heel gelijkmatig opgebouwd, kregen zij steeds iets meer verantwoordelijkheid en hierdoor konden zij langzamer aan het werk als aios wennen.

Ook de disbalans tussen werk en privé speelt een rol in de werkstress beleving van eerstejaars aios. Dit is meermaals onderzocht en ook huidig onderzoek wees dit uit. De vaakst genoemde oorzaak was dat vele aios in hun eerste jaar moesten verhuizen. Dit betekent een sociaal bestaan ergens anders achterlaten en dat weer in een nieuwe stad opbouwen, wat veel energie kost door de lange werkdagen vaak lastig is. Dit kan verklaard worden door 'time bind' wat aios het gevoel geeft dat zij zowel op het werk als thuis energie en tijd moeten besteden en ze hier zelf geen controle meer over hebben (Hochschild, 1997).

Vele onderzoeken hebben al laten zien dat de werkdruk in de zorgsector hoog ligt en ook de aios noemden de hoge werkdruk meermaals. Een hoog werktempo, weinig pauzes, lange dagen en dat in combinatie met psychologisch zwaar werk. Voor aios is deze hoge werkdruk extra benadelend, door de hoge werkdruk kan hun leerproces ook onder druk komen te staan, bijvoorbeeld doordat er weinig tijd is voor uitgebreide feedback en verdieping. Een hoge werkdruk kan een positief leerklimaat tegengaan. Aios gaven ook aan in deeltijd te willen werken, omdat ze in een fulltime werkweek, in de weekenden en avonden nog thuis zitten te studeren.

Daarnaast is het relevant om op te merken dat aios aangaven dat het vaak lastig was om een opleidingsplek te bemachtigen. Omdat het ze vaak de nodige moeite kost om aangenomen te worden als aios, zijn ze extra blij als ze uiteindelijk worden aangenomen. Hoewel dit proces zich afspeelt voor aanvang aan het eerste jaar is het goed op te merken dat dit wel een rol kan spelen in de werkstress ervaring van aios. Aios zijn zo blij dat ze zijn aangenomen, dat ze ook vinden dat ze niet mogen 'klagen als het druk is' en het moeilijk vinden om werkstress aan te geven bij de supervisor, dat is tenslotte ook degene die (mede) beoordeelt of ze verder mogen met de opleiding.

Tot slot lijkt het er op dat de cultuur waarin de aios werkzaam zijn ook bijdraagt aan de werkstress ervaring. Uit de analyse bleek dat veel aios niet uit zichzelf het woord 'werkstress' gebruikten. Er heerst een cultuur waarin werkstress "er gewoon er bij hoort" en het moeilijk is dit aan te geven en bespreekbaar te maken. Het onderzoek van Drenth (2016) wijst ook uit dat de huidige cultuur waarin aios werkzaam zijn, eerder een risicofactor voor een burn-out is in plaats van dat het bij zal dragen aan preventie. Dit kan gevaarlijk zijn, wanneer werkstress te laat aangegeven wordt kan het uitmonden tot langdurig verzuim of een burn-out (Drenth, 2016).

In de volgende paragraaf wordt de contextuele reflectie weergegeven, hierin wordt bekeken of de uitkomsten van huidig onderzoek ook breder getrokken kunnen worden naar andere beroepsgroepen dan aios.

Contextuele reflectie

Hoewel aios in een specifieke medische werkomgeving werkzaam zijn, is het interessant om te bekijken of de onderzoeksresultaten ook breder te trekken zijn.

Ten eerste kunnen aios beschouwd worden als trainees, zij zijn nog in opleiding, maar werken tegelijkertijd ook al. Uit huidig onderzoek blijkt dat de onzekerheid van aios een rol speelt in de werkstress ervaring. De ervaren onzekerheid kan gezien worden als iets wat wellicht geldt voor de gehele context van trainees, omdat een nieuwe baan bepaalde onzekerheden met zich meebrengt. Onderzoek van Purtillo, Shaw & Arnold (1998) geeft ook aan dat trainees vaak onzeker zijn over hun prestaties en hun leervooruitgang. Wel zal de onzekerheid van aios nog meer versterkt worden ten opzichte van andere trainees, omdat aios met mensenlevens werken en goed werk afleveren hier nog meer van belang is dan in andere sectoren.

Ten tweede kunnen niet-medische taken voor andere beroepsgroepen als niet-beroepsgebonden taken beschouwd worden. De niet-medische taken werden in de conclusie reeds verklaard door het Newcomer Adjustment (Bauer et al., 2007). Uit het onderzoek van Van der Weijden, Belder, van Arensbergen & van den Besselaar (2015) blijkt dat PhD's die gaan werken vrijwel dezelfde belevingen hebben als eerstejaars aios. Ook zij hebben te maken met taken die niet direct aan hun onderzoek zijn gerelateerd zoals: time management, communicatie, presentatie, leiderschap en netwerken. Deze overeenkomst lijkt te verklaren doordat PhD'ers ook hoogopgeleide nieuwkomers zijn, die daarnaast ook nog eens een vak moeten leren, namelijk onderzoek doen. Ook in andere beroepsgroepen zullen nieuwkomers ongetwijfeld niet-beroepsgebonden taken moeten uitvoeren. Toch kan voorzichtig verwacht worden dat de niet-beroepsgebonden taken van aios uitgebreider zijn dan in andere beroepsgroepen. Dit vanwege de zorgcontext waarin de aios werkzaam zijn, in een ziekenhuis zijn veel regels, protocollen, er moet veel verantwoording afgelegd worden. Dit is in lijn met het principe Red Tape: "Regels die werknemers beschouwen als belastend en niet behulpzaam zijn in het bereiken van het functionele doel van de regels binnen hun functie" (Van Loon, Leisink, Knies & Brewer, 2016 p.3). Door het Red Tape principe en het gegeven dat aios ook nog zorg moeten dragen voor (de administratie) rondom hun opleiding zullen niet-medische taken voor hen waarschijnlijk nog een groter deel van hun tijd in beslag nemen.

Ten derde gaven aios aan dat sociale steun voor hen erg belangrijk is en bleek dat dit ook een rol speelde in de werkstress ervaring. Sociale steun blijkt niet alleen erg belangrijk is voor aios, maar ook in de gehele context van nieuwkomers. Uit onderzoek van Nelson en Quick (1991) blijkt dat sociale steun juist voor de groep nieuwkomers belangrijk is om goed te kunnen presteren. Wellicht is het tekort aan sociale steun wat de aios ervaren, te verklaren door de hoge werkdruk in de zorg en dat

hier minder tijd voor is en vrijgemaakt wordt. Anderzijds ontvangen aios altijd een zekere mate van supervisie en steun, omdat de supervisor formeel gezien verantwoordelijk is, en bijvoorbeeld bij nieuwe operaties wel ondersteuning moet geven ten behoeve van de patiëntveiligheid.

6.2 Kritische reflectie onderzoeksproces

Hoewel de keuzes die binnen huidig onderzoek zorgvuldig gemaakt zijn, zijn er toch enkele tekortkomingen die meegenomen moeten worden in de bestudering van de resultaten en conclusie.

Als eerste is in huidig onderzoek sprake van een grote non-respons van 83%, wat onder andere te verklaren valt doordat aios het erg druk hebben. Van een behoorlijk aantal aios is nooit een reactie ontvangen, een tiental aios gaven aan geen tijd te hebben voor een interview of dat zij niet konden meewerken wegens een detachering. Non-respons is ernstig en kan een vertekening in de uitkomsten opleveren wanneer de non-respons selectief is. Selectief betekent dat meerdere groepen onder- of oververtegenwoordigd zijn in het onderzoek. De reacties van aios die niet mee willen werken omdat zij te druk zijn, zijn een tekortkoming aan huidig onderzoek, juist deze groep kan veel stress ervaren en dat maakt het jammer dat zij niet mee hebben gewerkt. Echter, uit de interviews bleek dat de aios die mee hebben gewerkt ook bijna allemaal druk waren en last hadden van werkstress, blijkbaar hebben zij alleen wat extra moeite gedaan om tijd vrij te maken voor een interview. Om non-respons tegen te gaan is het de respondenten zo gemakkelijk mogelijk gemaakt om deel te nemen aan het interview, zo vond het interview plaats op de tijd en locatie van de voorkeur van de aios.

Ten tweede is huidig onderzoek retrospectief van aard en doet dus een beroep op het geheugen van aios. Toch was retrospectief onderzoek onvermijdelijk, door aios uit het tweede jaar te interviewen kon er teruggeblikt worden op het eerste jaar en de niet-medische taken die ze tegen zijn gekomen. Wanneer een aios middenin het eerste jaar zit is het nog te lastig om dit in te schatten. Bovendien is er vanuit gegaan dat de aios het eerste jaar nog goed kunnen herinneren, gezien de intensiteit waarin zij met deze situatie te maken hebben gehad en het feit dat hun eerste jaar maximaal anderhalf jaar geleden is.

Ten derde blijkt uit onderzoek (Drenth, 2016) dat werkstress onder artsen geen makkelijk te bespreken onderwerp is. Dit zou er voor kunnen zorgen dat de validiteit van huidig onderzoek gedaald is, omdat aios hier niet over zouden durven en willen spreken. Er is echter door een goede sfeer in de interviews te creëren werd getracht het onderwerp meer bespreekbaar te maken.

Ten vierde is het goed op te merken dat de aios die geïnterviewd zijn allemaal in hun twee of derde jaar als aios zaten, dit betekent dat logischerwijs dat de aios allemaal het eerste jaar hebben gehaald en niet zijn uitgevallen. De groep die uit is gevallen is hierdoor geen respondent geweest in huidig onderzoek waardoor er wellicht een vertekend beeld weergegeven kan worden. Het zou immers verklaarbaar kunnen zijn dat juist de groep die in het eerste jaar uit is gevallen veel stress heeft ervaren. Het was echter niet mogelijk om aios te spreken die in het eerste jaar uit zijn gevallen. Er is wel één respondent die in het eerste jaar als aios is gestopt en op het moment van interviewen onderzoek deed. Dat de overige respondenten allen tweede of derdejaars aios waren, betekent wel dat zij de situatie in het eerste jaar met het tweede jaar konden vergelijken, waardoor het goed zichtbaar werd waar zij specifiek in het eerste jaar veel stress van hadden gehad.

Tot slot is het natuurlijk altijd goed op te merken dat de groep respondent zichzelf vrijwillig heeft aangemeld voor het interview door te reageren op de verstuurd uitnodiging. Deze groep respondenten had er dus blijkbaar een goede reden voor om deel te nemen aan het onderzoek, dat kan zijn dat zij juist hun ongenoegen wilden uitspreken over het eerste jaar, of dat zij het eerste jaar juist als plezierig hebben ervaren en hierdoor het leuk vonden om hierover te praten. Bij de respondentengroep bevonden zich zowel respondenten die hun ongenoegen wilden uitten, als respondenten die het goed vonden aan te geven dat hun eerste jaar wel fijn was. Hierdoor lijkt op dit punt geen belangrijke bias te zijn opgetreden en is de onderzoekspopulatie wel representatief.

6.3 Aanbevelingen wetenschappelijk vervolgonderzoek

Zoals in de theoretische relevantie aangegeven, zijn huidige onderzoeken naar werkstress van aios voornamelijk kwantitatief van aard. Verdergaand kwalitatief onderzoek is daarom noodzakelijk om meer verdieping te bieden. Over niet-medische taken en de rol van het Newcomer Adjustment is echter nog geen kwantitatief onderzoek gedaan. Toetsend vervolgonderzoek naar de factoren niet-medische taken en Newcomer Adjustment en wat dit voor uitkomst (voorspellende waarde) heeft op de stressbeleving is essentieel, omdat huidig onderzoek het inzicht geeft dat dit een grote rol speelt in het eerste jaar als aios.

Bovendien richt huidig onderzoek zich enkel op de medische ziekenhuisspecialisten in opleiding, de groep huisartsen in opleiding en sociaal geneeskundigen is buiten beschouwing gelaten, maar desondanks zou het relevant zijn om ook te onderzoeken hoe bij hun de werkstress ervaring tot stand komt en op welke manier niet-medische taken en sociale steun hier een rol in spelen. Daarnaast bleek uit huidig onderzoek dat er per specialisme veel verschillende best practices, zoals intervisie bijeenkomsten, zijn doorgevoerd, afhankelijk van de opleider. Zo zijn er opleiders die kiezen voor intervisie bijeenkomsten, terwijl dat bij andere specialismen niet het geval is. Huidig onderzoek heeft niet van alle specialismen aios gesproken, daarom is het zeker de moeite waard om dit onderzoek systematischer onder aios van alle vervolgoopleidingen uit te voeren. Om te onderzoeken wat de invloed van best-practices zoals de intervisiebijeenkomsten en het mentor/maatje systeem exact is, zou vervolgonderzoek dit middels een experiment kunnen onderzoeken.

Hoewel een enkele respondent in huidig onderzoek het eerste jaar als aios in een ander ziekenhuis dan in het UMCG of in het Martini Ziekenhuis Groningen heeft volbracht, zou het voor vervolgonderzoek beter zijn om meer op landelijk niveau te kijken naar de werkstress, niet-medische taken en sociale steun. Hierdoor kan er ook meer inzicht komen wat de verschillen zijn tussen de diverse ziekenhuizen, maar ook wat de verschillen zijn tussen perifere ziekenhuizen en academische ziekenhuizen. In huidig onderzoek geven respondenten aan in perifere, kleinere, ziekenhuizen minder in het diepe te worden gegooid, ook omdat daar de afdelingen kleiner zijn en “de lijntjes korter zijn”. Vervolgonderzoek moet uitwijzen wat daadwerkelijk de verschillen zijn tussen perifere ziekenhuizen en academische ziekenhuizen, en of een perifeer ziekenhuis wellicht voor een eerstejaars aios een betere werk en leerplek is.

Huidig onderzoek heeft, door hoge non-respons, helaas slechts twee aios vanuit ondersteunende specialismen gesproken. Gedurende de literatuurstudie viel op dat de groep aios van ondersteunende specialismen vaak een groep is die wordt vergeten en niet bij de respondentengroep behoort. Wellicht wordt verondersteld dat aios van ondersteunende specialismen minder stress ervaren omdat zij minder direct met patiënten te maken hebben, uit

huidig onderzoek blijkt echter dat ook deze groep aios stress ervaart en daarom kan vervolgonderzoek zich specifiek op de groep ondersteunende specialisten richten. Sociale steun die aios ontvangen wordt in huidig onderzoek alleen vanuit de kant van aios bekeken. Voor een beter totaalplaatje zou het ook relevant zijn om vanuit de collega's, zoals de supervisors, collega-aios en verpleegkundigen die de sociale steun 'zenden' te onderzoeken en te ondervragen hoe zij hiernaar kijken. Ook kan dan bijvoorbeeld getoetst worden of de hoge ervaringen die aios van collega's ervaren daadwerkelijk zo zijn, of dat de aios die zichzelf meer opleggen. Daarnaast is het voor vervolgonderzoek ook aan te raden om de sociale steun die aios niet op het werk krijgen te onderzoeken. Bijvoorbeeld de steun die zij thuis ontvangen, kan ook een grote rol spelen in hun werkstress ervaring in het eerste jaar.

Uit huidig onderzoek kwam naar voren dat de overgang tussen de geneeskunde studie en het leren en werken als aios nog erg groot is. Veel aios kiezen er daarom voor om na de geneeskunde studie eerst te gaan werken als anios, bij sommige specialisaties is dit zelfs verplicht. Dit duidt er op dat de geneeskunde opleiding niet goed genoeg voorbereid op het werken en leren als aios. Vervolgonderzoek zou zich moeten richten op deze overgang en moeten onderzoeken welke veranderingen en verbeteringen in de geneeskunde studie doorgevoerd moeten worden ten behoeve van een betere overgang.

Bovendien zou het interessant zijn om huidig onderzoek breder te trekken. Zo zou het interessant zijn om te onderzoeken of bij andere nieuwkomers, zoals trainees, ook in het eerste jaar niet-beroepsgebonden taken, werkstress, en (een gebrek aan) sociale steun optreden.

Tot slot dient opgemerkt te worden dat vervolgonderzoek naar de werkstress van aios van groot belang is. Aios zijn een grote risicogroep voor wat betreft werkstress, en ook huidig onderzoek bevestigt dat aios werkstress ervaren. Gezien de ernstige gevolgen die hoge werkstress in de zorg kan hebben is het essentieel dat hier verder wetenschappelijk onderzoek naar gedaan wordt, wanneer meer inzicht over de oorzaken van werkstress ontstaat, zullen nog meer verbeteringen doorgevoerd kunnen worden. De werk en leersituatie van de aios moet aangepast worden om er voor te zorgen dat hun welzijn, voornamelijk in hun eerste jaar, aanzienlijk verbeterd wordt!

6.4 Advies UMCG

In deze paragraaf zal aandacht worden geschonken aan de praktische implicaties van huidig onderzoek en zullen diverse adviezen voorgedragen worden.

Voor het UMCG is het van groot belang om meer inzicht te krijgen in de werkstress ervaring van aios. Wanneer inzicht wordt verkregen in de stressoren (veroorzakers van stress) en de energiebronnen (laten stress afnemen) kan het UMCG pogen de stressoren te laten afnemen en de energiebronnen te blijven behouden en zelfs uit te breiden. Hierdoor kan de werkstress ervaring van een aios verlicht worden en helpt dit de aios het eerste jaar op een prettigere manier door te komen. Daarnaast wordt geadviseerd om meer ruimte en aandacht te realiseren voor alle niet-medische taken die een aios zich in het eerste jaar eigen moet maken.

Hoewel het best een grote stap is van (kwalitatieve) onderzoeksresultaten naar praktische adviezen, biedt huidig onderzoek toch een aantal handvatten voor de praktijk, die hieronder worden beschreven:

Huidig onderzoek wijst uit dat sociale steun van groot belang is in het eerste jaar. Voornamelijk aan de steun van collega-aos wordt veel waarde gehecht en de collega-aos zijn dan ook de belangrijkste steun voor aos in het eerste jaar. Deze steun kan het UMCG deels ook zelf faciliteren en aanmoedigen. Ten eerste door intervisie bijeenkomsten te organiseren. Uit huidig onderzoek blijkt dat aos veel baat hebben bij de intervisie bijeenkomsten, hier kunnen aos hun ervaringen delen en dit helpt om beter met het werk als aos om te kunnen gaan. Deze intervisie bijeenkomsten zijn nog niet bij alle specialismen binnen het UMCG ingevoerd en hier valt dan ook nog winst te behalen. Intervisie kan tevens een bijdrage leveren aan het meer bespreekbaar maken van stress. Ook hier is nog winst te behalen, niet alle aos durven gemakkelijk aan te geven dat zij last hebben van stress. Wanneer dit eerder wordt aangegeven kan er wellicht ook eerder wat aan gedaan worden. Een andere manier om de steun door collega-aos nog meer aan te moedigen is het toewijzen van maatjes en mentoren. Het maatje en de mentor zijn van belang, want doordat zij de aos in het eerste jaar begeleiden, hebben aos het gevoel minder in het diepe te worden gegooid en kunnen zij in het eerste jaar beter landen.

De steun van de supervisor schiet bij een behoorlijk aantal aos nog tekort, allereerst zal hier voor de supervisors meer bewustzijn gecreëerd moeten worden in de grote bijdrage die zij in de ervaring van het eerste jaar van de aos hebben. Vervolgens kunnen de kwaliteiten van de supervisor worden verbeterd door training aan te bieden gericht op het beter begeleiden van aos. De supervisors spelen immers een grote rol en kunnen direct en indirect bijdragen aan de werkstress ervaring van de aos. In veel gevallen hebben de aos last van het rolconflict, dat de supervisor zowel een beoordelende als een begeleidende rol heeft. Door een mentor toe te wijzen aan de aos, die specifiek voor begeleiding zorgt en geen beoordelende rol heeft, ervaren de aos meer steun.

Uit huidig onderzoek bleek dat veel aos in het eerste jaar het gevoel hebben gehad in het diepe te zijn gegooid, hoewel de begeleiding van de supervisor hier de grootste rol in speelt is ook een goede introductie/inwerkperiode van belang. De aos geven aan dat de introductie niet goed voorbereid op het echte werk als aos en dat hier verbeterpunten te behalen zijn. De introductie moet meer zijn dan alleen een introductie in het ziekenhuis, zo wil de aos meer geïntroduceerd en ingewerkt worden in het werk wat zij moeten gaan doen. Aos geven als voorbeeld dat een week meelopen met een boventallige collega-aos ze veel beter op het eerste jaar zouden hebben voorbereid. Ook op de niet-medische taken moeten de aos beter worden voorbereid, dit kan door hier aandacht aan te besteden in de introductie, maar ook door hier in de geneeskundeopleiding al beter op voor te bereiden. Het lijkt er op dat aos voornamelijk voorbereid worden op de niet-medische taken en dat de opleiding zich meer moet richten op de zaken er omheen, dit kan door geneeskundestudenten meer voor te lichten over niet-medische taken en ze deze taken wellicht al te laten ervaren. Door beter voor te bereiden op niet-medische taken, zullen zij het werk sneller effectiever uit kunnen voeren.

Uit huidig onderzoek bleek tevens dat aos in het eerste jaar meer verdieping zouden willen, door de hoge werkdruk blijven verdiepende onderwijsbijeenkomsten en uitgebreide feedback van een supervisor vaak liggen. Wanneer hier meer tijd voor vrijgemaakt kan worden zal dit zowel het welzijn van de aos als de leerprestaties van een aos verbeteren.

Tot slot liet huidig onderzoek zien dat er grote verschillen zijn binnen de verschillende opleidingen/specialisaties. Zo stelt de ene opleider wel een maatje/mentor systeem in, of intervisie bijeenkomsten, maar doet een andere opleider dit niet. Dit komt omdat de opleidingen autonoom

zijn en iedere opleider hier zelfstandig over beslist. Hierdoor zijn er grote verschillen in manieren van aanpak van afdeling en ziekenhuis en positieve practices, zoals het maatje/mentor systeem, worden nog niet overgenomen door alle opleidingen. Binnen de organisatiestructuur worden enkel minimum randvoorwaarden voor de opleiding afgesproken en best practices worden niet organisatie breed doorgevoerd. Het advies luidt om meer best practices, zoals het maatje/mentor systeem en de intervisie bijeenkomsten, organisatie breed door te voeren. Waarom per specialisatie het wél opnieuw uitvinden als een aantal specialisaties al goede practices ingevoerd hebben?

6.5 Slotparagraaf

Huidig onderzoek heeft inzicht gegeven in de totstandkoming van werkstress bij eerstejaars aios. Bestaande wetenschappelijke literatuur wordt aangevuld door de inkleding van het begrip niet-medische taken en door te onderzoeken in hoeverre deze taken voor de aios als onverwacht kwamen. Uit de onderzoeksresultaten van huidig onderzoek bleek dat aios in het eerste jaar (onverwacht) druk zijn met niet-medische taken, die werden onderverdeeld in timemanagement, het leren kennen van de omgeving, administratie en het bewaken van de studievoortgang. Hoewel aios niet geheel onbekend zijn met de taken en ze tijdens hun vooropleiding met dergelijke taken deels kennis hebben gemaakt, ervaren ze de gevraagde tijdsinvestering die nodig is om de taken eigen te maken en uit te voeren als onverwacht.

Bovendien vult huidig onderzoek de kwantitatieve literatuur over sociale steun die aios ontvangen aan. Het was theoretisch relevant om te onderzoeken van wie de eerstejaars aios steun ontvingen, en voornamelijk op welke manier, aangezien dit nog niet kwalitatief onderzocht was. Uit huidig onderzoek blijkt dat de steun die aios gedurende het eerste jaar ontvangen erg wisselend is per groep collega's. Zo ontvingen ze veel steun van collega-aios, met name omdat ze deze groep collega's als laagdrempelig en benaderbaar ervaren. Binnen enkele specialismen worden intervisiebijeenkomsten georganiseerd voor aios, door samen te bespreken hoe om te gaan met het werk, wordt ook een gevoel van steun ervaren. De ervaren steun van supervisors is zeer divers, zo worden enkele supervisors als "onderwijsminded" en benaderbaar gekenmerkt, maar daartegenover staan ook negatieve ervaringen met supervisors, die met name ontstaan door de beoordelende rol die supervisors hebben. Een aantal aios hebben in het eerste jaar een mentor of maatje toegewezen gekregen en de steun die ze hiervan ontvangen wordt als erg positief ervaren. Sociale steun speelt met name een rol in de stressbeleving als aios het gevoel hebben er niet alleen voor te staan, laagdrempelig hulp kunnen vragen (steun bij werkzaamheden), maar ook werkstress kunnen bespreken en stoom kunnen afblazen (steun bij gevoelens). In bestaande literatuur waren niet-medische taken en sociale steun nog niet aan elkaar gekoppeld, huidig onderzoek heeft zich op dit hiaat gericht en ondervond dat de sociale steun bij niet-medische taken door de aios als zeer gering werd ervaren, terwijl aios hier in het eerste jaar wel veel drukte en stress door ervaren. Wanneer de steun ontbreekt en aios geen hulp ontvangen bij niet-medische taken, enerzijds omdat er door de omgeving geen oog voor is en anderzijds omdat zij hier geen steun voor durven te vragen, lijkt het er op dat de aios nog meer stress ervaren.

In lijn met de praktische relevantie geeft huidig onderzoek het UMCG meer inzicht in de werkstress ervaring van eerstejaars aios. De titel van huidig onderzoek luidt: "Het eerste jaar als aios: het hoofd boven water houden!" Uit huidig onderzoek blijkt dat ongeveer de helft van de respondenten het eerste jaar redelijk gemakkelijk door zwemt, met name door de goede steun die zij ontvangen, maar de andere helft verzuipt bijna en voelt zich, door niet-medische taken en een tekort aan sociale

steun, in het diepe gegooid. Er zijn reeds diverse verbeteringen doorgevoerd, die het eerste jaar als aios minder stressvol kunnen maken. Huidig onderzoek onderstreept het belang om deze verbeteringen meer ziekenhuis breed door te voeren, zodat nog meer aios hun eerste jaar gemakkelijker “door kunnen zwemmen”!

Bronnenlijst

- Andrews, J., & Higson, H. (2008). Graduate employability, 'soft skills' versus 'hard' business knowledge: A European study. *Higher education in Europe*, 33(4), 411-422.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*, 22(3), 309-328.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Verbeke, W. (2004). Using the job demands-resources model to predict burnout and performance. *Human resource management*, 43(1), 83-104.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American journal of community psychology*, 14(4), 413-445.
- Bauer, T. N., Bodner, T., Erdogan, B., Truxillo, D. M., & Tucker, J. S. (2007). Newcomer adjustment during organizational socialization: a meta-analytic review of antecedents, outcomes, and methods. *Journal of applied psychology*, 92(3), 707.
- Beckett, M., Hulbert, D., & Brown, R. (2006). The new consultant survey 2005. *Emergency medicine journal*, 23(6), 461-463.
- Ben-Zur, H., & Michael, K. (2007). Burnout, social support, and coping at work among social workers, psychologists, and nurses: The role of challenge/control appraisals. *Social work in health care*, 45(4), 63-82.
- Berkenbosch, L., & Busari, J. O. (2011). De managementcompetenties van Nederlandse arts assistenten. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 30(6), 302-314.
- Bleijenbergh, I. L. (2013). *Kwalitatief onderzoek in organisaties*. Den Haag, Nederland: Boom Lemma Uitgevers.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en Doen*. Den Haag, Nederland: Boom Onderwijs.
- Boon, L. (1999). *Kwaliteit van arbeid in de zorg*. Amstelveen: Stichting Sympoz.
- Borleffs, J. C., Mourits, M. J., & Scheele, F. (2016). CanMEDS 2015: better doctors?. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 160, 406-408.

- Boselie, P. (2010). *Strategic human resource management: A balanced approach*. New York: Tata McGraw-Hill Education.
- Bos, J., Greijn, C. M., & van der Gulden, J. (2016). Uitval van aios ouderengeneeskunde. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, 3, 1-15.
- Brackel, H. J. L. (2008). Het opleidingsfonds: verdeling van kwantiteit of kwaliteit?. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 27(6), 313-315.
- Brand, P. L. P., Breed, A. S. P. M., & Wouda, J. C. (2012). Praktische managementvaardigheden voor aios [Evaluatieverslag]. Geraadpleegd via https://oornon.umcg.nl/nl/Kwaliteit_Innovatie/reg_ontw_fonds/Documents/OOR.2013.def.Tijdsmanagement.Evaluatieverslag.2012-12JW.pdf (20 mei, 2017).
- Brunetto, Y., Farr-Wharton, R. and Shacklock, K. 2010. The impact of supervisor–subordinate relationships on morale: implications for public and private sector nurses' commitment. *Human Resource Management Journal*. 20(2), 206–225.
- Busari, J. O., Greidanus, P. M., Weggelaar, N. M., & Schiering, I. A. M. (2006). Supervisie in de medische praktijk: het oordeel van specialisten in opleiding. Arts-assistenten kindergeneeskunde beoordelen supervisors. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 25(4), 170-179.
- Capaciteitsorgaan (2016). *Capaciteitsplan 2016*. Geraadpleegd via <http://www.capaciteitsorgaan.nl/wp-content/uploads/2016/04/Capaciteitsplan-2016-Deelrapport-1-DEF.pdf> (18 maart, 2017).
- Caplan, R. D., Cobb, S., & French, J. R. (1975). Relationships of cessation of smoking with job stress, personality, and social support. *Journal of applied psychology*, 60(2), 211.
- Constable, J. F., & Russell, D. W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of human stress*, 12(1), 20-26.
- Cronenwett, L. R. (1985). Network structure, social support, and psychological outcomes of pregnancy. *Nursing Research*, 34(2), 93-99.
- Cropanzano, R., & Mitchell, M. S. (2005). Social exchange theory: An interdisciplinary review. *Journal of management*, 31(6), 874-900.
- De Jonge, J., Le Blanc, P., & Schaufeli, W.B. (2003). Psychosociale theorieën over werkstress. In: W. Schaufeli, A. Bakker & J. de Jonge (Red.), *De psychologie van arbeid en gezondheid* (pp.41-32). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum
- De Jonge, J., Le Blanc, P., & Schaufeli, W.B. (2013). Theoretische modellen over werkstress. In W.B. Schaufeli & A.B. Bakker, A.B. (Red.). *De psychologie van arbeid en gezondheid* (pp. 23-46). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- De Jonge Specialist (2010). *Standpunt DJO Profijtbeginsel*. Geraadpleegd via <http://www.dejongespecialist.nl/assets/structured>

files/NieuwsItems/PDFbrochuresartikelenenz./Archief2010/Standpunt_DJO_Profijtbeginsel mrt2010.pdf (2 april, 2017).

- De Jongh, D. M., te Brake, J. H. M., Devillé, W. L. J. M., & de Bakker, D. H. (2007). De subjectieve werkbeleving van penitentiair verpleegkundigen. *TSG*, *85*(2), 98-104.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demandsresources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, *86*, 499–512.
- Dijkstra, I. (2014, 1 september). *Learning the ropes. Origins counterbalances, and consequences for learning of stress among pediatric residents*. Paper gepresenteerd tijdens AMEE 2014. 5H1 (22829)
- Dijkstra, I. S., Pols, J., Remmelts, P., Bakker, B., Mooij, J. J., Borleffs, J. C. C., & Brand, P. L. P. (2013). *What are we preparing them for? Development of an inventory of tasks for medical, surgical and supportive specialties*. *Medical Teacher*, *35*(4), 1068-1077.
- Dijkstra, I. S., Pols, J., Remmelts, P., Rietzschel, E. F., Cohen-Schotanus, J., & Brand, P. L. (2015). How educational innovations and attention to competencies in postgraduate medical education relate to preparedness for practice: the key role of the learning environment. *Perspectives on medical education*, *4*(6), 300-307.
- Drenth, E. (2016, 6 oktober). Burnout bij jonge medisch specialisten. [Presentatie Netwerklunch]. Geraadpleegd via www.vitaalaanhetwerk.nl/includes/downloadFile.asp?id...date=12bb1d (19 mei, 2017).
- Fisher, C. D. (1986). Organizational socialization: An integrative review. In K. M. Rowland & G. R. Ferris (Eds.), *Research in personnel and human resources management* (Vol. 4, pp. 101–145). Greenwich, CT: JAI Press.
- Gottlieb, B. H., & Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of psychosomatic research*, *69*(5), 511-520.
- Gupta, A., Li, H., & Sharda, R. (2013). Should I send this message? Understanding the impact of interruptions, social hierarchy and perceived task complexity on user performance and perceived workload. *Decision Support Systems*, *55*(1), 135-145.
- Haug, M. R. (1994). Elderly patients, caregivers, and physicians: theory and research on health care triads. *Journal of Health and Social Behavior*, *35*(1), 1-12.
- Heijden, F. M. M. A., van der Prins, J. T., & Bakker, A. B. (2005). Burnout in de opleiding tot medisch specialist. *Medisch Contact*, *47*, 1905-1907.
- Hobfoll, S.E (2001). 'The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: advancing conservation of resources theory'. *Applied Psychology*, *50*(3), 337-421.
- Hochschild, A. (1997). The time bind. *WorkingUSA*, *1*(2), 21-29.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley, Reading, MA.
- Houtman, I. L. D., Kompier, M. A. J., Smulders, P. G. W., & Bongers, P. M. (1994). Werkstress-risico's en gezondheid. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg*, *72*, 198-203.

- Joldersma, C., Laarman-Wierenga, M., Brink, M. (2016). *Arbeid in Zorg en Welzijn 2016*. Geraadpleegd via [http://www.fbz.nl/ThemaDocumenten/Arbeidsmarktportage%20azwinfo%20\(februari%202017\).pdf](http://www.fbz.nl/ThemaDocumenten/Arbeidsmarktportage%20azwinfo%20(februari%202017).pdf) (19 maart, 2017).
- KNMG (z.j.). *Algemene competenties Medisch Specialist*. Geraadpleegd via <http://www.vanosch.com/knmgcanmeds.htm>
- Kokkinos, C. M. (2007). Job stressors, personality and burnout in primary school teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 77, 229-243.
- Korfker, D. G., Rijnders, M., & Detmar, S. (2009). *Retrospectief onderzoek naar de prevalentie van Vrouwenbesnijdenis of VGV (vrouwelijke genitale verminking) in de verloskundigenpraktijk in 2008*. Leiden: TNO.
- Laker, D. R., & Powell, J. L. (2011). The differences between hard and soft skills and their relative impact on training transfer. *Human Resource Development Quarterly*, 22(1), 111-122.
- Lases, S. S., Lombarts, M. J., & Heineman, E. (2012). Concerns about residents' mental fitness: two possible strategies for a solution. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 157(48), 6614-6614.
- Leentjens, A. F. G., Gans, R. O. B., Schols, J. M. G. A., & Weel, C. (2010). *Handboek multidisciplinaire zorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- Medische Vervolgopleidingen (z.j.). *Competentiegericht opleiden*. Geraadpleegd via <https://www.medischevervolgopleidingen.nl/competentiegericht-opleiden> (22 juni, 2017).
- Nelson, D. L., & Quick, J. C. (1991). Social support and newcomer adjustment in organizations: Attachment theory at work?. *Journal of organizational behavior*, 12(6), 543-554.
- Noordegraaf, M., & Sterrenburg, J. (2009). Publieke verantwoording en verantwoordingsdruk. In: M. Bovens & T. Schillemans (red.), *Handboek publieke verantwoording*, Den Haag: Lemma, 231-253.
- Peeters, M.C.W., Buunk, A.P. Schaufeli, W.B. (1992). Sociale interacties op het werk: Een microanalytische benadering. In: R.W. Meertens, A.P. Buunk, P.A.M. van Lange (Red.), *Sociale psychologie en beïnvloeding van intermenselijke en gezondheidsproblemen* (pp. 23-36). 's Gravenhage: VUGA.
- Peeters, M.A.G., & Rutte, C.G. (2005). Time Management Behavior as a Moderator for the Job Demand-Control Interaction. *Journal of Occupational Health Psychology*, 10(1), 64-75.
- Ploeg, K., Zwaan, L., Houtman, I., Eysink, P., & Bossche, S. (2016). *Maatschappelijke kosten van werkgerelateerde gezondheidsproblemen: kosten van arbeidsongeschiktheid en zorg*.

- Podsakoff, P. M., MacKenzie, S. B., Paine, J. B., & Bachrach, D. G. (2000). Organizational citizenship behaviors: A critical review of the theoretical and empirical literature and suggestions for future research. *Journal of management*, 26(3), 513-563.
- Pols, J. (2006). De psychiater als coach. Werkbegeleiding en supervisie in de opleiding. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 48(12), 932-933.
- Prins, J. (2009). *Burnout among Dutch medical residents*. Groningen: Proefschrift RUG.
- Prins, J. (2013). Werk en privé legt grote druk op aiossen. *Mednet*, 6, 12-15.
- Prins, J. T., Gazendam-Donofrio, S. M., Tubben, B. J., Van Der Heijden, F. M., Van De Wiel, H., & Hoekstra-Weebers, J. E. (2007a). Burnout in medical residents: a review. *Medical education*, 41(8), 788-800.
- Prins, J. T., Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Gazendam-Donofrio, S. M., Van De Wiel, H. B. M., Sprangers, F., Jaspers, F. C. A., & Van der Heijden, F. M. M. A. (2007b). The role of social support in burnout among Dutch medical residents. *Psychology, Health & Medicine*, 12(1), 1-6.
- Prins, J. T., Hoekstra-Weebers, J. E., van de Wiel, H. B., Gazendam-Donofrio, S. M., Sprangers, F., Jaspers, F. C., & van der Heijden, F. M. (2007c). Burnout among Dutch medical residents. *International journal of behavioral medicine*, 14(3), 119-125.
- Purtillo, R., Shaw, B. W., & Arnold, R. (1998). Obligations of surgeons to non-physician team members and trainees. In *Surgical ethics* (pp. 302-321). Oxford University Press, New York.
- Ray, E. B., & Miller, K. I. (1994). Social support, home/work stress, and burnout: Who can help?. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 30(3), 357-373.
- Rijksoverheid. (z.j.). Kwaliteit van de zorg. Geraadpleegd via <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/kwaliteit-van-de-zorg> (22 maart, 2017).
- Rousseau, D. (1995). *Psychological contracts in organizations: Understanding written and unwritten agreements*. Sage Publications.
- Schalk, R., de Jong, J. P., & Freese, C. (2007). Psychologische contracten in organisaties: theorie en praktijk. *Tijdschrift voor HRM*, 10(1), 7-17.
- Schaufeli, W.B. (2000). Werkstress: een veelkoppig monster. In W.B. Schaufeli, J.C. Hell & P.J. Schreurs (Eds.), *Het meten van werkstress* (pp. 1-15). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schaufeli, W.B., & Bakker, A.B. (2004). 'Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study'. *Journal of organizational Behavior*, 25(3), 293-315.
- Schaufeli, W., & Bakker, A.B. (2007). *De psychologie van arbeid en gezondheid*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Van der Heijden, F. M., & Prins, J. T. (2009). Workaholism, burnout and well-being among junior doctors: The mediating role of role conflict. *Work & Stress*, 23(2), 155-172.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career development international*, 14(3), 204-220.
- Schaufeli, W.B., & Taris, T. (2013). Het Job Demand-Resources model: overzicht en kritische beschouwing. *Gedrag & Organisatie*, 26(2), 182-204.
- Scheers, E. C. A. H. (2010). Professionaliteit kun je leren. *Medisch Contact*, 65(22) 994-995.
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine*, 32(6), 705-714.
- Smulders, P. G. W., & Houtman, I. L. D. (2004). Oorzaken van werkdruk: een onderbelicht thema. *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken*, 20(1), 90-106.
- Smulders, P., Ruyssveldt, J. V., & Taverniers, J. (2009). De voorspelling van werkstress in Nederland en Vlaanderen. *Tijdschrift voor arbeidsvraagstukken*, 25(1), 97-109.
- Swider, B. W., & Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 76, 487-506.
- Terluin, B. (2003). Preventie van burn-out. *Huisarts en wetenschap*, 46(1), 1003-1003.
- Tielemans, S. (2014). Arts van nu wil ook leven. *Trouw*. Geraadpleegd via <https://www.trouw.nl/home/arts-van-nu-wil-ook-leven~ab54955f/> (8 maart, 2017).
- Tilden, V. P., & Galyen, R. D. (1987). Cost and conflict: The darker side of social support. *Western journal of nursing research*, 9(1), 9-18.
- TNO (2015). *Maatschappelijke kosten van werk-gerelateerde gezondheidsproblemen: Kosten van arbeidsongeschiktheid en zorg*. Geraadpleegd via publications.tno.nl/publication/34619473/KInJzf/ploeg-2015-kosten.pdf (8 maart, 2016).
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of behavioral medicine*, 29(4), 377-387.
- Ulenbelt, P. (1992). Wat is werkdruk? FNV Bondgenoten. Geraadpleegd via <http://www.arbobondgenoten.nl/arbothem/werkdruk/definitie.htm> (20 maart, 2017).
- UMCG (z.j.). Het UMCG. Geraadpleegd via <http://www.umcg.nl/NL/UMCG/overhetumcg/Paginas/default.aspx> (1 maart, 2017).
- Van Beek, A. (2015). Zelfeffectiviteit. *Nederlands Tijdschrift voor Diabetologie*, 13(2), 26-26.
- Van Bekkum, P.W.J., & Gouw, A. (2005). *Werkbelasting en stress*. Den Haag: Sdu uitgevers
- Van den Bent, A. (2004). Werkdruk in de hand: een praktische aanpak voor managers. Zaltbommel: Thema.

- Van den Heijkant, F., Tomlow, B., Prins, J., & Van der Heijden, F. (2016). Minder aiossen burn-out, maar actie blijft nodig. *Medisch contact*, 17(18), 18-21.
- Van den Hombergh, P., Schalk-Soekar, S., Kramer, A., Bottema, B., Campbell, S., & Braspenning, J. (2013). Hogere kwaliteit bij praktijken van huisartsopleiders. *Huisarts en wetenschap*, 56(9), 438-443.
- Van der Linden, E. (2011). Waarom de aios afhaakt. *Medisch contact*, 18, 1121-1123.
- Van der Weijden, I., Belder, R., Van Arensbergen, P., & Van Den Besselaar, P. (2015). How do young tenured professors benefit from a mentor? Effects on management, motivation and performance. *Higher Education*, 69(2), 275-287.
- Van Loon, N.M., Leisink, P.L.M., Knies, E., & Brewer, G.A. (2016). 'Red Tape: developing and validating a new job-centered measure'. *Public Administration Review*, 76(4), 662-673.
- Van Vendeloo, S. N., Brand, P. L. P., & Verheyen, C. C. P. M. (2014). Burnout and quality of life among orthopaedic trainees in a modern educational programme. *Bone Joint J*, 96(8), 1133-1138.
- Van Ruyseveldt, J., De Witte, H., & Smulders, P. (2009). Bevordert een intrinsieke arbeidsoriëntatie de bevoegenheid en arbeidstevredenheid? *Gedrag & Organisatie*, 22(3), 177-199.
- Waanders, F., & Meyer, E. (2011). Word voor €300,000 internist! *Interne geneeskunde*, 2(1), 3.
- Warr, P. (2007). *Work, happiness, and unhappiness*. London: Lawrence Erlbaum.
- Weinert, C. (1987). A social support measure: PRQ85. *Nursing research*, 36(5), 273-277.
- West, C. P., Shanafelt, T. D., & Kolars, J. C. (2011). Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *Jama*, 306(9), 952-960.
- Westerman, M. (2012). *Mind the gap; the transition to hospital consultant*. (Proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam). Geraadpleegd via <https://research.vu.nl/ws/portalfiles/portal/688927> (19 april, 2017).
- Witman, Y. (2010). Het verborgen curriculum, een onderschat fenomeen. In: *Leren in organisaties. Als leren het antwoord is, wat is dan de vraag?* Red: G. Schuiling, H. Vermaak, H. Tours. Deventer: Kluwer
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & Health*, 16(5), 527-545.
- Zorgvisie (2015, 17 juli). *Explosie kosten ziekteverzuim bij ziekenhuizen*. Geraadpleegd via <https://www.zorgvisie.nl/personeel/nieuws/2015/7/explosie-kosten-ziekteverzuim-bij-ziekenhuizen-2658039w/> (8 maart, 2017).

