Maastricht University

Identity, interaction, and power : understanding the affordances of doctor-student interaction during clerkships

Citation for published version (APA):

van der Zwet, L. W. (2014). *Identity, interaction, and power : understanding the affordances of doctor-student interaction during clerkships*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Datawyse / Universitaire Pers Maastricht. https://doi.org/10.26481/dis.20140130lz

Document status and date:
Published: 01/01/2014

DOI:
10.26481/dis.20140130lz

Document Version:
Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

• A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
• The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
• The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

Link to publication

General rights
Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

• Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
• You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
• You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the “Taverne” license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy
If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 18 Apr. 2024

Samenvatting

Identiteit, Interactie en Macht

Een uitleg van de mogelijkheden
van arts-student interactie
tijdens coschappen

Het doel van dit proefschrift is om zowel de mogelijkheden als de uitdagingen van het leren op de werkplek in de opleiding tot basisarts - de coschappen - op een kritische manier bloot te leggen. Hiertoe hebben we de manier waarop leren mogelijk wordt gemaakt in de interactie tussen arts, student en hun omgeving, bestudeerd. Vier studies zijn verricht in de context van twee verschillende coschappen, waarbij we zowel artsen als studenten hebben betrokken.

Hoofdstuk 1

In het eerste hoofdstuk introduceren we het thema van dit proefschrift. We leggen vervolgens aan de hand van literatuur uit waarom het relevant is om de kwaliteit van het werkplekleren tijdens de coschappen te bewaken. We introduceren sociaal-culturele leertheorie als een richtinggevend kader in dit proefschrift. Tot slot beschrijven we twee actuele discussies in het domein van medisch werkplekleren, waar we door middel van dit proefschrift aan trachten bij te dragen.
Gezondheidszorginstellingen vormen voor studenten een authentieke omgeving waarin zij kunnen leren door de interactie aan te gaan met patiënten, artsen en andere professionals. Studenten leren op deze manier theorie aan praktijk te verbinden. Ook biedt deze interactie gelegenheden om een professionele identiteit te ontwikkelen in een complexe omgeving die vergelijkbaar is met die waarin studenten zullen gaan werken na het afronden van hun opleiding. Het huidige cohort artsen ondersteunt dit leerproces door student-patiënt contacten te faciliteren en studenten van ondersteuning en feedback te voorzien.
De leerervaringen van geneeskundestudenten tijdens hun coschappen blijken echter van zeer wisselende kwaliteit te zijn. Punten van aandacht hierbij zijn het aantal en de diversiteit van de patiënten die door studenten gezien worden, de kwaliteit van begeleiding, observatie en feedback én de houding en motivatie van studenten zelf. Ook de houding van artsen ten opzichte van het begeleiden en doceren van studenten beïnvloedt de mate waarin artsen zorgen voor een veilige leeromgeving.
Verschillende factoren beïnvloeden de mate waarin artsen bereid en bekwaam zijn (of zich zo voelen) om studenten te begeleiden. Zo kunnen de plaatselijke (onderwijs) cultuur, de mate van onderwijskundige training, persoonlijke en financiële beloningen en een tekort aan tijd in de context van zowel productie als patiëntveiligheid kansen of belemmeringen vormen voor artsen in het uitvoeren van hun onderwijsrol.

Het **waarborgen en verbeteren van de kwaliteit van het werkplekleren** tijdens de coschappen is van belang voor de kwaliteit van zorg voor de patiënten die later behandeld gaan worden door de huidige studenten. Daarnaast is het belangrijk te onderkennen dat coschappen nieuwe en mogelijke sterke emotionele ervaringen zijn voor studenten, juist in een periode waarin zij zich tot jongvolwassenen ontwikkelen. Zij hebben een veilige en constructieve leeromgeving nodig om te kunnen leren vanuit hun positie als beginneling, terwijl ze zich aanpassen aan de medische cultuur en de lichamelijke, intellectuele en emotionele inspanningen die hiermee gepaard gaan.
Dit in ogenschouw nemend is het niet verrassend dat er veel discussies plaatsvinden over de kwaliteit van het medisch onderwijs in het algemeen en het werkplekleren in het bijzonder. Verschillende leertheorieën vormen kaders waarbinnen deze discussies plaatsvinden. Leertheorieën conceptualiseren de aard van het leren op verschillende manieren en belichten derhalve verschillende aspecten van de leeromgeving die hierbij een rol spelen. In hoofdstuk 1 beschrijven we kort de uitgangspunten van een aantal veel voorkomende theorieën. Vervolgens lichten we toe hoe dit proefschrift gevormd is door uit te gaan van concepten horende bij **sociaal-culturele leertheorieën**. Deze theorieën gaan ervan uit dat het **leren én doceren (begeleiden) van studenten ingebed is in sociale interactie**; studenten ontwikkelen hun professionele identiteit terwijl ze participeren in de complexe en dynamische medische praktijk. De manier waarop studenten en artsen met elkaar omgaan vormt dan een belangrijk uitgangspunt voor het leer- en begeleidingsproces.
We belichten twee thema's die in de huidige literatuur over het leren tijdens de coschappen worden bediscussieerd: identiteitsontwikkeling en longitudinaal georiënteerde coschappen. Deze thema's passen bij de theoretische uitgangspunten van sociaal-culturele leertheorieën en rekken de grenzen van de theorie en praktijk van het huidige medisch onderwijs op. Ze vertonen overlap in hun focus op langdurige participatie en de bijbehorende waarde van arts-student relaties. Het doel van dit proefschrift sluit aan bij deze thema's. We wilden de mogelijkheden van arts-student interactie tijdens de coschappen aan het licht brengen en verhelderen op welke wijze deze mogelijkheden ingebed zijn in twee leeromgevingen die verschillen in continuïteit van begeleiding.

Hoofdstuk 2

In hoofdstuk 2 onderzoeken we de factoren die het meest van invloed zijn op de ervaren leerzaamheid van studenten tijdens het coschap huisartsgeneeskunde. Dit coschap wordt gekenmerkt door sterke continuïteit in begeleiding. Na afronding van dit coschap hebben 155 vijfdejaars geneeskundestudenten een vragenlijst ingevuld over hun leerervaringen. Een dergelijke vragenlijst wordt standaard afgenomen na afloop van ieder coschap. We hebben de ingevulde lijsten geanalyseerd om te achterhalen welke factoren de ervaren leerzaamheid het meest beïnvloedden. Met behulp van

exploratieve factoranalyse en betrouwbaarheidsanalyse werden groepen van samenhangende onafhankelijke variabelen geïdentificeerd. De relaties tussen de afhankelijke variabele leerzaamheid en de gereduceerde verzameling van onafhankelijke variabelen werd door middel van regressie analyse bepaald.

De volgende drie elementen hingen samen met de ervaren leerzaamheid:
1) **Begeleiding**: de ervaren kwaliteit van de begeleiding door de huisarts.
2) **Patiëntencontacten**: het aantal, de diversiteit en kwaliteit van patiëntencontacten.
3) **Zelfstandigheid**: de ervaren mogelijkheden en faciliteiten om zelfstandig te werken.

Regressieanalyse leverde op dat:
a) Zowel de kwaliteit van begeleiding als de patiëntencontacten een directe invloed hadden op de ervaren leerzaamheid, waarbij de kwaliteit van de begeleiding het meeste invloed had.
b) De mate van zelfstandigheid geen directe invloed had op de ervaren leerzaamheid.
c) Alleen in huisartspraktijken in stedelijke gebieden had zelfstandigheid indirect (via patiëntcontacten) invloed op de leerzaamheid.

Vergeleken met coschappen in het ziekenhuis bleken dezelfde factoren de ervaren leerzaamheid van het coschap huisartsgeneeskunde te beïnvloeden. Het was echter opvallend dat de mate waarin studenten relatief zelfstandig konden werken hun leerzaamheid niet zo sterk beïnvloedde als we hadden verwacht. Deze bevinding, evenals de bevinding dat de kwaliteit van de begeleiding door de huisarts wel sterke invloed had op de ervaren leerzaamheid, waren reden voor verder onderzoek. Welke betekenis geven studenten eigenlijk aan deze factoren? En *hoe* leren ze? Hoofdstuk 3 presenteert het onderzoek dat op deze vragen volgde.

Hoofdstuk 3

De tweede studie richt zich op de manier waarop studenten leren door te participeren in de context van een huisartsenpraktijk. In totaal namen 44 studenten deel aan 7 groepsinterviews die plaatsvonden aan het einde van een tien weken durend coschap huisartsgeneeskunde. Studenten werden uitgenodigd om te praten over wat ze hadden geleerd, hoe ze dat hadden geleerd en wat voor zaken deze leerervaringen positief en/of negatief beïnvloedden. De uitgeschreven verhalen van de studenten analyseerden we vervolgens met sociaal-culturele leertheorieën als theoretisch kader.
De studenten spraken over leren als iets dat draaide om het **“doen”**, zoals het zien van patiënten. Het betekenisvolle (leerzame) effect van het “doen” werd bepaald door de manier waarop de persoonlijke en professionele ontwikkeling van de studenten hierbij betrokken werd. De mogelijkheden voor een dergelijke ontwikkeling lagen in het spanningsveld tussen het geaccepteerd worden als beginner en lerende enerzijds en

het krijgen van vrijheid om “echt een dokter te zijn” anderzijds. De voortdurende interactie tussen de studenten en de huisartsen die hen begeleidden (alsook andere medewerkers en de patiënten) hadden een grote invloed op dit spanningsveld. Ook speelden fysieke, organisatorische en onderwijskundige factoren hierbij een rol, zoals het hebben van een eigen kamer, het aantal coschappen dat de student al had doorlopen en de manier waarop de praktijk was afgestemd op de aanwezigheid van de student. De interactie tussen student, huisarts en hun context bepaalde of er ruimte was voor de coassistenten om zich verder te ontwikkelen als jonge dokter, óf dat ze op een nadelige manier afgeleid werden door bijvoorbeeld hun rol en positie als “co”. Deze interactie bepaalde in welke mate studenten zich gemotiveerd, gerespecteerd en zelfverzekerd voelden, hetgeen emotionele voorwaarden waren voor het ontstaan van ruimte voor persoonlijke groei.

De term **ontwikkelingsruimte** verwijst naar deze mogelijkheden voor persoonlijke groei en identiteitsontwikkeling, zoals deze konden worden gecreëerd vóór en dóór studenten wanneer zij participeerden in de huisartspraktijk. In de dagelijkse praktijk konden deze mogelijkheden bijvoorbeeld voortkomen uit momenten waarop studenten de huisartsen observeerden, wanneer ze relatief zelfstandig patiënten zagen of wanneer ze gesprekken voerden met de huisartsen die gerelateerd waren aan patiëntencontacten. Elk moment van sociale interactie dat gekoppeld was aan deze activiteiten, beïnvloedde de door de studenten ervaren ontwikkelingsruimte.

Met name de duur van de één-op-één relatie in dit coschap maakte het de studenten mogelijk om een eerste indruk van de begeleidende arts en eventuele (voor)oordelen te herzien, een vertrouwensband te ontwikkelen en in toenemende mate zelfstandig te functioneren. Dit bleken belangrijke processen te zijn rondom het ontstaan van ontwikkelingsruimte.

Net als in onze eerste studie speelden de artsen die de studenten begeleidden een belangrijke rol in de leerervaringen van de studenten. Zij beïnvloedden in sterke mate de ontwikkelingsruimte van studenten door de manier waarop zij (op persoonlijk en professioneel vlak) omgingen met de studenten. Deze conceptualisering van leren-door-sociale interactie in hoofdstuk 3 deed vragen rijzen over de conceptualisering van begeleiden-door-sociale interactie. Wanneer werkplekleren plaatsvindt in sociale interactie, hoe geven de begeleidende artsen dan vorm aan hun interactie met studenten?

Hoofdstuk 4

In hoofdstuk 4 hebben we bovenstaande vraag onderzocht. We hebben discoursanalyse uitgevoerd op 61 dagboekopnames die door zeven huisartsen gedurende een tien weken durend coschap waren gemaakt met behulp van een dictafoon. We hebben deze bevindingen geplaatst in de context van telkens twee interviews met de deelnemende huisartsen (halverwege en na afloop van het coschap).

Discoursanalyse is een kwalitatieve methodologie waarbij aan de hand van door betrokkenen gehanteerde taal en tekst geanalyseerd kan worden hoe zij vorm geven aan sociale praktijken (bijvoorbeeld bepaalde omgangsvormen) gedurende coschappen. Met deze methode kun je bijvoorbeeld laten zien hoe gesproken taal de manier waarop mensen zich kunnen gedragen zowel beïnvloedt als weergeeft.

In dit onderzoek hebben we bestudeerd hoe huisartsen hun interactie met studenten discursief vormgaven; welke sociale praktijken waren zichtbaar in de dagboek-fragmenten waarin zij spraken over hun interactie met hun student? Uit de analyse bleek dat de huisartsen hun interactie met de studenten construeerden als een **traject waarlangs in de loop der tijd een relatie ontplooide**. Binnen dit traject beïnvloedden huisartsen de mogelijke ontwikkeling van de student sterk. Zij bepaalden de bouw-stenen en grenzen van de relatie, de rolverdeling in de dagelijkse praktijk en hoe de student zich volgens hen zou moeten ontwikkelen. Echter, ze waren hierbij juist ook sterk afhankelijk van hoe de studenten zich daadwerkelijk gedroegen en ontwikkelden, alsmede de mate waarin dit binnen of buiten het verwachtte of gewenste traject verliep.

In dit traject waren vier stadia te onderscheiden. Deze stadia werden in grove lijnen in de loop van de tien weken doorlopen. Allereerst creëerden huisartsen een **vertrekpunt** op basis van hun eerste indruk van de studenten. Deze indruk werd gemaakt aan de hand van het eerste contactmoment, zoals bijvoorbeeld een telefoongesprek of een persoonlijk kennismakingsgesprek. Hierbij positioneerden huisartsen de studenten op een bepaalde afstand ten opzichte van zichzelf. Deze afstand was gebaseerd op de mate waarin de daadwerkelijke interactie aansloot bij datgene wat de huisartsen zelf passend vonden.

Vervolgens ontwikkelden zij hun relatie met de student door te zoeken naar **dialoog**. Wanneer arts en student verder de interactie met elkaar aangingen rondom het spreekuur, fungeerde dialoog (in de zin van zowel verbale en non-verbale communi-catie) als een podium waarop huisartsen vorm konden geven aan de identiteit en de rol van de student. Hierbij werd ook de manier waarop de interactie met de student de huisartsen zélf beïnvloedde betrokken. Dit was bijvoorbeeld zichtbaar in hoe zij zich zelf kwetsbaar op gingen stellen ten opzichte van de studenten of in hoe zij de studenten betrokken bij het maken van beslissingen ten aanzien van het behandelplan van een patiënt.

Ten derde, en vaak parallel aan de andere drie stadia, speelden de ideeën die huisartsen hadden over wat '**goed medisch handelen**' was een belangrijke rol in hoe zij de interactie met de studenten aangingen. De artsen bakenden hiermee af hoe, in hun ogen, studenten zouden kunnen of zelfs zouden moeten veranderen en of dit al dan niet gebeurde. Het kader van 'goed medisch handelen' was gebaseerd op hun eigen biografische ontwikkelingen en huidige voorkeuren betreffende praktisch, sociaal en professioneel handelen.

Als laatste richtten de huisartsen zich tegen het einde van het coschap op het **afsluiten van de relatie** met de student. Hun discours (manier van spreken) veranderde, hetgeen gerelateerd was aan veranderingen binnen hun relatie met de student óf juist een gebrek hieraan. Zij schetsten de uiteindelijke vorm en mogelijkheden van de relatie, hetgeen soms betekende dat ze erg tevreden waren hierover, maar soms ook dat ze zichzelf en/of de student schuldig bevonden aan het falen ervan.
Alhoewel de huisartsen in principe de meeste macht hadden over de ontwikkeling van de relatie, bijvoorbeeld door sterk te leunen op hun eigen raamwerk van goed medisch handelen, waren ze ook afhankelijk van wat de studenten hén hierin aanboden. Dit tezamen bepaalde de betrokkenheid van de huisartsen en de manier waarop ze in staat waren om de studenten bij te laten dragen aan de dagelijkse praktijk.
In hoofdstuk 3 en hoofdstuk 4 hebben we de rol van sociale interactie bij het leren en begeleiden van studenten in de context van een coschap huisartsgeneeskunde toegelicht. Dit coschap wordt gekenmerkt door 10 weken één-op-één begeleiding. Bij coschappen die plaatsvinden in een ziekenhuis is er echter vaak sprake van minder continuïteit in de begeleiding van coassistenten. Artsen en studenten interacteren dan gedurende kortere periodes met elkaar, waarbij arts-student koppels frequent wisselen. Daarnaast biedt een coschap in een ziekenhuis een andere organisatorische en culturele omgeving dan die in een eerstelijns instelling zoals een huisartspraktijk. Daarom hebben we de rol van sociale interactie ook bestudeerd in de context van een sociaal dynamisch coschap in een ziekenhuis.

Hoofdstuk 5

In hoofdstuk 5 beantwoorden we de vraag hoe studenten en artsen discursief – dus door middel van hun manier van spreken – de interactie met elkaar vormgeven. Deze studie vond plaats binnen een coschap interne geneeskunde dat tien weken duurde en waarbij begeleidingsrelaties varieerden van een halve dag tot twee weken. Hiermee belichten we de mogelijkheden en uitdagingen van arts-student interactie binnen een coschap met minder continuïteit in begeleiding dan in het eerder bestudeerde coschap huisartsgeneeskunde.
Negen studenten werden geïnstrueerd om gedurende deze tien weken tenminste drie dagboekopnames per week te maken met behulp van een dictafoon, waarbij ze betekenisvolle momenten van interactie beschreven met de artsen aan wie ze op dat moment gekoppeld waren. De artsen met wie deze studenten samenwerkten ontvingen vergelijkbare instructies. Tien van hen besloten mee te doen aan het onderzoek.
De dataset bestond uit 184 opnames van zowel artsen als studenten en zeven korte interviews met studenten na afloop van het coschap. Alle opnames werden uitgeschreven en geanalyseerd door kritisch te kijken naar de wijze waarop taal gebruikt werd en hoe deze taal bijdroeg aan de interactie tussen studenten en hun

begeleiders. Deze methodologie wordt '*critical discourse analysis'* genoemd. Deze vorm van kwalitatieve analyse maakte het bijvoorbeeld mogelijk te onderzoeken wat de invloed was van machtsstructuren op de manier waarop de betrokkenen konden denken, spreken en zich konden gedragen.

Een terugkerend thema in de dagboekopnames was de manier waarop artsen en studenten spraken over het stellen van vragen en het geven van antwoorden. Binnen deze **vraag-en-antwoord-dynamiek** werd de interactie tussen artsen en studenten vormgegeven in het spanningsveld tussen zes verschillende discoursen (d.w.z. manieren van spreken). Het stellen van vragen en het geven van antwoorden werd geconstrueerd als: **Basisbehoefte, Zorg&Aandacht, Machtsspel, Betaalmiddel, Afstand en Gelijkwaardigheid&Wederkerigheid**. Deze discoursen reflecteerden verwachtingen over hoe studenten leren, hoe artsen begeleiden en de rol van sociaal-emotionele steun hierbij. Daarbij vormden de discoursen culturele en hiërarchische kaders die de basisregels voor de interactie tussen arts en student bepaalden. Artsen en studenten hanteerden de discoursen veelal op een verschillende manier. Dit betekent dat, in de praktijk van alledag, ze beiden herhaaldelijk de uitgangspunten en de mogelijkheden van hun specifieke interactie moesten "uitvinden". In de verhalen van zowel artsen als studenten werden studenten veelal gepositioneerd als ondergeschikten, waardoor deze interacties bovendien gekenmerkt werden door een bepaalde mate van ongelijkwaardigheid.

De mogelijkheden die deze arts-student interacties opleverden hebben we geduid in twee concepten: **ontwikkelingsruimte** en **ontwikkelingsvacuüm**. Deze concepten beschrijven hoe momenten van interactie al dan niet momentum creëerden voor artsen en/of studenten om hun relatie te ontwikkelen. Ontwikkelingsruimte duidt aan hoe momentum wordt gecreëerd door de uitwisseling van authentieke professionele of persoonlijke ervaringen. Deze uitwisseling kan dan gevolgd worden door een bijdrage aan betekenisvol medisch handelen of onderwijs. Ontwikkelingsvacuüm duidt op de afwezigheid van momentum in de interactie tussen arts en student, hetgeen gerelateerd is aan gevoelens van inactivatie, frustratie, stagnatie en verminderde betrokkenheid in de arts-student relatie. Hierdoor wordt authentieke persoonlijke ontwikkeling of een betekenisvolle bijdrage aan medisch handelen of onderwijs geblokkeerd.

In deze studie hebben we de complexiteit van het werkplekleren en –begeleiden in kaart gebracht zoals dit plaatsvindt in dagelijkse momenten van interactie tijdens een coschap met weinig continuïteit in begeleiding. Hierdoor hebben we nieuw licht doen schijnen op een bekend fenomeen (het stellen en beantwoorden van vragen), waarbij we zowel de daaraan gerelateerde mogelijkheden als uitdagingen hebben blootgelegd.

Hoofdstuk 6

In hoofdstuk 2 tot en met 5 hebben we de empirische studies gepresenteerd die gezamenlijk de mogelijkheden van arts-student interactie tijdens coschappen toelichten. Hoofdstuk 6 presenteert een overkoepelende discussie van de belangrijkste bevindingen uit deze studies.

De mogelijkheden en uitdagingen van arts-student interactie waren ingebed in de wisselwerking tussen identiteit, macht, continuïteit en context. De professionele **identiteit** van zowel artsen als studenten werd gevormd in interactie met elkaar en in de context van verschillende activiteiten. Verbale en non-verbale signalen bepaalden hun positie en de hieraan gerelateerde mogelijke acties en emoties. Hierdoor ontstonden situaties waarin beide partijen al dan niet momentum ervoeren voor het ontstaan van betekenisvolle en authentieke dialogen. Dit soort dialogen bleken een voorwaarde te zijn voor constructieve identiteitsontwikkeling. De aanwezigheid van momentum hebben we geduid als ontwikkelingsruimte. De afwezigheid van momentum hebben we geduid als ontwikkelingsvacuüm.

De ontwikkeling van de professionele identiteit van de student staat vaak het meest centraal tijdens de coschappen. Ook voor artsen gold echter dat, wanneer zij studenten begeleidden, zij hun identiteit moesten balanceren in twee werelden die niet altijd naadloos aansloten: de wereld van de medische zorg en de wereld van het medisch onderwijs.

Deze tweedeling positioneerde artsen in een positie van zowel **macht** als onmacht, hetgeen een belangrijke rol speelde in hun interactie met studenten. Vanuit hun machtspositie ten opzichte van studenten beïnvloedden ze de mate waarin studenten betekenisvol konden participeren, hun eventuele tekortkomingen durfden te laten zien en zich konden ontwikkelen, óf juist de mate waarin studenten afgeleid werden doordat zij om probeerden te gaan met een hiërarchische omgeving. De manier waarop studenten dialoog aangingen met artsen bepaalde ook welke aanknopingspunten er voor deze begeleiders waren om de arts-student relatie verder te ontwikkelen. Echter, de manier waarop artsen hun macht uitoefenden beïnvloedde de mogelijkheden voor de identiteitsontwikkeling van studenten in grotere mate dan vice versa. Deze ongelijkwaardigheid in arts-student interacties bevestigt en belichaamt de cultureel bepaalde sociale en professionele identiteiten van alle spelers in deze leersetting. Hierdoor blijven gewoontes rondom het leren en het begeleiden van coassistenten bestaan.

Continuïteit in begeleiding gaf artsen en studenten de mogelijkheid om elkaar te leren kennen, een eerste indruk te heroverwegen door persoonlijke of hiërarchische achtergronden te relativeren en om identiteiten-in-ontwikkeling “uit te proberen”. Tijd gaf artsen de ruimte om studenten onderdeel te laten worden van hun praktijk. Dit beïnvloedde de mate waarin zij studenten bij lieten dragen aan hun manier van handelen, bijvoorbeeld vanuit het ontstaan van wederzijds vertrouwen. In het geval van weinig continuïteit kan het een uitdaging zijn om het meeste uit het leren en het

begeleiden te halen, zoals dit ingebed is in sociale interactie. Het kan dan moeilijk worden om de mogelijkheden die gevormd worden vanuit eigen wensen en verwachtingen en vanuit de eerste indruk van de ander, te overstijgen.
De rol van continuïteit was ook afhankelijk van de specifieke fysieke, sociale en culturele **context**. Studenten werden bijvoorbeeld tijdens hun dienstweek op de spoedeisende hulp veelal begeleid door één arts-assistent. Ondanks het feit dat deze begeleidingsrelatie niet langer duurde dan een week, zorgde de aard van de activiteiten er voor dat zowel artsen als studenten een wederkerige relatie konden ontwikkelen die gekenmerkt werd door samenwerking. De rol van context werd verder ook duidelijk in hoe de sociaal-professionele discoursen van respectievelijk de huisartsgeneeskunde en de interne geneeskunde elk weer andere waarden en gebruiken voortbrachten. Het discours van huisartsen werd bijvoorbeeld gekenmerkt door het aangaan van relaties vanuit sociale en holistische perspectieven, waarbij onzekerheden werden erkend en juist onderdeel waren van de praktijk. Het discours van artsen binnen de interne geneeskunde werd gekenmerkt door het druk te hebben met het oplossen van somatische problemen en de dagelijkse activiteiten en taken die hier bij hoorden.
Wat zijn in het licht van deze bevindingen de implicaties voor de praktijk en verder onderzoek? Voor de dagelijkse praktijk is het belangrijk dat zowel studenten als artsen bewust worden gemaakt van de hierboven besproken processen en er steun wordt gecreëerd om hier op een zo constructief mogelijke manier mee om te gaan. **Artsen zouden zich bewust moeten worden van de krachtige manier waarop zij bijdragen aan de mogelijkheden voor de identiteitsontwikkeling van studenten.** Dit kunnen ze doen door kritisch te reflecteren op de manier waarop zij met (of tegen) studenten spreken en hoe zij zodoende de student én zichzelf positioneren. Hierbij kunnen artsen zich richten op het veel voorkomende fenomeen van vragen stellen en beantwoorden. Training op deze manier van reflecteren zou hen hierbij kunnen ondersteunen.
Voor studenten is het belangrijk dat er tijdens de coschappen expliciet aandacht wordt geschonken aan hun ervaringen gerelateerd aan momenten van interactie met arts-begeleiders. Studenten zouden er bijvoorbeeld profijt van kunnen hebben wanneer zij zouden leren hoe zij de bekende druk om enthousiast en gemotiveerd over te komen in een perspectief kunnen plaatsen waarbij zij focussen op het creëren van dialoog in plaats van het bewijzen van bepaalde motivaties of prestaties. Dit zou kunnen plaatsvinden wanneer studenten gedurende of rondom coschappen contacten hebben op de faculteit (bijvoorbeeld tijdens de zogenaamde terugkomdagen).
Parallel aan deze aanbevelingen zou verder onderzoek zich kunnen richten op het vinden van **manieren waarop betekenisvolle dialogen tussen artsen en studenten kunnen worden gestimuleerd en ondersteund**. Het zou interessant zijn om zowel studenten als artsen in een onderzoek te betrekken waarbij ze actief worden uitgenodigd en ondersteund om te reflecteren op de manier waarop ze met elkaar interacteren, hoe dit henzelf en elkaar beïnvloedt in hun leer- en begeleidings-ervaringen en hoe ze dit graag zouden willen veranderen.

Op curriculumniveau zou het waardevol zijn om te onderzoeken **welke combinatie van continuïteit in begeleiding, continuïteit in patiëntencontacten én verschillende contexten en activiteiten een gezonde voedingsbodem zou opleveren** voor zowel de studenten als de artsen die hen begeleiden. Op basis van onze bevindingen doen we de aanbeveling om continuïteit in begeleiding te waarborgen. Dit is vooral van belang wanneer de activiteiten van studenten erg verspreid zijn en er bijvoorbeeld weinig sprake is van continuïteit in patiëntencontacten, zoals gedurende stages in de polikliniek. Ook de aanwezigheid van een goed geoutilleerde kamer voor studenten om patiënten te zien kan een fysieke vorm van continuïteit bieden. Wanneer enige vorm van continuïteit in begeleiding gegarandeerd is kan continuïteit in patiëntenzorg verder bijdragen aan het creëren van betekenisvolle dialogen en activiteiten.

We moedigen verder onderzoek aan naar de manier waarop **culturele en hiërarchische praktijken** worden behouden of juist veranderd in de context van het werkplekgebonden medisch onderwijs. Dit is met name interessant in het kader van de omslag naar longitudinaal georganiseerde coschappen en de hieraan gekoppelde veranderingen in de rol van de arts-begeleiders. Om eventuele culturele veranderingen succesvol in gang te zetten, zullen de discoursen van arts-begeleiders en andere betrokkenen verder onderzocht moeten worden.

Summary

The aim of this thesis is to critically reveal the opportunities and challenges of work-based learning and teaching in undergraduate medical education, and the way these affordances are embedded in doctor-student interaction. In light of this aim, we conducted four empirical studies in two different undergraduate work-based learning environments, involving both doctors and students.

Chapter 1

Health care facilities provide authentic contexts in which students learn from their interaction with patients and health care professionals. They learn to form links between theory and practice and develop their professional identity in a complex environment that is similar to the one in which they will work after graduation. Doctors support student learning by facilitating student-patient encounters and providing students with adequate support and feedback. However, the quality of medical students' learning experiences varies substantively.

Concerns have been raised relating to the number and diversity of patients students encounter, the availability and quality of supervision, observation and feedback, students' attitudes and motivation, the attitudes of staff towards students and teaching in general and, related to this, the safety of the learning environment. For doctors, there are some specific challenges in teaching as well. A lack of time, the local (educational) culture, level of educational training, personal and financial rewards, work output, and management of patient safety all play a role in how doctors are able or willing to supervise students.

There are ample reasons for **warranting and improving the quality of work-based undergraduate medical education**. Its relevance is obvious when considering the quality of care for the patients these students will encounter later in their career. However, its relevance is also apparent when considering the new and potentially strong emotional experiences students have – inherent to authentic medical practice – at a critical time of young adult development. They need safe and constructive learning environments, for example to deal with and learn in the role of a novice, the pressure to fit into medical culture, and the physical, intellectual and emotional labour required. Both for students and doctors, high levels of stress can lead to mental illness and professional misconduct.

Taking the above into account, it is not surprising that the landscape of work-based medical education and practice is characterized by many debates. Different theoretical orientations provide underlying frameworks to inform and structure these debates by locating learning in different grounds and highlighting different aspects of the same learning environment. In this chapter, we briefly described the basic tenets of some prevailing theoretical orientations. In particular, we have explained how this thesis is conceptually orientated towards **social-cultural theories; learning and teaching are then embedded in social interaction**, where learners develop their professional

identity as they participate in the complex and dynamic nature of medical (educational) practice.
Two ongoing conversations in the domain of undergraduate work-based learning that resonate with this conceptual orientation and expand current theory and practice are those relating to 'identity development' and to 'longitudinally integrated clinical clerkships'. Both these debates continue to stretch the boundaries of contemporary medical education. They seem to merge, however, in the turn towards (longitudinal) participation and the potential value of teacher-student relationships in both students' and doctors' identity development. Therefore, the aim of this thesis was to reveal the affordances of doctor-student interaction, and the way they are embedded in two work-based learning environments that differ in supervisory continuity.

Chapter 2

Chapter 2 presents a framework consisting of the instructional components that were central to the quality of a general practice clerkship, as perceived by students. This ten week clerkship is characterized by ample continuity in supervision. After completing their general practice attachment, 155 fifth-year medical students filled out an evaluation questionnaire. Such questionnaires are filled out after each clerkship. We analyzed the questionnaires to bring to surface what factors influenced the perceived instructiveness.
Exploratory factor analysis and reliability analysis identified clusters of correlated independent variables. Subsequent regression analysis revealed the relations between the reduced set of independent variables and the dependent variable 'Instructional quality'.

Three components correlated with the perceived instructional quality:
1) **Supervision**: the quality of supervision provided by supervising general practitioners.
2) **Patient mix**: the number, diversity and quality of patient encounters.
3) **Independence**: opportunities and facilities to perform clinical activities independently.

Multiple regression analysis revealed the following:
a) Both supervision and patient mix affected instructional quality directly, with supervision being most influential.
b) Independence did not directly affect instructional quality.
c) Only in urban health care facilities, independence indirectly affected instructional quality via the patient mix.

Compared with hospital based clerkships, similar components appeared to relate to the perceived instructiveness of the general practice clerkship. However, medical students' ability to practice independently did not affect the instructional quality as much as we had expected. This finding, together with supervising general practitioners' key influence on the perceived learning outcome, called for further elaboration. What meaning do students give to these determinants of learning? How do they actually learn? Chapter 3 presents the study that ensued.

Chapter 3

In our second study we focus on how students learn by participating in general practice and the role of the socio-cultural context herein. A total of 44 students who were in week 8 or 9 of the ten-week general practice clerkship participated in 7 group interviews. Students were invited to talk about what they had learned so far, how they learned, and what contributed to or hindered their learning experiences.
Students spoke of learning as revolving around **"doing"**. The actual fruitful effect of "doing" related to how it involved students' personal and professional development. Opportunities for such development were located in the productive tension between being allowed to be a learner and having the freedom to "really be a doctor". Students' continuing interaction with supervising general practitioners (GPs), patients and co-workers strongly influenced this tension, and the degree to which it afforded students to develop their professional identity constructively.
We introduced the term **developmental space** to denote the explicit and implicit opportunities for identity development that were afforded to and created by students when they participated in clerkship activities. By observing the GP, by holding patient consultations relatively independently, or by having conversation with the GP about patient consultations, such opportunities for identity development could ensue. Opportunities within these activities were embedded in the interplay between the context (material, organization and educational elements) and students' emotional state of mind, which was often mediated by social interaction with their supervisor.
Thus, the contextually defined nature of personal and professional interaction with the GP impacted how students experienced their role, identity, and transition therein. Moreover, it influenced how students came to feel motivated, respected and self-

confident, which were emotional prerequisites for the creation of developmental space and the resulting possibilities for personal growth.
Particularly the duration of the one-to-one relationship in this clerkship allowed for the development of trusting relationships, increased independence in activities, and enabled students to revise first impressions and judgments relating to GPs' behaviour.
As in our first study, supervisors appeared to play an important role in students' learning experiences. They substantially influenced students' developmental space through personal and professional interaction. This conceptualization of learning-through-social interaction prompted questions about the conceptualization of teaching-through-social interaction. When work-based learning takes place in social interaction, how do clinical teachers give shape to their interaction with students?

Chapter 4

In chapter 4 we try to answer the question of how doctors give shape to their interaction with students. We performed discourse analysis on a total of 61 audio diary entries from seven general practitioners (GPs) throughout a ten week general practice clerkship, supported by two interviews with each participant. Discourse analysis illuminates how talk and text construct social practice and how language-in-use enables people to think, say, and act in a certain way. In our analysis, we focused on how doctors discursively constructed their interaction with students. We found that GPs constructed their interaction with students as **trajectories of longitudinally evolving relationships**. These trajectories were characterized by four stages, in which GPs both influenced and depended on students' development by creating the pillars and boundaries for this relationship and the division of roles in their daily medical practice.
First, they established a **point of departure**, drawing on first impressions of students. This point of departure was characterized by how GPs positioned the students relative to themselves. This was based on how the interaction with the student related to what the GPs found appropriate.
Second, their relationship evolved through **dialogue** with the students. Verbal and non-verbal interaction served as a platform on which GPs gradually gave shape to students' identities and roles in the context of daily practice. This also involved the degree in which this process affected the participants as well, for example in revealing weaknesses or in making decisions about patient management.
Third, the interaction with students was shaped by GPs' conceptualizations of **good medical practice**. Based on their biographical development and current preferences regarding practical, social, and professional activities and values, GPs defined for example, how students could, should, or did (not) change.
Fourth, towards the end of the clerkship, GPs **turned towards closure** of the relationship. Their discourse changed, often related to (lack of) changes in their relationships with students. Hereby, they defined the final shape and affordances of

their relationships, and, at times, were pleased about the relationship, or positioned students and/or themselves as being guilty of failure therein.
Although GPs held power, for example by relying strongly on their own framework of good medical practice, their interaction with students was influenced by what students afforded them as well. This affected GPs' engagement and ability to allow the student to contribute to their practice.
Chapters 3 and 4 explain the role of social interaction in learning and teaching experiences in the context of a general practice clerkship. This clerkship is characterized by a 10 week, one-to-one supervisory relationship. However, many clerkships that are hospital based involve less continuity in supervision. Doctors and students often interact with each other over shorter time episodes, involving many doctor-student dyads. Moreover, hospital based clerkships provide organizational and cultural contexts that differ from the context of a primary care setting such as a general practice. For these reasons, we studied the role of social interaction in the context of a socially dynamic and hospital based clerkship as well.

Chapter 5

In chapter 5, we answer the question of how both students and doctors discursively construct the interaction with each other, revealing the affordances of doctor-student interaction in a clerkship with little supervisory continuity. This study took place in a 10 week internal medicine clerkship characterized by multiple supervisory relationships varying from half a day to two weeks. Nine students were instructed to record at least three audio diaries per week in which they described meaningful moments of interaction with the doctors they were allocated to. The doctors they worked with received similar instructions. Ten doctors agreed to participate. The dataset comprised 184 audio diaries (lasting 6 hours and 45 minutes) and seven short student debriefing interviews (7-22 minutes). We analyzed the transcripts using critical discourse analysis, a methodology that illuminates and critiques structures of power in language-in-use. This approach allowed us to study participants' narratives to understand how they discursively shaped the way they could think, speak, and conduct themselves (affordances).
The ways in which doctors and students posed and answered questions were a recurrent and influential feature in the diaries. In this **question-and-answer-dynamic**, doctors and students constructed their interaction in the tension field of **six discourses: Basic Need, Care and Attention, Power Game, Currency, Distance, and Equality and Reciprocity**. These discourses, and the interplay between them, reflected both doctors' and students' expectations regarding how students learned and doctors supervised, the role of socio-emotional support herein, and the cultural and hierarchical frameworks that appeared to define basic rules for interaction. Doctors and students often employed these discourses differently. In a clerkship characterized by many supervisory

relationships, this entailed that both doctors and students had to continuously redefine the outline and affordances of their interaction in essentially unequal relationships. We conceptualized the affordances of doctor-student interaction in two categories: **developmental space** and **developmental vacuum**. These concepts captured whether or not moments of interaction created momentum for doctors and students. Developmental space denotes how momentum is created by the provision of space for the exchange of authentic professional or personal experiences. This exchange could then be followed by a, at times reciprocal, contribution to meaningful medical practice or education. Developmental vacuum denotes the absence of momentum in the question-and-answer-dynamic. It relates to stagnation, disengagement, inactivation or frustration, and thereby blocks any authentic development or contribution to meaningful medical practice or education. To conclude, by purposefully bringing to surface power structures, we have addressed the complexity of learning and teaching as it takes place in day-to-day moments of interaction in a clerkship with little continuity in supervision. Hereby, we shone new light on existing practice, revealing both its opportunities and challenges.

Chapter 6

Chapters 2-5 present the empirical studies that, together, should clarify the affordances of doctor-student interaction during clerkships. Chapter 6 forms the discussion chapter of this thesis, in which we present and discuss our main findings.

The affordances of doctor-student interaction were embedded in the interplay between identity, power, continuity, and context. Both doctors' and students' professional **identity** was shaped by their interaction with each other in varying contexts and activities. Verbal and non-verbal cues determined their position and possible ensuing actions and emotions. Then, situations emerged that were characterized by whether or not both parties experienced momentum that fostered room for meaningful and authentic dialogue, which we found to be a prerequisite for identity development. We conceptualized the presence of momentum as developmental space, and the absence of momentum as developmental vacuum.

The development of students' professional identity is usually more noticeable and central in undergraduate work-based learning, as they negotiate their learning trajectory as a student and a future doctor. However, when doctors interact with students, they have to balance their identity in two institutional worlds that do not automatically fit: the world of medical care versus the world of medical education.

The exertion of **power** by doctors in their relationship with students strongly determined how students were able to participate meaningfully, to reveal their weaknesses, to develop their identity, or how students were distracted by trying to cope with a hierarchical structure. The way students engaged in dialogue provided

doctors with leads for further action as well, but the ways doctors exerted their power impacted the opportunities for students to develop their identity more than vice versa. On a macro level, such unequal doctor-student interaction reifies culturally defined social and professional identities and, hereby, continues to affect both learning and teaching practices.

Continuity in supervision provided opportunities for doctors and students to get to know each other, to reconsider first impressions and allow personal (and at times hierarchical) backgrounds to be stretched, and to enact identities-in-development. Time empowered doctors to have students become part of their practice, or not, and the degree to which they allowed students to bring about change, for example through the development of trust. In case of little continuity, it can be a challenge to make the most out of learning and teaching through social interaction as it becomes difficult to go beyond the stage of 'establishing a point of departure' (see chapter 4).

The role of continuity depended on the particular physical, social, and cultural **context** as well. For example, during a week on call, students were usually supervised by one resident. Even though this was only for one week, the nature of the activities enabled both doctors and students to establish a mutually beneficial relationship characterized by collaboration. The role of context was also apparent in how the socio-professional discourses of general practice and internal medicine each afforded different values and practices. General practitioners' discourse was characterized by addressing relationships from social and holistic perspectives and acknowledged insecurities, while in internal medicine, doctors' discourse was characterized by being busy solving patients' somatic problems and the related daily tasks this involved.

Taking into account these findings, what are the implications for research and practice? The implications for practice are embedded in creating awareness among doctors and students and offering adequate support. **Doctors should become aware of how they critically contribute to the opportunities for students to develop their identity**. They can do so by reflecting on the way they talk with (or to) students, and consequently, how they position them *and* themselves, for example when they ask or answer questions. Staff development activities could offer support for these supervisors.

Regular tutorial or mentor meetings should pay **explicit attention to students' experiences in their interaction with doctors**. Students might benefit from, for example, learning how to put the need to show enthusiasm and motivation in a perspective that focuses on dialogue instead of performance.

In line with these recommendations, further research could focus on **finding ways to foster and support meaningful dialogue between doctors and students**. It would be interesting to involve both students and doctors in a participatory observational study, in which they are actively invited and supported to reflect on the way they interact with each other, how it affects them in their teaching and learning practices, and how they would like to make changes. At this point, it could also be useful to extend the focus on the dyadic relationship to a triadic relationship, including the patient.

On curriculum level, it might be valuable to examine **what combinations of supervisory continuity, patient continuity, and different contexts and activities would offer a healthy breeding ground** for teaching and learning. Based on our findings, we encourage the organization of continuity in supervision, particularly when students' activities are scattered, for example when they participate in outpatient clinics. However, the mere presence of a well-equipped room for students to see patients can offer useful physical continuity as well. When students participate on wards where some supervisory continuity is guaranteed, meaningful dialogue and participation can be supported by creating continuity in patient care.

On a more macro level, we encourage further research in how **cultural and hierarchical practices** are preserved, maintained, and possibly changed in work-based medical education. In light of a focus on the relational aspect of learning, and its ties with debates on continuity and identity development, medical educationalists might endeavour curricular change. To successfully implement any cultural changes, clinical teachers' (and other stakeholders') discourses need to be further explored.