

Erasmus Universiteit Rotterdam:

Begeleider: Samira van Bohemen | **Tweede lezer:** Renske Keizer



Student of Patiënt?

*Onderzoek naar burn-outklachten vanuit de perceptie van
geneeskundestudenten zelf*

MASTER THESIS
Elisa Groothuis (451856)

21 juni 2020

9983 woorden

Abstract

Met oog op het hedendaagse zorgtekort is het belangrijk om de mentale veerkracht van toekomstige artsen te koesteren. Toch kampen geneeskundestudenten vaak met burn-outklachten. Deze masterscriptie richt zich op het verduidelijken van burn-outklachten als lived experience door de belevingswereld van de studenten zelf centraal te stellen. Dit is gedaan met 12 diepte-interviews met coassistenten en bachelorstudenten. Omwille van praktische en theoretische overwegingen beperkt het onderzoek zich tot de Rotterdamse geneeskundeopleiding. Uit het onderzoek is gebleken dat de belevingswereld van de studenten sterk samenhangt met de neoliberale cultuur waarin de geneeskundeopleiding is ingebed. Deze cultuur gaat gepaard met een hevige competitiefteer die voortvloeit uit de norm van zelfregulatie en het streven naar perfectie. De bevindingen tonen aan dat de geneeskundeopleiding verschillende elementen bevat die de neoliberale cultuur versterken. De voornaamste voorbeelden hiervan zijn de vele selectieprocedures, individuele werkwijzen en onrealistische academische doelstellingen. De studie biedt dus verduidelijking van de betekenis die de geneeskundestudenten zelf aan de burn-outproblematiek geven. Dit is de eerste stap naar een passende oplossing; de eerste stap van *patiënt* naar *student*.

Kernwoorden

Burn-outklachten; geneeskundestudenten; geneeskundeopleiding; lived experience; neoliberalisme

Inleiding

Uit onderzoek is gebleken dat het aantal psychische klachten onder studenten is gestegen (Litjens & Ruijrok, 2019). Vooral geneeskundestudenten spannen in deze problematiek de kroon (Conijn & Boersma, 2013). Van de 2739 respondenten voldeed 14,5 procent aan de burn-outcriteria en dit aantal lag met 17,8 procent nog hoger bij coassistenten (Conisescu et al., 2015). Ook in de Verenigde Staten hebben geneeskundestudenten, in vergelijking tot reguliere studenten, vaker last van burn-outklachten (Shanafelt et al., 2012). Burn-outklachten kunnen de professionele ontwikkelingen van geneeskundestudenten beperken en oefenpatiënten in gevaar brengen. Bovendien gaan burn-outklachten gepaard met een variëteit aan persoonlijke consequenties en kunnen ze zelfs leiden tot suïcidaliteit (Dyrbye & Shanafelt, 2016).

Al sinds 2013 is er aandacht voor de oorzaken en prevalentie van de burn-outproblematiek bij geneeskundestudenten (Conisescu et al., 2015, De Geneeskundestudent, 2019). Toch beperkt het wetenschappelijk onderzoek zich enkel tot kwantitatieve onderzoeksmethoden waardoor het lastig is om de problematiek te onderzoeken vanuit het perspectief van de studenten zelf. Zo onderzochten Conijn en Boersma (2015) en de Geneeskundestudent (2019) de problematiek met een digitale enquête. Dit is nadelig aangezien het juist nodig is om te kijken naar ervaringen van geneeskundestudenten om hun burn-outklachten als *lived experience* te kunnen begrijpen. Volgens Garvis (2015) is dit begrip noodzakelijk om psychologische verschijnselen te begrijpen en in te zien wat ervaringen voor elk individu betekenen. *Lived experiences* zijn een reflectie van ervaringen, keuzes en kennis van individuen. De kwantitatieve onderzoeksmethoden bieden geen ruimte voor deze elementen aangezien het gebruik van vragenlijsten studenten beperkt tot vooropgezette antwoordcategorieën. Daarnaast bepalen de belevingen van individuen in welke mate een systeem of beleid succesvol is (Garvis, 2015). Dit beleid is nodig om de mentale veerkracht van artsen in opleiding te koesteren (Wielenga, 2019, Abdulaziz & Baharoon, 2009). Voor het creëren van een succesvol beleid om de burn-outproblematiek onder geneeskundestudenten te beperken, is het daarom belangrijk dat onderzoekers persoonlijke ervaringen in overweging nemen en rapporteren. Indien beleidsmakers niet begrijpen hoe geneeskundestudenten denken, kunnen ze niet nauwkeurig anticiperen op hoe de studenten zullen reageren. Aangezien het de studenten zelf zijn die met de verandering moeten leven, zijn het hun definities van de situatie die cruciaal zijn voor het succes van beleid (Bodgan & Biklen, 1992).

Om burn-outklachten te onderzoeken als *lived experience* is in dit onderzoek gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksbenadering met diepte-interviews. Het open karakter van de interviews maakt het mogelijk om respondenten zelf te laten vertellen over ervaringen, keuzes en leermomenten. De gelegenheid tot doorvragen zorgt voor verdieping en maakt het mogelijk om achter de betekenis te komen van deze ervaringen (Lichtman, 2012). Het onderzoek vormt zo dus de eerste stap naar een passend preventiemiddel om het aantal burn-outklachten onder geneeskundestudenten terug te dringen (Conijn & Boersma, 2015).

§1.2 Vraag- en doelstelling

Dit onderzoek richt zich dus op het begrijpen van burn-outklachten als *lived experience* van geneeskundestudenten zelf. Wegens praktische beperkingen is het onhaalbaar om een vergelijking te maken tussen verschillende geneeskundeopleidingen. Daarom is ervoor gekozen om het onderzoek te richten op Rotterdamse geneeskundestudenten. De keuze voor deze casus is gebaseerd op de hoge frequentie burn-outklachten die de Rotterdamse geneeskundestudenten ervaren. Uit onderzoek is namelijk gebleken dat in Rotterdam het vaakst burn-outklachten worden gerapporteerd. Ruim de helft van de geneeskundestudenten in

Rotterdam geeft aan burn-outklachten te ervaren (Janse, 2017). Dit maakt Rotterdam een geschikte casus om de mogelijke oorzaken van burn-outproblematiek te onderzoeken vanuit de perceptie van studenten zelf. Rotterdamse geneeskundestudenten ervaren immers vaker burn-outklachten waardoor wordt verwacht dat zij hier ook meer over kunnen vertellen. Om de perceptie van geneeskundestudenten te kunnen onderzoeken is de volgende hoofdvraag opgesteld: '**Hoe kunnen we het hoge aantal burn-outklachten begrijpen vanuit het perspectief van geneeskundestudenten zelf?**'. Doel van het onderzoek is om ervaringen van geneeskundestudenten inzichtelijk te maken en deze te leren begrijpen. Vervolgens kunnen met deze inzichten kaders worden geschetst voor passend (onderwijs)beleid.

Theoretisch kader

§2.1 Burn-out: definitie en oorzaken

Een burn-out wordt gedefinieerd als '*staat van mentale en psychische uitputting veroorzaakt door werkgerelateerde stressoren*' (Bakker et al., 2014). Het gaat om een proces van emotionele uitputting, depersonalisatie (een negatieve houding ten aanzien van sociale interactie) en een laag zelfbeeld door gevoelens van falen en incompetentie (Maslach et al., 1996). Kenmerken van een burn-out zijn chronische vermoeidheid, hopeloosheid en een negatieve houding ten aanzien van werk en het leven (Maslach, 1978). Aan een burn-out gaat een lang proces van burn-outklachten vooraf. Deze problematiek speelt zich steeds meer af onder studenten aangezien de kernactiviteiten van een studie vanuit psychologisch opzicht als werk worden beschouwd (Gubbels en Knape, 2019, Vink et al., 2011, Salmela-Aro et al., 2011). De oorzaken van burn-outklachten zijn afhankelijk van de organisatie en specifieke studie- of werkkarakteristieken (Bakker & Demetouri, 2007).

Volgens Conijn en Boersma (2015) dient er onderscheid gemaakt te worden tussen coassistenten en bachelorstudenten omdat zij zich in verschillende omgevingen bevinden. Waar coassistenten zich richten op de praktijk, richt de bacheloropleiding zich op de theorie van geneeskunde. Hierdoor wordt verwacht dat er andere oorzaken zijn voor burn-outklachten. Zo is het aannemelijk dat de emotionele belasting voor coassistenten groter is aangezien studenten hier meer in aanraking komen met patiënten (Conijn & Boersma, 2015). Het onderscheid van Conijn en Boersma (2015) wordt daarom ook in dit onderzoek gehanteerd.

§2.2 Emotionele belasting bij geneeskundestudenten

Met betrekking tot geneeskundestudenten kan het hoge aantal burn-outklachten volgens Brazeau et al. (2014) worden verklaard door emotionele belasting in de geneeskundeopleiding. Geneeskundestudenten hebben in de opleiding of relevante bijbanen te maken met emotioneel beladen situaties zoals chronische ziekte en sterfte. Indien geneeskundestudenten schuldgevoelens en sympathie ervaren tegenover het chronisch ziektebeeld of overlijden van patiënten, kan dit negatieve consequenties hebben op hun mentale gezondheid (Conijn en Boersma, 2015). Dit wordt bevestigd door Dyrbye en Shanafelt (2016) die stellen dat de eerste doodservaring bij artsen in opleiding een negatieve invloed heeft op hun psychische gesteldheid. Volgens van Baar (2015) krijgen studenten hier onvoldoende ondersteuning in waardoor emotionele belasting een van de belangrijkste determinanten is van het hoge aantal burn-outklachten.

Emotionele belasting wordt veroorzaakt door tijdsdruk en het behandelen van terminale patiënten. Ook wordt emotionele belasting versterkt door faalangst en verantwoordelijkheidsgevoel (McConnell & Eva, 2012). Het effect van emotionele belasting onder geneeskundestudenten wordt bovendien versterkt door het taboe dat heerst op het tonen van emoties. Dit taboe komt voort uit het professionalisme en de interpersoonlijke communicatie binnen de geneeskundesector (Kurzweil et al., 2020).

§2.2.1 Theorie van emotionele arbeid

Om emotionele belasting van geneeskundestudenten beter te begrijpen, kan gebruik worden gemaakt van de theorie van emotionele arbeid (Hochschild, 1983). Emotionele arbeid wordt gedefinieerd als het managen van gevoelens om gewenste mimische en lichamelijke vertoningen te realiseren (Hochschild, 1983). Het gaat vooral om banen in de dienstensector waarin sociale relaties en persoonlijk contact belangrijker worden geacht dan het taak-gebaseerde aspect van werk (Wharton & Erickson, 1993).

Met betrekking tot emotionele arbeid onderscheidt Hochschild (1983) 'surface acting' en 'deep acting'. Bij *surface acting* toont een medewerker emoties die hij of zij niet daadwerkelijk voelt, maar die wel door bedrijven of instellingen worden gewenst. Hierbij worden de innerlijke emoties onderdrukt of omgevormd. Dit staat tegenover *deep acting* waarbij de innerlijke gevoelens van de werknemer worden gemanaged en aangepast op de emoties die moeten worden weergegeven. Denk bijvoorbeeld aan een acteur die bepaalde gevoelens wil ervaren om zijn rol goed uit te voeren. Hiervoor kunnen werknemers hun opleiding of ervaringen gebruiken (Steinberg & Figart, 1999). Zowel *surface acting* als *deep acting* leiden tot emotionele uitputting en depersonalisatie. Het uiten van emoties die niet daadwerkelijk gevoeld worden kan er bovendien toe leiden dat medewerkers zich 'nep' en 'hypocriet' voelen (Hochschild, 1983). Ook leidt het onderdrukken van negatieve gevoelens tot emotionele uitputting, stress, ontevredenheid over het werk en een laag zelfbeeld (Brotheridge & Grandey, 2002, Mann & Cowburn, 2005). Emotionele arbeid kan daarom worden beschouwd als een mogelijke determinant van burn-outklachten (Zapf, 2002).

De zorg is een goed voorbeeld van een emotioneel arbeidsintensieve professie aangezien artsen emoties tonen of onderdrukken om een gewenste gemoedstoestand op te wekken bij patiënten (Hochschild, 1983). Dit betekent bijvoorbeeld dat bij overlijden van patiënten, geen 'verdrietige' of 'wanhopige' emoties mogen worden getoond, aangezien dergelijke emoties de gemoedstoestand van de patiënt en nabestaanden negatief kunnen beïnvloeden. De nadruk komt hierdoor te liggen op het begrijpen van patiënten en empathie te hebben ten aanzien van hun situatie (England & Farkas, 1986). Met het oog op deze professionele voorschriften kan worden verklaard waarom de emotionele belasting onder geneeskundestudenten zo hoog is.

§2.3 Competitie in de geneeskundeopleiding

Dyrbye en Shanafelt (2016) stellen dat ook de opleidings sfeer bijdraagt aan de burn-outproblematiek. In tegenstelling tot andere WO-opleidingen, richt de geneeskundeopleiding zich op academische vorming buiten het opleidingstraject om (onderwijsbrochure, 2019). In combinatie met het hedendaagse zorgtekort en overschot aan basisartsen, zorgt dit voor een concurrentiecultuur binnen de geneeskundeopleiding, aangezien individuele cijfers en prestaties steeds belangrijker worden voor goede opleidingstrajecten en banen (Dyrbye & Shanafelt, 2016, Kwant, 2015). De concurrentiecultuur speelt al bij de decentrale selectie aangezien scholieren zichzelf hiervoor dienen te onderscheiden van anderen. Dit proces zet zich voort in de opleiding zelf (Beleidsplan, 2019).

§2.3.1 Neoliberalisme en streven naar perfectie

Burn-outklachten hebben niet alleen betrekking op persoonlijke problematiek, noch zijn ze enkel afkomstig vanuit de aard van iemands werk of opleiding, ze liggen ingebed in een bredere cultuur. Hierdoor zijn de karakteristieken van de geneeskundeopleiding en persoonlijke ervaringen van studenten onlosmakelijk verbonden met de neoliberale cultuur in de samenleving (Keohane, 2016). Het neoliberalisme gaat uit van optimale ontplooiingsmogelijkheden doordat elk individu start met gelijke kansen. Hierdoor wordt ieder individu volledig verantwoordelijk voor zijn of haar eigen succes aangezien succes niet afhangt van sociale omstandigheden of toeval (Young, 1994). Volgens McRobbie (2015) leidt het uitgangspunt van gelijke kansen tot een systeem waarin zelfregulatie de norm is. Zelfregulatie is de norm dat iemand altijd wil zijn wat hij/ zij kan zijn (Maslow, 1954). Hiermee wordt aan individuen het idee gegeven dat zij controle hebben over de invulling van hun eigen leven. Doordat zelfregulatie in de neoliberale cultuur genormaliseerd is, gaan individuen opzoek naar 'perfectie'. Ze willen uitblinken en zichzelf continu overtreffen. Hierdoor ontstaat ruimte voor persoonlijk falen en mislukken (Han, 2014). Dit veroorzaakt stress en onzekerheid, die leiden tot burn-outklachten. Daarnaast biedt zelfregulatie ruimte voor zelfdefinitie, waardoor individuen zich richten op het behalen van status binnen de sociale rangorde. De neoliberale cultuur zorgt

ervoor dat de nadruk komt te liggen op het meten en vergelijken van prestaties. Hierdoor ontstaat competitie waarin persoonlijk succes alleen kan worden ontleend aan het falen van anderen en waarbij individuen met elkaar strijden om 'perfectie' te behalen (Swierstra & Tonkens, 2006, McRobbie, 2015). Bovendien leidt de neoliberale cultuur ertoe dat slechts gekeken wordt naar meetbare output (Verhaeghe, 2011, Swierstra & Tonkens, 2008). Hierdoor vallen niet-meetbare elementen, zoals sociale netwerken en persoonskenmerken buiten de boot. Aangezien het meetbare karakter van het neoliberalisme op gespannen voet staat met gevoelens van menselijkheid en kwetsbaarheid, kan dit zorgen voor burn-outklachten.

De neoliberale cultuur en genormaliseerde zelfregulatie verklaren het ontstaan van competitie binnen de geneeskundeopleiding. Het opleidingscurriculum vloeit immers voort uit deze norm en cultuur. Hierdoor wordt zelfregulatie een voorwaarde voor academisch succes. Dit versterkt het streven naar perfectie, sociale mobiliteit en status en leidt tot concurrentie. Indien door studenten niet aan de voorwaarde wordt voldaan, leidt dit ertoe dat zij zichzelf als 'mislukking' beschouwen. Het risico op falen veroorzaakt gevoelens van angst, stress, incompetentie en schaamte, waardoor studenten zich onbegrepen en ongehoord voelen. Dit verhoogt het risico op burn-outklachten (Swierstra & Tonkens, 2011).

§2.4 Tussentijdse conclusie






In de bovenstaande paragrafen is ingegaan op 'burn-outklachten' als *lived experience*. Burn-outklachten kunnen daarbij niet uitsluitend als persoonlijke ervaring, noch uitsluitend als het resultaat van opleidingselementen worden gezien. Het is daarom belangrijk om de klachten te bestuderen vanuit de neoliberale cultuur waarin de opleiding en haar studenten zijn ingebed. Het neoliberalisme gaat gepaard met de norm van zelfregulatie waarbij individuen verantwoordelijk worden gehouden voor hun prestaties. Daarnaast onderscheidt de geneeskundeopleiding zich van andere opleidingen met betrekking tot emotionele belasting. Geneeskundestudenten dienen vaker hun emoties te onderdrukken of om te vormen. Deze belasting vormt een mogelijke verklaring voor het hoge aantal burn-outklachten onder geneeskundestudenten aangezien hierdoor de kans op stress en incompetentie wordt vergroot. Met de theorieën van emotionele belasting en neoliberalisme is dus goed te begrijpen waarom geneeskundestudenten vaker burn-outklachten rapporteren dan andere studenten. Gedurende het onderzoek zal worden ingezet op verdere verdieping van de *lived experiences* van studenten zelf. Hierbij dienen beide theorieën als handvatten in de interviews. Daarnaast is in de interviews ook gezocht naar aanvullende verklaringen.

Methodologie

§3.1 Doelgroep

In dit onderzoek zijn diepte-interviews afgenomen. Alle respondenten studeren geneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Er wordt dus géén vergelijkend onderzoek gedaan met studenten uit verschillende studentensteden. De keuze voor deze casus berust op zowel praktische als theoretische argumenten. Enerzijds vormt Rotterdam een goede casus aangezien Rotterdamse geneeskundestudenten, in vergelijking met andere geneeskundestudenten, de meeste burn-out klachten ervaren (Janse, 2019). Anderzijds was het in het gegeven tijdsbestek onhaalbaar om vergelijkend onderzoek te doen aangezien hiervoor te weinig respondenten konden worden geïnterviewd. De respondentengroep bestaat uit 6 mannelijke en 6 vrouwelijke geneeskundestudenten. Deze genderverdeling is gebaseerd op de aanbeveling van Conijn en Boersma (2015) om duidelijk onderscheid te maken tussen mannen en vrouwen. Een overzicht van de respondenten is gegeven in figuur 1. Er is gekozen voor derde- en vierdejaars studenten aangezien zij kunnen vertellen over het verloop van de klachten gedurende verschillende fases van de bachelor.

De respondentenselectie vond plaats via *stratified purposefull sampling* (selectie op basis van categorieën) waarbij 8 bachelorstudenten en 4 coassistenten zijn geselecteerd. De verdeling is gebaseerd op de toegankelijkheid van beide doelgroepen tijdens COVID-19. Via de *snowball sampling* methode werden respondenten geselecteerd vanuit het persoonlijk netwerk van de onderzoeker. Deze werden benaderd via WhatsApp en geïnterviewd via Skype. In het WhatsAppbericht is duidelijk het onderzoeksdoel vermeld en aan respondenten gevraagd of ze wel eens burn-outklachten ervoeren. Op die manier is een selectie gemaakt van respondenten die allemaal klachten hebben ervaren en hierover willen vertellen. Vervolgens werden via de geselecteerde respondenten weer nieuwe respondenten geselecteerd (Creswell, 2013). In het kader van toegankelijkheid, transactiekosten en tijdsbestek zijn deze methodes het meest geschikt om de onderzoeksvraag te beantwoorden. Daarnaast leidde de persoonlijke band met de onderzoeker tot vertrouwen waardoor de kans op sociaal wenselijke antwoorden afnam en gevoelige onderwerpen makkelijker konden worden besproken (Creswell, 2013).

Bachelorstudenten		Coassistenten	
Derdejaars	 21 jaar 21 jaar 21 jaar 21 jaar	Eerstejaars	 22 jaar 23 jaar 23 jaar
Vierdejaars	 21 jaar 21 jaar 22 jaar	Zesdejaars	 26 jaar
Vijfdejaars	 23 jaar		

Figuur 1: Overzicht respondenten

§3.2 Interviewmethode

De analyse berust op 12 semigestructureerde diepte-interviews, die individueel en face-to-face afgenomen werden (Babbie, 2013). Deze interviewmethode behoudt de mogelijkheid tot doorvragen en het inspelen op emoties. Dit is cruciaal aangezien dit onderzoek erop doelt om de onderliggende gedachten en redeneringen bloot te leggen. Nadelig aan deze interviewmethode is dat er sprake kan zijn van een interviewbias waarbij de aanwezigheid van de onderzoeker leidt tot sociaal wenselijke antwoorden (Creswell, 2013). Om dit nadeel te beperken is een vertrouwelijke omgeving gecreëerd voor respondenten door hen zelf de locatie en datum te laten kiezen. Bovendien werd verteld dat de respondenten konden aangeven dat ze een vraag niet wilden beantwoorden. Tot slot is ervoor gekozen om de interviews individueel af te nemen in plaats van collectief, om de nadelige gevolgen van *censoring* (overheersing door een individu) en *conforming* (het aanpassen aan de dominante mening) te voorkomen (Creswell, 2013).

De interviewvragen zijn gebaseerd op de theorieën van emotionele arbeid en neoliberalisme. Deze theorieën boden handvatten om de *lived experiences* van geneeskundestudenten met burn-outklachten te verduidelijken en interpreteerbaar te maken. Dit is ook gedaan door respondenten te vragen naar concrete voorbeelden. De topiclijst is terug te vinden in bijlage één.

§3.3 Analysemethode

De transcripten zijn structureel geanalyseerd met een coderingssysteem om relaties en patronen in de tekstfragmenten te herkennen (Boeije, 2014). Aan de tekstfragmenten zijn thema's en subthema's toegekend. Nadat de onderzoeker geen nieuwe informatie meer tegenkwam in de interviews, zijn de interviews op basis van het codeerschema gecodeerd. In het codeerproces is rekening gehouden met de stappen van open, axiaal en selectief coderen. Allereerst zijn verkennende codes opgesteld en deze zijn later ondergebracht in thema's en categorieën. Er is enerzijds gebruik gemaakt van interpretatieve (*constructed*) en anderzijds van discriptieve (in-vivo) codes waardoor de theoretische constructen zijn gecombineerd met citaten en bewoordingen van respondenten zelf (Creswell, 2013).

§3.4 Validiteit en betrouwbaarheid

Aan het gebruik van kwalitatieve onderzoeksmethoden kleven beperkingen ten aanzien van de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van de onderzoeksresultaten (Creswell, 2013). Er bestaat namelijk de kans dat de onderzoeksresultaten zijn beïnvloed door toevallige of niet-systematische fouten. Om dit nadeel te beperken is een uitgebreide topiclijst gebruikt bij iedere respondent. Door de onderzoeksmethode op deze manier zoveel mogelijk te standaardiseren, nam de kans op toevallige fouten af (Boeije, 2014). Ook kunnen 'burn-outklachten' door respondenten als emotioneel gevoelig worden beschouwd. De combinatie van een gevoelig onderwerp met face-to-face interviews gaat ten koste van de anonimiteit van respondenten waardoor de kans op sociaal wenselijke antwoorden toeneemt. Dit probleem is gedurende het onderzoek beperkt door een vertrouwensband op te bouwen met de respondenten. Daarnaast leidde het krappe tijdsbestek ertoe dat het aantal respondenten beperkt is waardoor mogelijke patronen zijn misgelopen. Het gebruik van persoonlijke netwerken in de respondentenselectie kan er bovendien voor zorgen dat de groep niet geheel representatief is voor alle studenten. Dit doet afbreuk aan de externe validiteit waardoor er geen algemene uitspraken kunnen worden gedaan naar aanleiding van de bevindingen. Tot slot wordt benadrukt dat er niet volledig kan worden uitgesloten dat op basis van waardenoordelen van de onderzoeker is geoordeeld. De individuele normen, waarden en ervaringen van de onderzoeker kunnen tot een *researcher bias* hebben geleid. Gedurende het onderzoek is op deze bias gereflecteerd om deze te beperken. Zo blijft de betrouwbaarheid zoveel mogelijk gewaarborgd (Creswell, 2013). Met betrekking tot

ethiek en privacy checklist (Bijlage 2) dient te worden benadrukt dat onderzoek is gedaan naar de psychische gesteldheid van respondenten. Dit is nodig om tot betrouwbare onderzoeksresultaten te komen. Respondenten zijn hier voorafgaand aan het onderzoek over geïnformeerd en participeren vrijwillig.

Resultaten

De geïnterviewde studenten ervoeren klachten van stress, distantie (geen interne motivatie), paniekaanvallen, duizeligheid, concentratieproblemen en vermoeidheid. Sociale steun van medestudenten, vrienden en collega's bleek het grootste *bufferingeffect* te hebben op burn-outklachten. Sociale activiteiten (buiten de geneeskundeopleiding) hadden voor alle geïnterviewde studenten een ontspannende werking waardoor burn-outklachten werden tegengegaan. Gedurende de interviews is gebruik gemaakt van attenderende elementen uit de theorie van emotionele arbeid en het neoliberalisme. Naast deze attenderende elementen is ook ruimte gelaten aan respondenten om zelf mogelijke oorzaken van de burn-outproblematiek te beschrijven. De analyse berust op drie hoofdthema's: streven naar perfectie (1), neoliberale aspecten binnen de geneeskundeopleiding (2) en de Rotterdamse context (3).

§4.1 Streven naar perfectie

Allereerst is gebleken dat de neoliberale cultuur door de studenten wordt ervaren. De geïnterviewde studenten benadrukten daarbij vooral het 'harde' karakter van de geneeskundeopleiding.

Jan (bachelorstudent): *"Ik denk als je studenten meer gerust stelt en laat merken dat je meer naar de persoon zelf luistert, dan echt alleen maar dat Amerikaans harde waarbij je allerlei dingen ernaast moet hebben gedaan, dat dat heel veel studenten rust zal brengen"*.

De 'Amerikaanse harde' werkwijze die Jan (bachelorstudent) benoemt wordt door alle geïnterviewde studenten benadrukt. Daarbij benadrukken zij op diverse manieren de neoliberale waarden in de opleiding en hun eigen persoonlijkheid. Sommigen stellen bijvoorbeeld dat de geneeskundeopleiding veel waarde hecht aan individuele prestaties, terwijl anderen het selectieve karakter van de studie benadrukken.

Tirza (bachelorstudent): *"Het is voor hen ook gewoon een selectie. Ze willen de mensen die het goed doen en de mensen die het beter doen dan de rest ... ja, die willen ze gewoon graag opleiden. Als je gewoon net niet goed genoeg bent, dan hebben ze je er liever niet bij. Zo werkt dat gewoon aan het EMC."*

Daarnaast blijkt dat studenten streven naar het 'perfecte plaatje'. Zo stelt José (bachelorstudent) dat zij en haar medestudenten in de opleiding gedreven zijn "om het hoogst haalbare te bereiken". Perfectie wordt hierbij door alle geïnterviewde studenten gelinkt aan hoge cijfers en een goed CV. Ook benadrukken ze allemaal de heersende norm dat 'alleen het halen van de studie niet genoeg is'. Anne (bachelorstudent) stelt zelfs: 'het lijkt alsof je sowieso met een achterstand gaat beginnen als je je studie gewoon normaal netjes afrond'. Sommigen stellen dat dit komt door de persoonlijkheid van de studenten. Anderen benadrukken dat de norm voortkomt uit de opleidingselementen. Volgens hen moeten er veel nevenactiviteiten worden ondernomen om aan het, door de opleiding geschetste, 'perfecte plaatje' te voldoen.

Anne (bachelorstudent): *"(...) die verwachtingen worden ook de hele tijd naar voren gebracht door docenten. Ze zijn allemaal gepromoveerd, ze zijn allemaal hoge piefjes, je hoort van allemaal studenten dat ze al allemaal promotieonderzoeken aan het doen zijn terwijl ze pas in hun eerste of tweede jaar zitten, weet je wel. Dan denk je 'wow, what te fuck', dan denk je dat je dat ook moet doen"*.

Dunja (bachelorstudent): *"Ik denk dat als je perfectionistisch bent, dat je wat vatbaarder kunt zijn en dat ben ik ook een tijdje heel erg geweest (...). Ik denk dat veel mensen dat op geneeskunde hebben omdat je natuurlijk al zo erg je best moet doen om er in te komen. Zo haal je mensen binnen die makkelijk teveel dingen doen. Ook vanuit*

de studie voel je best wel druk dat je naast je studie nog dingen moet doen. Ik heb dat ook wel een beetje”.

Anne en Dunja wijzen erop dat burn-outklachten niet uitsluitend worden veroorzaakt door de opleiding, noch uitsluitend door de persoonlijkheid van studenten. Ze benadrukken daarmee de neoliberale cultuur die leidt tot competitie (McRobbie, 2015). De studenten benoemen een competitiecultuur waarin ze elkaar proberen te overtreffen en de lat voor het halen van ‘perfectie’ steeds hoger komt te liggen. Tirza (bachelorstudent) spreekt zelfs van een cultuur waarin ‘*het is nooit genoeg*’ is doordat ‘*er altijd mensen zijn die beter presteren*’. Dit leidt volgens hen op diverse manieren tot burn-outklachten als stress en onzekerheid. Sommigen stellen dat de nevenactiviteiten en continue prestatiedruk ertoe leiden dat ze burn-outklachten ervaren doordat zij ‘overwerkt’ raken.

Pieter (bachelorstudent): *“Het was van ‘ik doe geneeskunde en ik moet daarvoor alles opzij zetten om hier excellent in te zijn’, dus dan doen we dat maar. Ik denk dat ik mezelf op heel veel punten voorbij ben gelopen en zelf helemaal geen inzicht meer had in wat voor mij het beste was op dat moment”.*

Meike (coassistent): *“In jaar drie van de bachelor had ik het echt zo druk. Ik had lastige tentamens, verslagen en praktijktoetsen, en toen was ik daarnaast ook nog bezig met een onderzoek en een baantje. Dat leverde echt veel stres op. Als ik niet al die dingen ernaast had gehad was het echt veel relaxter geweest. Het is wel iets wat dan vanuit je medestudenten wordt opgejut en daardoor heb je echt veel minder tijd voor ontspanning”.*

Anderen benoemen juist dat ze zich bij de competitie hebben “*neergelegd*” en er bewust voor hebben gekozen om er niet aan te deelnemen. Toch worden ook zij beïnvloed door de competitiecultuur.

Anne (bachelorstudent): *“Ik heb me er dus bij neergelegd maar echt veel studenten doen dat wel, dat vergelijken met anderen. Ik denk dat ik dat trouwens onbewust ook wel doe maar ik doe er niks mee. Ik vergelijk wel maar ik doe er niks mee maar ik denk wel dat iedereen dat doet ja”.*

Michael (bachelorstudent): *“Ik heb zelf niet heel veel gedaan maar ik ben nu wel bezig met een onderzoekje. Ik wil wel aan het einde van mijn bachelor kunnen aantonen dat ik dingen voor mijn CV heb gedaan. Ik merk bij mezelf ook dat dat wel een beetje komt omdat andere mensen dat ook doen omdat ik toch wel merk dat ik daardoor druk voel”.*

Anne en Michael benoemen dat zij bewust niet actief deelnemen aan de competitiecultuur maar er toch in meegenomen worden. Aangezien ‘*hoge cijfers*’ en een ‘*goed CV*’ perfectie representeren, ontstaat bij hen faalangst, die leidt tot onzekerheid en stress.

Joppe (bachelorstudent): *“Dan krijg je wel een beetje survival of the fittest, waarbij de sterksten het allemaal halen en anderen heel veel druk ervaren van ‘shit, die kan het wel’. De één is gewoon wat slimmer dan de ander en die kan het wel combineren, en jij gewoon niet”.*

Tirza (bachelorstudent): *“Je bent altijd aan het vergelijken van ‘doe ik wel genoeg?’ en ‘oh, die heeft er nu weer een nieuw onderzoek bij, moet ik niet ook wat gaan doen?’ of ‘shit, hij werkt bij twee banen en ik maar bij één, moet ik dat niet ook doen?”.*

Volgens Prinsen (2011) start het behandelingsproces van faalangst bij het bespreekbaar maken van de problematiek. Zo komt men achter de kern van het probleem en kan gezocht worden naar passende oplossingen. Toch benoemt het merendeel van de respondenten dat burn-outklachten niet bespreekbaar zijn. Hierdoor wordt het probleem niet erkend en kunnen de klachten opstapelen.

Jan (bachelorstudent): *“Op een of andere manier is het ook een soort taboe om het te hebben over stress, of als het niet lukt. Ik kan me herinneren dat je in de bieb zit te studeren, dat je gewoon mensen in tranen ziet uitbarsten. Die zitten gewoon te huilen in de bieb en dan is het heel lullig maar dan denk ik ook gewoon van ‘oh die heeft stress voor de studie’ en dan ga je gewoon weer door”.*

Samengevat laat deze analyse zien dat de respondenten op verschillende manieren het neoliberale karakter van de opleiding benadrukken. Zij benoemen daarbij, overeenkomstig met McRobbie (2015), het streven naar perfectie, de norm van zelfregulatie en de cultuur van competitie. Dit neoliberale karakter wordt niet uitsluitend door de studenten zelf veroorzaakt, noch uitsluitend door de opleidingscurricula. Dit zien we terug in de diverse oorzaken die de geïnterviewde studenten voor de sfeer in de opleiding aandragen. Dit duidt erop dat de opleiding is ingebed in een bredere neoliberale context die wordt gereflecteerd in zowel de persoonlijkheden van studenten als de opleidingselementen.

§4.2 Neoliberale elementen in de geneeskundeopleiding

De neoliberale cultuur uit zich nadrukkelijk in de opleidingselementen, waaronder de decentrale selectie. In de onderwijsbrochure staat dat decentraal wordt geselecteerd om studenten te vinden die bij de opleiding passen (onderwijsbrochure, 2019). Dit leidt er volgens de respondenten toe dat geselecteerd wordt op studenten met geïnternaliseerde neoliberale waarden. Dit komt ook terug in de eenduidige definitie die de geïnterviewde studenten toekennen aan hun medestudenten. Ze beschrijven hun medestudenten allemaal als *“prestatiegericht”, “streberig”, “perfectionistisch”* en *“competitief”*.

Pieter (bachelorstudent): *“Je doet al een voorselectie met een decentrale selectie, waardoor je een soort van de compleet gestoorde scholieren van de middelbare school vangt, want zij zeggen dat zij al dat werk willen doen. De voorselectie begint daar al. Dan heb je al een groep super gemotiveerde studenten, die het streberige al in zich hebben en die ga je eigenlijk alleen maar meer stof geven om nog competitiever te worden”.*

Jan (bachelorstudent): *“Uh, ik denk dat je sowieso de decentrale selectie er duizend procent bij in moet nemen, want dat is echt moordend, de stress die je dan ervaart. (...). Als je dus een grote kans wilt maken bij je decentrale selectie, die begint niet in de zesde als je het goed wil doen. Als je een plekje wil krijgen voor geneeskunde dan heb je het over derde klas cijfers. Het begint niet in de zesde van ‘goh wat zou ik eens doen na mijn eindexamen’, nee, als je je goed wilt voorbereiden op je decentrale selectie, dan ben je daar al sinds de derde klas mee bezig. Dat vind ik zo ontzettend vroeg”.*

Pieter en Jan beschrijven hoe er in de decentrale selectie wordt geselecteerd op studenten die uitblinken. De decentrale selectie leidt er dus toe dat de neoliberale cultuur allereerst wordt gereflecteerd in de persoonlijkheden van de studenten zelf. Deze selectie wordt gevolgd door de keuze voor specialismen. De studenten benoemen allemaal dat in de opleiding wordt benadrukt dat het moeilijk is om bij een specialisme binnen te komen. Hierdoor wordt de norm van zelfregulatie, waarbij studenten zichzelf moeten onderscheiden van de anderen, een voorwaarde succes. Alleen door zich al vroeg in de opleiding te onderscheiden, kunnen studenten binnen komen bij het gewenste specialisme.

Dunja (bachelorstudent): *“Dan wil je graag in opleiding komen tot specialist en vooral bij populairdere specialismen is het gewoon moeilijk om binnen te komen. Als je dat graag wil dan moet je je wel echt onderscheiden van de rest want anders maak je geen schijn van kans zeg maar, dus ik denk dat vooral daar iedereen heel erg mee bezig is dat je gewoon een goeie plek kan krijgen”.*

Joppe (bachelorstudent): *“Wanneer je bijvoorbeeld thoraxchirurg wil worden, ja, daar is één opleidingsplek in de twee jaar. Dan gaat iemand zelf natuurlijk ook wel denken van ‘shit, als er iemand anders is die dit en dat heeft gedaan, dan moet ik dat ook gaan doen’, want anders kiezen ze voor die ander”.*

Uit de citaten blijkt dat zowel de decentrale selectie als selectie voor specialismen de norm van zelfregulatie versterken. Naast de decentrale selectie en keuze voor specialismen, zijn er volgens de studenten ook elementen in de studie zelf die (het risico op) burn-outklachten versterken. Daarbij worden door coassistenten en bachelorstudenten verschillende elementen benoemt. Een overzicht van alle elementen wordt gegeven in onderstaand tabel.

Bacheloropleiding	Coschappen
Decentrale selectie (en toelatingseisen)	Hiërarchie
Academische doelstellingen	Academische doelstellingen
Keuze voor specialismen	Professionalisme
Individuele werkwijze	Flexibiliteit
Geneeskundige nevenactiviteiten	
Communicatie	
Sociale cohesie	

§4.2.1 Neoliberale elementen in de bacheloropleiding

De geïnterviewde studenten benoemen op verschillende manieren faalangst die voortvloeit uit angst om status te verlagen.

Tirza (bachelorstudent): *“Mensen hebben een eer die ze aan zichzelf willen houden en zolang ze het probleem zelf niet erkennen, bestaat het ook niet”.*

De ‘eer’ die Tirza beschrijft is het resultaat van faalangst en het niet bespreekbaar maken van klachten. Dit komt volgens de studenten door de prestatiedruk die vanuit de opleiding wordt aangewakkerd.

Pieter (bachelorstudent): *“Ik denk niet dat dat bespreekbaar werd gemaakt omdat er continu maar weer aangegeven werd dat je ervoor moest zorgen dat je op een afdeling bekend raakt. Het ene symposium na het andere werd georganiseerd over hoe je in opleiding komt en om de maand was er bijna wel speeddaten met specialisten ofzo. Allemaal van dat soort ongein om maar carrière technisch bezig te zijn. Ik denk dat het als net beginnende bachelor student heel lastig is om dat een beetje te kunnen filteren en in te kunnen zien waar dat dan een beetje stopt en wat nou echt noodzakelijk is en wat niet”.*

Anne (bachelorstudent): *“Ze willen dat je jezelf al heel erg ontwikkelt naast de normale opleiding. Daar wordt ook heel veel druk op gelegd”.*

Uit de citaten van Pieter en Anne blijkt dat de neoliberale cultuur ook wordt gereflecteerd in de opleidingselementen. Al op de voorpagina van de onderwijsbrochure geneeskunde (2019) wordt benoemd dat de opleiding studenten zoekt *“die méér willen dan alleen een goede opleiding van topdocenten”*. Hiermee wordt bedoeld dat ze studenten zoeken die zichzelf blijven uitdagen en niet stoppen als het college is afgelopen. Het gaat om studenten die gericht zijn op

academische vorming en het verbreden van kennis, ook buiten het reguliere opleidingstraject om. Alleen deze studenten “worden later de beste artsen: de ErasmusArts” (onderwijsbrochure, 2019). Er heerst dus de norm dat studenten continu moeten presteren en uitblinken om succesvol de studie te doorlopen. Deze norm is door de geïnterviewde studenten zó geïnternaliseerd, dat het voor hen een lastig proces is om er vanaf te komen.

Pieter: *“In die periode was het ook wel psychisch heel zwaar. Ik denk ook wel met de hulp van een psycholoog, dat ik daar wat meer ruimte in heb kunnen vinden. Dat heeft echt wel een half jaar tot een jaar geduurd om daar een beetje vanaf te kunnen stappen en ook zelf in te kunnen zien dat het echt wat fijner is om daar iets rustiger in te staan en iets meer ruimte aan jezelf te geven, dan, uh, dan daar zo op vast te klemmen. Dus ik denk wel dat dat echt een proces is geweest”.*

De geïnterviewde studenten dragen verschillende manieren aan waarop de opleiding de norm van ‘zelfstandigheid’ benadrukt en het streven naar ‘het hoogst haalbare’ stimuleert. Allereerst benoemen alle respondenten dat zij de academische doelstellingen als ‘onrealistisch hoog’ beschouwen. Het is volgens hen onmogelijk om alle feitelijke leerstof te beheersen.

Anne (bachelorstudent): *“Iedereen op geneeskunde is echt perfectionistisch, iedereen wil het altijd precies goed doen waar ik denk ik ook onder val. En dan heb je gewoon zoveel stof, dat je er eigenlijk bij neer moet leggen dat je gewoon niet alle stof kan doornemen. Maar ik wil dan wel altijd alles doornemen zeg maar, dus dat doet niemand. Daardoor ga je dus stress ervaren omdat je voor het tentamen nooit alles weet wat je zou willen en zo heb je dus steeds meer stress zeg maar voor het tentamen”.*

Tirza (bachelorstudent): *“Ja, je moet echt heel veel uit je hoofd weten en soms ook echt rare dingen zoals percentages ofzo. Dat zijn dan dingen die huisartsen of specialisten gewoon op internet opzoeken waarvan ik dan echt denk van nouja, zou mij een worst wezen, dat zoek ik later wel op”.*

Bovendien wordt er van geneeskundestudenten verwacht dat zij individueel presteren en zelfstandig werken. Volgens Verhaege (2012) is dit een uiting van de (in zijn ogen) ‘neoliberale waanzin’ waarbij winst boven kwaliteit komt te staan, en individuele prestaties tegenover samenwerking. Dit komt ook terug in de interviews. Het merendeel van de geïnterviewde studenten typeert de geneeskundeopleiding namelijk als een systeem waarin individuele prestaties méér worden gewaardeerd dan samenwerkingen.

José (bachelorstudent): *“Er wordt vaak gezegd dat je het voor jezelf moet doen. Er ligt best veel focus op dat je het zelf moet doen en zelf moet weten. Ik heb weleens bij een college gezeten en dat mensen dan bij elkaar zaten en aan het overleggen waren over de stof. Dan zei de docent van, ‘ja, tijdens je tentamen kun je ook niet overleggen, dus bedenk gewoon zelf wat het antwoord is”.*

Pieter (bachelorstudent): *“Er zouden nooit aantekeningen gedeeld worden. Als jij ergens een keer niet was? Dan zoek je het zelf maar uit want als ik mijn aantekeningen met jou ga delen dan kan het maar net zo zijn dat jij opeens hoger scoort op het tentamen dan mijn cijfer. En dat, ja, dat merkte je echt bij iedereen”.*

Uit bovenstaande citaten blijkt dat de communicatie vanuit de opleiding en de nadruk op zelfstandigheid leiden tot een ‘zelfgeoriënteerde’ sfeer waarbij studenten gericht zijn op het behalen van individuele prestaties ten koste van samenwerking. Deze zelfgeoriënteerde cultuur gaat volgens Verhaege (2012) samen met onbeperkte keuzemogelijkheden en grote prestatiedruk. De nadruk komt daarbij te liggen op feitelijke kennis en individuele prestaties. Dit leidt tot burn-outklachten omdat het op gespannen voet staat met passie en creativiteit. Dit komt ook terug in de interviews. De geïnterviewde studenten ontlenen hun succes veelal aan de

hoeveelheid nevenactiviteiten op hun CV en niet aan hetgeen waar zij plezier van ondervinden. Zo zegt Pieter (bachelorstudent) het volgende over zijn researchmaster: *“Ja het was wel dat je lange dagen maakte, het was niet dat het echt leuk was. Sociale aangelegenheden zijn dan wel de eerste dingen die een beetje wegvallen”*. De studenten prioriteren deze activiteiten omdat het neoliberale denkbeeld in de opleiding de studenten deze richting op ‘duwt’. De nadruk op professionele ontwikkeling naast de reguliere geneeskundeopleiding, leidt er volgens de studenten toe dat alleen geneeskundige activiteiten in het ‘perfecte plaatje’ passen. Dit ‘perfecte plaatje’ wordt zowel door de studenten als de opleiding zelf benadrukt. Zo krijgt José (bachelorstudent) regelmatig van medestudenten te horen *“dat ze teveel bezig is met Laurentius (Rotterdamse studentenvereniging) en het daardoor niet gaat redden om in opleiding of een specialisme te komen”*. Ook ervaren zij dat de opleiding geen ruimte biedt voor extra-curriculaire activiteiten buiten de geneeskunde.

José (bachelorstudent): *“.. omdat je alleen uitzonderingen krijgt voor geneeskunde gerelateerde bestuursjaren of projecten of commissies. Zolang het niet met geneeskunde te maken heeft doen ze er eigenlijk niks mee. Dus, ja, ze stimuleren wel om dingen te doen binnen geneeskunde maar daar buiten eigenlijk niet”*.

Pieter (bachelorstudent): *“Je wordt zo gericht op alleen geneeskunde, dat je op een gegeven moment bij jezelf denkt dat het ook helemaal niet meer nuttig is om er dingen naast te doen wat niet binnen geneeskunde valt. Eigen hobby’s, eigen dingen om er naast te doen .. het zijn voor mij wel de eerste dingen die een beetje wegvallen omdat je denk dat je alleen maar met geneeskunde bezig moet zijn”*.

Jan (bachelorstudent): *“Ik denk dat het de opleiding echt goed kan doen, door ook te zeggen van ‘goh, als jij leuke dingen naast je studie gaat doen en je gaat je tijdens de coschappen oriënteren’, dat ze dan meer benadrukken dat dingen doen die je leuk vindt ook belangrijk is. Dat ze daar veel meer mensen mee kunnen helpen want het gros van de studenten wordt geen thoraxchirurg maar gewoon huisarts of bedrijfsarts”*.

José, Pieter en Jan beschrijven hier de manier waarop het meritocratisch denken in de geneeskundeopleiding op gespannen voet staat met ‘passie’, ofwel dingen die de studenten ‘leuk’ vinden om te doen. Dit leidt ertoe dat succes binnen de opleiding alleen wordt bepaald door de individuele geneeskundige bekwaamheid van de studenten. Geneeskundige nevenactiviteiten en onrealistische academische doelstellingen zijn echter niet de enige opleidingselementen die burn-outklachten veroorzaken. Er is een aspect dat de impact van deze elementen op burn-outklachten verder versterkt, en dat is het de geïsoleerde omgeving van het *medisch centrum*. Het afgezonderde medisch centrum wordt door veel studenten als ‘bubbel’ gezien. Tirza (bachelorstudent) en Anne (bachelorstudent) spraken zelfs van een ‘sekte’ en Pieter (bachelorstudent) noemde het een ‘eigen eilandje’. Dit versterkt het neoliberale denken aangezien hierdoor niet in contact gekomen wordt met andere denkbeelden.

Pieter (bachelorstudent): *“Je zit daardoor natuurlijk wel heel erg op je eigen eilandje, uh, en dat merk je gewoon wel. Ik moet heel eerlijk zeggen dat al mijn contacten in de bachelor eigenlijk alleen maar uit geneeskundestudenten of sporadisch wat mensen die ik dan nog kende van de middelbare school, die dan wat anders deden. Dat was wel minimaal maar eigenlijk mijn hele leven bestond wel uit geneeskunde”*.

Tirza (bachelorstudent): *“Geneeskunde is wel gewoon een bubbel waar je in leeft. Iedereen doet hetzelfde, families doen hetzelfde, het is wel gewoon een soort sekte waar je in leeft. Een hele kleine wereld, dus om er af en toe aan te kunnen ontsnappen vond ik het ook wel echt fijn om een keer mensen te ontmoeten die wat anders deden in hun eigen leven. Laurentius heeft mij geholpen om ook andere point*

of views te zien. Ook om te zien dat mensen gewoon langer deden over hun studie en niet meer elk jaar 60 punten wilden halen. Het was gewoon allemaal veel relaxter en dat heeft mij echt heel veel rust gebracht en een kijk op hoe het ook kan”.

Pieter en Tirza beschrijven hier de rol van het medisch centrum in het versterken van het neoliberale denken binnen de opleiding. Doordat studenten niet in aanraking komen met andere denkbeelden, wordt het liberaal denken genormaliseerd in de opleiding maar ook vooral bij studenten zelf. Dit leidt tot een individualistische sfeer waarin de opleiding een soort ‘kneedmachine’ wordt om gelijksoortige artsen te vormen (Verhaege, 2012). Daarbij heerst de norm dat studenten de vrijheid hebben om zichzelf te ontplooien met een veelheid aan extra-curriculaire geneeskunde activiteiten. Aangezien deze norm op gespannen voet staat met passie en creativiteit, leidt dit tot een onderlinge concurrentie waarbij iedere geneeskundestudent streeft naar hetzelfde ‘perfecte plaatje’. Hierdoor is het lastig om uniek te zijn. Dit wordt goed samengevat door José (bachelorstudent): *“iedereen doet nu een beetje hetzelfde ernaast dus dan doe je uiteindelijk allemaal nog steeds hetzelfde”.*

§4.2.2 Neoliberale elementen in de coschappen

De geïnterviewde coassistenten benadrukken, net als de bachelorstudenten, dat zij een hoge werk- en prestatiedruk ervaren. Volgens Meike (coassistent) *“ga je gewoon echt in een sneltrein overal maar doorheen, en dat levert wel echt stress op”.* Daarbij leidt de werkdruk, in tegenstelling tot de bacheloropleiding, wel tot meer sociale druk aangezien de geïnterviewde coassistenten vaker “nee” moeten zeggen tegen sociale activiteiten.

Iris (coassistent): *“Je geneeskundevrienden hebben dat allemaal ook dus daar is het heel normaal, maar andere mensen niet. Ik kon niet altijd naar elk feestje doordeweeks als je weer om half 7 uit je nest moest. Dat ging eerst wel in je bachelor, dat kon je veel meer doen. Dat was wel wennen”.*

De sociale druk is niet het enige aspect waarop de coschappen van de bacheloropleiding verschillen. Waar het neoliberale denkbeeld in de bacheloropleiding leidt tot onderlinge competitie, wordt dit in de coschappen veel minder ervaren. Vrijwel alle geïnterviewde coassistenten benoemen dat ze juist een band creëerden met de andere coassistenten omdat ze *‘in hetzelfde schuitje zaten’.*

Meike (coassistent): *“Nou, ik vond dat tijdens je bachelor wel echt meer. Ik vind dat nu wel echt een stuk minder. Iedereen gaat ook wel gewoon een beetje zijn eigen weg op en iedereen is gewoon een beetje voor zichzelf bezig en, uh, ik voelde vooral tijdens de bachelor die competitie wel vooral, ja”.*

Jeroen (coassistent): *“Het was ook weer zo dat we elkaar ook wel gunden op bepaalde momenten. (...) wanneer we er met z'n tweeën stonden en ze hadden iemand extra nodig dan was het wel van ‘jij vindt het interessant, ga jij maar’”.*

Friso (coassistent): *“Je staat er niet alleen voor en ik denk dat iedereen zich daar ook wel bewust van is. We zijn allemaal open, we zijn allemaal student dus we zitten in hetzelfde schuitje, dus je kunt wel op elkaar rekenen ja”.*

Uit de citaten van Meike, Friso en Jeroen blijkt dat er binnen de coschappen dus een andere sfeer hangt dan binnen de bacheloropleiding. Dit betekent echter niet dat de neoliberale cultuur niet in de coschappen wordt gereflecteerd. Ook hier benoemden de geïnterviewde coassistenten diverse neoliberale elementen die het risico op burn-outklachten volgens hen versterken. Zo benoemen zij allemaal de sterke aanwezigheid van hiërarchie in het ziekenhuis, waarbij zijzelf onderaan de ladder staan.

Friso (coassistent): *“Dat die hiërarchie echt nog hangt in het ziekenhuis. Je hebt natuurlijk de arts en dan krijg je daaronder de arts in opleiding en dan onderaan staat ergens de coassistent. Ik denk dat die hiërarchie er wel een beetje voor zorgt dat niet iedereen zijn zegje durft te doen. Je gaat niet tegen de arts zeggen van ‘dat is fout’”.*

Meike (coassistent): *“Ja, er is toch een soort hiërarchie. Als coassistent begin je toch wel heel erg onderaan de ladder. De arts-assistenten die staan dan hoger en de medisch specialisten staan nog hoger. Soms merk je dat toch wel heel erg als je in het ziekenhuis bent, dat mensen uit de hoogte doen en zo, ja, daar zou ik het gewoon niet zo snel mee delen. Dan denk ik snel van ‘nouja, laat maar’”.*

Volgens Verhaege (2011) is hiërarchie het resultaat van individualisme en zelfregulatie. Winnaars komen snel aan de top, waardoor zij de macht krijgen om de lat voor succes te bepalen. Dit vormt een hiërarchie omdat alleen de winnaars deze nieuwe lat kunnen behalen, waardoor zij altijd aan de top zullen blijven. Zo werkt hiërarchie zelfbevestigend omdat het iedereen op zijn of haar plek houdt. De individualistische sfeer binnen het ziekenhuis wordt ook in de interviews bevestigd.

Iris (coassistent): *“Ja, dat onpersoonlijke vind ik wel een groot aandeel spelen. Terwijl je bent wel bezig en het is wel fijn als je af en toe waardering krijgt daarvoor. En dan ook gewoon zeggen van ‘joh, hoe gaat het met jou?’ of ‘lukt het?’ of ‘goed gedaan’, in plaats van ‘kan de coassistent even dit of dat?’”.*

Iris benoemt hier de norm van zelfregulatie en individuele prestaties in de coschappen. ‘Je presteert voor jezelf en voor niemand anders’, is wat uit haar citaat naar voren komt. Dit leidt ertoe dat waardering en respect de ondertoon voeren, terwijl juist in onderzoek is bewezen dat deze elementen burn-outklachten beperken (Vanheule et al., 2003). Coassistenten die goed presteren zijn daar zelf verantwoordelijk voor, coassistenten die falen ook. Dit veroorzaakt faalangst aangezien mislukking niet meer kan worden bepaald door externe factoren. De faalangst zorgt ervoor dat studenten de klachten moeilijk vinden om te uiten. Bovendien belemmert de faalangst coassistenten bij testmomenten. Deze testmomenten nemen een prominente plaats in binnen de coschappen.

Iris (coassistent): *“Nee ik durfde dat niet te zeggen in het begin. Ik hield dan gewoon m'n mond. Als er vragen werden gesteld dan dacht ik ‘ik zeg wel niks’, want dan is het sowieso niet fout. Nu is dat wel anders maar toen was ik wel bang om het fout te doen. Dat zorgt wel voor veel spanning, dat je altijd een vraag kon krijgen. En dat je ook wel werd aangekeken als je het niet wist. Tenminste dat idee had ik altijd”.*

Iris benoemt de manier waarop de norm van zelfregulatie binnen de coschappen leidt tot een omgeving waarin coassistenten bang zijn om fouten te maken. Deze norm wordt benadrukt door de opleiding zelf.

Meike (coassistent): *“Er worden wel vaak van die opmerkingen gemaakt van ‘ja, als coassistent moet je dit echt kunnen’ en ‘als coassistent moet je dit echt weten’. Dus ja, in de voorbereidingen op de coschappen word je soms wel echt zenuwachtig gemaakt door de opmerkingen die artsen soms kunnen maken. Dus voor een deel komt het denk ik ook wel door de opleiding. Er wordt vanuit de opleiding wel heel erg benadrukt dat het belangrijk is dat je de kennis paraat had”.*

Ook blijkt uit de interviews dat de theorie van emotionele belasting nauwelijks door de geïnterviewde coassistenten werd bevestigd. Hoewel zij allen (op verschillende manieren) benadrukken dat de zorgsector een sector is van emotionele arbeid, veroorzaakt dit bij hen geen burn-outklachten. Zij zien de praktijksituaties eerder als ‘interessant’ en Jeroen (coassistent) sprak zelfs van een “kick”.

Jeroen (coassistent): *“Ja, het kwam echt wel binnen maar het gaf me wel een kick ja. Uiteindelijk heb ik het dan een keer gezien en dan ben ik er wel beter in om mee om te gaan”.*

Meike (coassistent): *“Ja, ik heb daar toen nog wel over nagedacht. Het is toch wel iets heftigs waar je dan gewoon bij bent. Maar omdat de begeleiding ook goed was heb ik het toen wel van me af kunnen zetten zeg maar. Het is niet dat ik thuis nog helemaal daarmee heb rondgelopen”.*

Iris (coassistent): *“Ik had er niet heel veel last van. Ik had denk ik meer stress door presentaties en of ik het allemaal wel goed deed dan heftige momenten”.*

De voorbeelden van Jeroen, Meike en Iris stroken nadrukkelijk niet met het idee van emotionele belasting, waarbij het vervormen van emoties leidt tot burn-outklachten (Hochschild, 1983). Wat volgens hen wel meespeelt is dat de coschappen plaatsvinden in verschillende omgevingen. Volgens Verhaege (2011) is deze flexibiliteit een weerspiegeling van de neoliberale cultuur. Dit versterkt het individualisme aangezien coassistenten zich geen onderdeel meer voelen van één organisatie of instelling, waardoor zij puur gericht zijn op het behalen van individuele successen.

Iris (coassistent): *“Het kost heel veel energie om de hele tijd te wisselen van plek. Dan ga je weer naar een nieuwe plek, moet je weer met de trein, alles is weer nieuw, de mensen zijn nieuw. Alle nieuwe indrukken kosten ook heel veel energie. Dat merkte ik altijd heel erg. Je moet al die mensen weer een beetje af van “oh wat moet ik hier doen?”, “hoe moet ik me hier gedragen?”. Ik denk dat dat ook wel veel energie kost”.*

Jeroen (coassistent): *“Toen kwam ik in mijn coschap chirurgie en toen heb ik dus, ja, toen heb ik feedback gekregen van ‘je stelt goede vragen’ en ‘je laat je horen’, dat heb ik weer toegepast in een ander ziekenhuis en daar werd het dan weer niet goed opgepakt. Toen kreeg ik te horen ‘het werkt niet efficiënt’ en ‘je moet weten wanneer je je mond moet opentrekken’ en ‘je moet je plek kennen”.*

Zowel de elementen uit de bacheloropleiding als de coschappen zijn een reflectie van de bredere neoliberale cultuur waarin beide opleidingstrajecten zijn ingebed. Toch uit de cultuur zich op verschillende manieren in de bacheloropleiding en de coschappen. Waar de geïnterviewde bachelorstudenten voornamelijk de competitieve sfeer benadrukken, uit de cultuur zich volgens de coassistenten in het niet durven maken van fouten. Toch is in beide opleidingstrajecten sprake van een sterk heersende norm van zelfregulatie waarbij de verantwoordelijkheid voor succes en falen, geheel bij de studenten zelf komt te liggen. Deze norm wordt versterkt door elementen uit de opleiding, zoals prestatiedruk, flexibiliteit, hiërarchie en individuele werkwijzen. Deze elementen vergroten het risico op burn-outklachten.

§4.3 Rotterdamse context

Hoewel in dit onderzoek geen vergelijking heeft plaatsgevonden tussen de Rotterdamse geneeskundeopleiding en opleidingen elders, benadrukten de respondenten op bepaalde momenten wel dat de Rotterdamse context invloed heeft op hun ervaringen. De studenten geven op verschillende manieren aan dat de Rotterdamse ‘niet lullen maar poetsen’ mentaliteit kan zorgen voor burn-outklachten.

José (bachelorstudent): *“Voor mij persoonlijk was het een hele erge drempel om naar de studieadviseur te gaan bijvoorbeeld. Dat is het lul gedeelte en dat is nou precies wat we niet doen”.*

Jan (bachelorstudent): *‘Ik denk dat Rotterdam toch wel graag meer van de studenten vraagt dan zeg maar het minimum. Iedereen heeft maar 24 uur per dag dus dat gaat dan wel vaak ten koste van iemands leven, iemands andere vrije tijd.*

Uh, zeker een maatje van mij zit bij de VU, ook in zijn derde jaar, nou, wat ze daar doen is wel echt een stuk minder dan wat hier in Rotterdam gebeurt”.

Uit de citaten van Jan en José blijkt dat de Rotterdamse mentaliteit er enerzijds toe leidt dat het uiten van klachten als ‘drempel’ wordt gezien, terwijl anderzijds veel nadruk ligt op individuele prestaties. Deze combinatie veroorzaakt stress bij studenten omdat hun problemen op deze manier niet worden erkend, terwijl dit volgens Prinsen (2011) juist de eerste stap is naar een oplossing.

Pieter (bachelorstudent): *“Nee, nee, het werd zeker niet bespreekbaar gemaakt. Ik denk dat echt totaal niet. (...). Ik heb het idee dat het niet echt werd onderkend zeg maar. Ik denk niet dat daar ook echt op ingespeeld werd en dat dat bespreekbaar werd gemaakt omdat er continu maar weer aangegeven werd dat je extra-curriculaire activiteiten moest ondernemen”.*

Wat Pieter aangeeft wordt ook bevestigd door de veranderingen in het onderwijscurriculum. Zo heeft de geneeskundefaculteit er in 2018 voor gekozen om het bindend studieadvies van 60 punten in het eerste jaar, te verlagen naar 45 punten (onderwijsbrochure, 2019). Toch benadrukken de geïnterviewde studenten dat ze hun bachelor nominaal willen halen.

Anne (bachelorstudent): *“Nou wat ik ook ervaar, in Rotterdam in het algemeen, is dat nominaal = normaal. Ondanks dat dat bij ons naar 45 is verlaagd, is het nog steeds voor mij nominaal = normaal, snap je? Zo sta ik erin. Ik zou ook nooit een punt niet willen halen. Dat zit wel echt in mijn hoofd ondanks dat wij een 45 puntensysteem hebben. Dat heerst gewoon echt heel erg in Rotterdam denk ik”.*

Michael (bachelorstudent): *“Ik was het eerste jaar waarbij de BSA is veranderd in 45 punten. Je hoort bij andere studies weleens dat ze even vier jaar over hun bachelor gaan doen, dat is bij Rotterdam wel echt veel minder normaal. Wat dat betreft is wel je bachelor in drie jaar halen echt heel normaal en dat vind ik persoonlijk, uh, echt wel een flinke uitdaging”.*

Michael en Anne benoemen hier de diepgewortelde Rotterdamse norm van ‘nominaal is normaal’. Hoewel het curriculum is aangepast, is het volgens hen nog steeds normaal om je bachelor nominaal te halen. Dit versterkt de prestatiedruk en verhoogt het risico op burn-outklachten. Vanwege de norm van zelfregulatie, komt de verantwoordelijkheid voor het nominaal afronden van de bachelor bovendien volledig bij de studenten zelf te liggen. De studenten benoemen dat het niet nominaal halen van de bachelor daardoor voelt als ‘persoonlijk falen’. Dit was onder andere het geval bij Jan.

Jan (bachelorstudent): *“Er hangt best wel soms sociale druk achter. Als je dan iets niet haalt of als je dan zegt ‘het was teveel voor mij, ik moet het opnieuw proberen’, ja, dat doet wel wat met je trots. Dat is niet leuk, daar heb ik me wel heel lang heel kut over gevoeld”.*

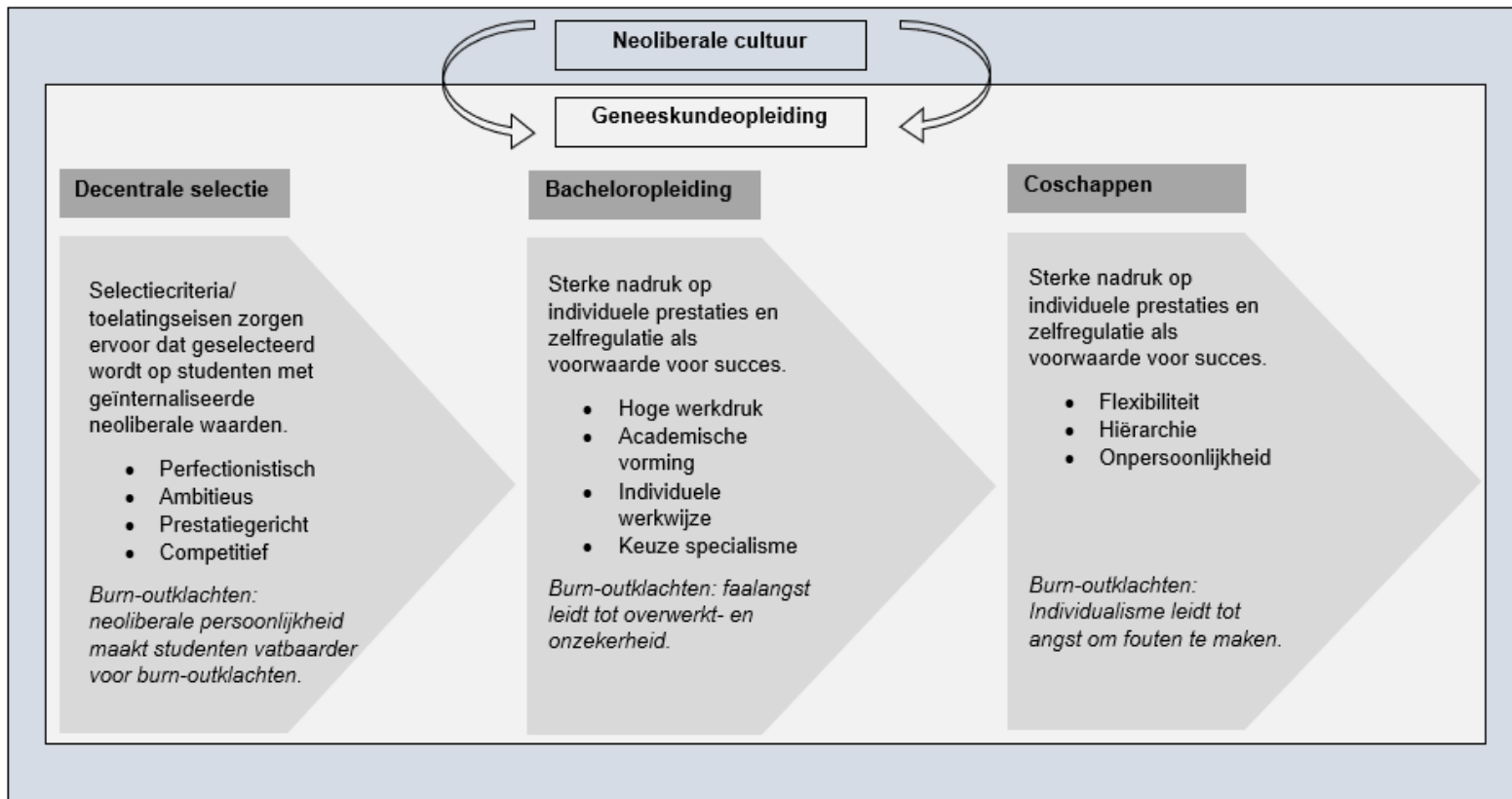
Uit bovenstaande bevindingen blijkt dat de Rotterdamse mentaliteit van ‘niet lullen maar poetsen’ en ‘nominaal is normaal’, een versterkend effect hebben op burn-outklachten. Dit komt omdat een hoge prestatiedruk, vanuit de N=N norm, wordt gecombineerd met het onbespreekbaar maken van klachten. De combinatie leidt tot stress en burn-outklachten (Berg et al., 2004).

Conclusie en discussie

In deze masterscriptie is getracht antwoord te geven op de vraag *'hoe kunnen we het hoge aantal burn-outklachten begrijpen vanuit het perspectief van geneeskundestudenten zelf?'.* Deze vraag is in de wetenschap slechts beantwoord middels kwantitatieve methoden waardoor de essentie van burn-outklachten als *lived experience* verloren gaat. In dit onderzoek is daarom door middel van diepte-interviews onderzocht hoe burn-outklachten door studenten zelf worden beleefd. Hieruit is gebleken van burn-outklachten het best kunnen worden begrepen vanuit de cultuur waarin de geneeskundeopleiding is ingebed. De geïnterviewde studenten en coassistenten benoemden enerzijds de neoliberale elementen in de opleiding. Anderzijds benoemden ze de neoliberale waarden in hun persoonlijkheid. Dit duidt erop dat burn-outklachten niet enkel kunnen worden begrepen vanuit de persoonlijkheid, noch vanuit de opleidingscurricula. Er dient te worden gekeken naar de bredere cultuur waarin de opleiding is ingebed: het neoliberalisme. Deze cultuur wordt gekenmerkt door een sterke focus op individuele prestaties en zelfregulatie. Presteren is daarbij een persoonlijk verantwoordelijkheid, falen een persoonlijke fout (McRobbie, 2015, Verhaege, 2011). De neoliberale cultuur creëert een individualistische sfeer binnen de opleiding, waarbij geneeskundestudenten continu bezig zijn met het meten van hun individuele status. In tegenstelling tot andere opleidingen, bevinden zich in de geneeskundeopleiding meer neoliberale elementen. Deze elementen zorgen ervoor dat de neoliberale cultuur specifiek binnen de geneeskundeopleiding wordt gereflecteerd en versterkt. Al in de decentrale selectie wordt geselecteerd op studenten 'die meer willen dan alleen studeren' (onderwijsbrochure, 2019). Dit leidt ertoe dat het merendeel van de geneeskundestudenten de neoliberale waarden al heeft geïnternaliseerd. Ze zijn 'ambitueus' en 'competitief' maar vooral bereid om deel te nemen aan de strijd om perfectie. Perfectie wordt daarbij gedefinieerd door hoge cijfers en een rijkelijk gevuld CV. Doordat alle geneeskundestudenten streven naar hetzelfde perfecte plaatje, ontstaat een moordende competitie en continu proces van vergelijken (Swierstra & Tonkens, 2006, McRobbie, 2015). Individuele successen worden daarbij gebaseerd op het falen van anderen. Niet-geneeskundige activiteiten (doorgaans activiteiten die studenten als 'leuk' beschouwen) worden afgedaan als 'onbelangrijk'. De neoliberale persoonlijkheid van geneeskundestudenten maakt hen specifiek vatbaarder voor burn-outklachten omdat 'falen' door hen wordt gezien als persoonlijke fout. Hierdoor worden schaamte-, minderwaardigheids- en schuldgevoelens opgewekt, die burn-outklachten kunnen versterken (Verhaege, 2011).

In de bachelorfase wordt vanuit de opleiding op verschillende manieren de norm van zelfregulatie benadrukt en versterkt. De hoge werkdruk, nadruk op academische vorming en de individuele werkwijze zorgen ervoor dat zelfregulatie een voorwaarde wordt voor het succesvol voltooien van de opleiding. Dit veroorzaakt een hevige onderlinge competitie tussen studenten die op twee manieren leidt tot burn-outklachten. Enerzijds zorgt het ervoor dat studenten 'overwerkt' raken doordat zij teveel activiteiten ondernemen en anderzijds veroorzaakt het 'onzekerheid' bij studenten die bewust niet meedoen aan de competitie. De onzekerheid komt voort uit de angst om te falen en de opleiding af te ronden met een achterstand ten opzichte van andere studenten. Het neoliberale karakter van de opleiding wordt verder versterkt door de afgesloten omgeving van het medisch centrum. Hierdoor komen studenten niet in aanraking met andere denkbeelden waardoor het neoliberale denken sterk wordt genormaliseerd.

In de coschappen zorgt de neoliberale cultuur voor een sterke hiërarchie en onpersoonlijke werkwijze waarin waardering ontbreekt. Coassistenten worden veelal behandeld als ‘nummer’ in plaats van ‘persoon’. De zelfgeoriënteerde werksfeer en angst om te falen, leiden ertoe dat coassistenten het idee hebben geen fouten te kunnen maken. Dit veroorzaakt onzekerheid en stress bij testmomenten. Bovendien belemmert dit de bespreekbaarheid van burn-outklachten waardoor het behandelen ervan wordt bemoeilijkt (Prinsen, 2011). De neoliberale elementen in de verschillende fasen van de geneeskundeopleiding worden grafisch weergegeven in figuur 2.



Figuur 2: Neoliberale kenmerken in de geneeskundeopleiding

Al met al kunnen burn-outklachten dus worden begrepen vanuit de neoliberale cultuur die zowel wordt gereflecteerd in de opleiding als in de persoonlijkheidskenmerken van haar studenten (McRobbie, 2015, Swierstra & Tonkens, 2006). Deze elementen staan op gespannen voet met passie, samenwerking, zelfvertrouwen, menselijkheid en gemeenschapsgevoel (Verhaege, 2011). Sterke nadruk op zelfregulatie behelst een paradox waarbij studenten het idee wordt gegeven dat ze zelf de controle hebben over het succesvol afronden van de opleiding. Het paradoxale element uit zich in de moordende competitie waardoor studenten juist de controle over zichzelf verliezen. Ze voelen zich hierdoor gedwongen deel te nemen aan de competitie om ‘gelijke kansen’ te behouden en niet achter te lopen op anderen. Daarmee nemen de neoliberale waarden controle over hen, in plaats van andersom. Dit veroorzaakt burn-outklachten indien niet aan het ‘perfecte plaatje’ wordt voldaan. Hoewel de theorie van neoliberalisme en streven naar perfectie in de interviews is bevestigd, is dit niet het geval bij de theorie van emotionele belasting (Brazeau et al., 2014, Hochschild, 1983). De zorg wordt wel door studenten als emotionele arbeid gezien maar dit leidt bij hen nauwelijks tot emotionele belasting. Ze kunnen de emoties goed van zich af zetten en zien de emotioneel beladen situaties eerder als interessant en/of leerzaam.

Met het onderzoek is een bijdrage geleverd aan het beleidvormingsproces aangezien het burn-outklachten, als de beleving van studenten zelf, verduidelijkt. Dit is een belangrijke eerste stap voor beleidsmakers aangezien ze op deze manier beter begrijpen hoe geneeskundestudenten

denken. Hierdoor kunnen ze beter anticiperen op hoe de studenten zullen reageren op veranderingen (Gravis, 2015). Studenten beleven burn-outklachten als het resultaat van neoliberale elementen in de opleiding. Er dient dus gefocust te worden op tegenhangende elementen die een *bufferingeffect* hebben op de neoliberale sfeer in de geneeskundeopleiding. Er wordt daarom aanbevolen om nader onderzoek te doen naar elementen die de neoliberale sfeer in de geneeskundeopleiding beperken. Deze elementen dienen wederom te worden onderzocht als *lived experience* door middel van kwalitatieve methoden. Dit is cruciaal aangezien het de studenten zelf zijn die met de verandering moeten leven. Hierdoor zijn het hun definities van de situatie die bepalend zijn voor het succes van beleid (Bodgan & Biklen, 1992).

Er dienen echter ook kanttekeningen bij de onderzoeksresultaten te worden geplaatst. Het onderzoek beperkt zich immers alleen tot de Rotterdamse geneeskundestudenten waardoor geen vergelijking kan worden getrokken met geneeskundestudenten uit andere steden. Dit schaadt de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid van de bevindingen aangezien de resultaten kunnen zijn beïnvloed door de Rotterdamse context. Om na te gaan of er verschillende belevingen van burn-outklachten zijn, wordt aanbevolen om een grootschalig vergelijkend onderzoek te starten met studenten van verschillende geneeskundeopleidingen. Dit is een vervolgstap in het vinden een passende oplossing voor iedere student en iedere omgeving. Zo koesteren we op passende wijze de mentale veerkracht van onze artsen in spé.

Referentielijst

- Abdulaziz, S., & Baharoon, S. (2009). Medical residents' burnout and its impact on quality of care. *The clinical teacher*, 218-224
- Abraham, M. (1954). *Motivation and personality*. Nueva York: Harper & Row, Publishers.
- Andreoli, T. (2020). "Als studenten het niet halen, dan moet je eerst kijken: ligt dat aan ons?" *Science guide*.
- Babbie, E. R. (2013). *The basics of social research*. Cengage learning.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of managerial psychology*.
- Bakker, A. B., Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A. I. (2014). Burnout and work engagement: The JD–R approach.
- Berg, E., Barry, J., & Chandler, J. (2004). The New Public Management and Higher education: A Human Cost? (2004). In Dent, M., Chandler, J. and Barry, J. (Eds) *Questioning the new public management*, Ashgate, Aldershot, pp 161-175.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen (2e druk)*. Den Haag: Boom Lemma.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1992). *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods*. Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Brazeau, C. M., Shanafelt, T., Durning, S. J., Massie, F. S., Eacker, A., Moutier, C., ... & Dyrbye, L. N. (2014). Distress among matriculating medical students relative to the general population. *Academic Medicine*, 89(11), 1520-1525.
- Brotheridge, C. M., & Grandey, A. A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of "people work". *Journal of vocational behavior*, 60(1), 17-39.
- Conijn, M., & Boersma, H. (2013). Veel burn-out onder geneeskundestudenten. *Medisch Contact*, 40, 2012-2013.
- Conijn, M., & Boersma, H. (2015). Burnout in Dutch medical students: prevalence and causes. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 159, A8255-A8255.
- Conisescu, M., Boersma, H. J., & van Rhenen, W. (2015). Burn-out bij Nederlandse geneeskundestudenten : Prevalentie en oorzaken. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 159(25).
- Creswell, J. W. (2013). *Steps in conducting a scholarly mixed methods study*.
- de Kwant, L. (2015). *Arbeidsmarktmonitor 2015-1: Zorgen om positie basisartsen*. *Medisch Contact*, 886-887.
- de Kwant, L. (2015). *Zorgen om positie basisartsen*. *Medisch Contact*.
- Degeneeskundestudent (2019). *Beleidsplan*. Verkregen van [file:///C:/Users/Gebruiker/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/beleidsplan_30_november_2018%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Gebruiker/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/beleidsplan_30_november_2018%20(3).pdf)
- Dichter, M. N., Holle, B., Schmidt, S. G., Hasselhorn, H. M., Schnepf, W., & Simon, M. (2012). Care as a double duty: a secondary data analysis of nurses with care responsibilities at home [German]. *Pflege & Gesellschaft*, 17(4), 330-346.

- Dopmeijer, J., Gubbels, N., Jonge, C. V. D. H., Vonk, P., & Wiers, R. (2018). Actieplan studentenwelzijn. Netwerk studentenwelzijn.
- Dyrbye, L., & Shanafelt, T. (2016). A narrative review on burnout experienced by medical students and residents. *Medical education*, 50(1), 132-149.
- England, P. & Farkas G. (1986). *Households, employment, and gender: A social, economic, and demographic view*. Routledge.
- Erasmus, M.C. (2019). De geneeskundeopleiding. *Onderwijsbrochure Schooljaar 2019-2020*.
- Garvis, S. (2015). *Narrative constellations: Exploring lived experience in education*. Springer.
- Gubbels, N. & Kappe, F.R. (2019). *Studentenwelzijn 2017-2018. Resultaten kwantitatief en kwalitatief onderzoek naar het welzijn van studenten van Hogeschool Inholland*. Lectoraat Studiesucces, Hogeschool Inholland.
- Han, B. (2014). *De vermoeide samenleving. De transparantie samenleving/de terugkeer van Eros*. Berlijn: Matthes & Seitz
- Hanemaayer, J. I., Dorresteyn, J. A. N., van Dellen, E., & Andregg, M. C. J. (2009). Stress bij coassistenten; 'Met het oog op de toekomst'. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 28(1), 22-27.
- Hochschild, A. R. (1983). *The managed heart*. Berkeley.
- IPA, O. (2005). Exploring lived experience. *Psychologist*, 18(1), 20.
- Janse, I. (2017). *Geneeskundestudenten Erasmus MC lopen grootste risico op burn-out*. Erasmus Magazine. Verkregen van <https://www.erasmusmagazine.nl/2017/06/19/geneeskundestudenten-eur-biedt-grootste-gevaar-op-burn-out/>
- Keeton, K., Fenner, D., Johnsen, T., & Hayward, R. (2007). Predictors of physicians career satisfaction, work-life balance, and burn-out. *Obstetrics & Gynecology*, 94(9), 949-955.
- Kemmeren, M. (2017). *Onderzoeksrapport 2017, burn-out. De geneeskunde student*.
- Keohane, K. (2016). *The social pathologies of contemporary civilization*. Routledge.
- Kurzweil, A. M., Lewis, A., Pleninger, P., Rostanski, S. K., Nelson, A., Zhang, C., ... & Galetta, S. L. (2020). Education Research: Teaching and assessing communication and professionalism in neurology residency with simulation. *Neurology*, 94(5), 229- 232.
- Lichtman, M. (2012). *Qualitative research in education: A user's guide*. Sage publications.
- Litjens, B., & Ruijffrok, N. (2019). *Analyse studentenwelzijn. ISO*. Geraadpleegd van <https://www.iso.nl/wp-content/uploads/2019/11/Analyse-Studentenwelzijn-ISO.pdf>
- Mann, S., & Cowburn, J. (2005). Emotional labour and stress within mental health nursing. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 12(2), 154-162.
- Maslach, C. (1978). The client role in staff burn-out. *Journal of social issues*, 34(4), 111-124.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). *MBI: Maslach burnout inventory*. Sunnyvale (CA): CPP, Incorporated.
- Maslow, A. H. (1966). *The psychology of science*. New York, Harper and Row. Maslow The Psychology of Science 1966.

- McConnell, M. M., & Eva, K. W. (2012). The role of emotion in the learning and transfer of clinical skills and knowledge. *Academic Medicine*, 87(10), 1316-1322.
- McRobbie, A. (2015). Notes on the perfect: Competitive femininity in neoliberal times. *Australian feminist studies*, 30(83), 3-20.
- Pels, D. (2007). *De economie van de eer. Een nieuwe visie op verdienste en beloning*. Amsterdam: Ambo
- Prins, J., Hoekstra-Weebers, J., Gazendam-Donofrio, S., Dillingh, G., Bakker, A., Huisman, M., . . . van der Heijden, F. (2010). Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study. *Medical Education*, 236-247.
- Prinsen, H. (2011). *Help! Mijn kind heeft faalangst: Gids voor ouder en kind bij het omgaan met faalangst en examenvrees*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Rijksoverheid (2019). *Overheidsfinanciering onderwijs. Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/financiering-onderwijs/overheidsfinanciering-onderwijs>*
- Salmela-Aro, K., Tynkkynen, L., & Vuori, J. (2011). Parents' work burnout and adolescents' school burnout: Are they shared?. *European Journal of Developmental Psychology*, 8(2), 215-227.
- Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., Dyrbye, L. N., Sotile, W., Satele, D., ... & Oreskovich, M. R. (2012). Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Archives of internal medicine*, 172(18), 1377-1385.
- Steinberg, R. J., & Figart, D. M. (1999). Emotional labor since: The managed heart. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 561(1), 8-26.
- Swierstra, T., & Tonkens, E. (2011). De schaduwzijde van de meritocratie. De respectsamenleving als ideaal. *Socialisme en Democratie*, 68 (7/8) pp.37-44
- Swierstra, T. & Tonkens, E. (2006). Meritocratie en de erosie van zelfrespect. *Tijdschrift voor Actuele Filosofie* 7(3), 3-23
- Swierstra, T. & Tonkens, E. (2008). *De beste baas? Prestatie, respect en solidariteit in een meritocratie*. Amsterdam: Amsterdam University Press
- Thoits, P. A. (1989). The sociology of emotions. *Annual review of sociology*, 15(1), 317-342.
- van Baar, J. (2015). Burnout among medical students: already being extinguished. *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde*, 159, A9035.
- Van Dinther, M. (2018, 13 augustus). Studenten bezwijken psychisch onder prestatiedruk: 'De psychologen zijn niet aan te slepen'. *De Volkskrant*.
- Vanheule, S., Lievrouw, A & Verhaege, P. (2003). Burn-out and Intersubjectivity: A psychoanalytical Study From A Lacanian Perspective. *Human Relations*, 56,3,322-338
- Velden, L.F.J., Heiligers, Ph.J.M. en Hin, L. (2003). *Een studie van jaren*. Medisch contact. Verkregen van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/een-studie-van-jaren.htm>
- Verhaeghe, P. (2011). De effecten van een neoliberale meritocratie op identiteit en interpersoonlijke verhoudingen. *Oikos*. 56(1) 4-22

- Verhaeghe, P. (2012). De neoliberale waanzin. Flexibel, efficiënt en.... gestoord.
- Vink, J., Ouweneel, E., & Le Blanc, P. (2011). Psychologische energiebronnen voor bevlogen werknemers: Psychologisch kapitaal in het Job Demands-Resources model. *Gedrag en Organisatie*.
- Wharton, A. S. (1993). The affective consequences of service work: Managing emotions on the job. *Work and occupations*, 20(2), 205-232.
- Wielenga, S. (2019). *Veerkracht versus stress*. Verkregen van <https://www.eur.nl/onderwijs/alumni/erasmus-alumni-magazine/veerkracht-versus-stress>
- Young, M. D. (1994). *The rise of the meritocracy*. Transaction Publishers.
- Zapf, D. (2002). Emotion work and psychological well-being: A review of the literature and some conceptual considerations. *Human resource management review*, 12(2), 237-268.

Bijlage 1: Topiclijst interviews

Topics	Voorbeeldvragen
Burn-outklachten	<ul style="list-style-type: none">• <i>Vind je je studie leuk?</i>• <i>Kun je vertellen wat jij verstaat onder burn-outklachten? Ervaar je zelf wel eens een van deze elementen?</i>• <i>Heb je karaktereigenschappen waarvan je denkt dat je daardoor misschien gevoeliger bent voor burn-outklachten? Zo ja, welke zijn dit?</i>• <i>Zijn er elementen in de studie waarvan je denkt dat die jou misschien gevoeliger maken voor burn-outklachten? Zo ja, welke zijn dit?</i>• <i>Zou jij de studielast beschrijven als 'zwaar'? Waarom wel/ niet?</i>• <i>Wat voor invloed heeft de studielast op jouw gevoel?</i>• <i>Als je de studielast wel eens als 'zwaar' beschouwd, wat zijn volgens jou dan elementen die dit gevoel verminderen/ verergeren?</i>• <i>Als je de studielast wel eens als 'licht' beschouwd, wat zijn volgens jou dan elementen die dit gevoel verminderen/ verergeren?</i>• <i>Kun je me wat meer vertellen over de hoeveelheid deadlines en toetsen? Ervaar jij wel eens tijdsdruk binnen je studie?</i>• <i>Kun je mij wat meer vertellen over jouw energieniveau gedurende je opleiding? Zijn er volgens jou elementen die beïnvloeden of je je moe of energiek voelt?</i>• <i>Hoe zou jij de rol van jouw sociale netwerk beschrijven?</i>• <i>We weten dat burn-outklachten bij geneeskundestudenten hoger liggen dan bij andere studenten, zou jij hier verklaringen voor hebben?</i>
Cultuur van competitie	<ul style="list-style-type: none">• <i>Welke sfeer hangt er volgens jou binnen de opleiding?</i>• <i>Speelt samenwerken volgens jou een grote rol binnen de opleiding? Ook buiten de verplichte samenwerkingsopdrachten om?</i>• <i>Kun je me wat meer vertellen over je medestudenten? Op welke manier beschouw je hen?</i>• <i>Is competitie ook een onderdeel van de sfeer in de opleiding? Zo ja, welke rol speelt de selectie voor stageplekken en specialismen hierin?</i>• <i>Kun je me wat meer vertellen over het belang dat binnen de studie wordt gehecht aan goede prestatie?</i>• <i>Kun je me wat meer vertellen over de manier waarop prestatie binnen jouw opleiding wordt gemeten?</i>• <i>Kun je me wat meer vertellen over je relatie met de docenten?</i>• <i>Ervaar je wel eens tegenslagen in je studie? Hoe ga je daarmee om?</i>

Emotionele belasting/ emotionele arbeid

- *Heb je het idee dat tegenslagen invloed hebben op je zelfbeeld? Kun je me wat meer over die invloed vertellen?*
- *Hoe wordt er gereageerd op het halen van prestatie? Heb je het idee dat je wordt afgerekend voor het niet presteren?*
- *In hoeverre denk jij dat geluk/ toeval van invloed zijn op prestatie?*
- *Heb je het idee dat je aan bepaalde verwachtingen/ rollen moet voldoen? Wat vind je daarvan?*
- *Zijn de verwachtingen/ rollen in jouw ogen duidelijk?*
- *Wie legt volgens jou gevoel de verwachtingen/ rollen op waaraan je moet voldoen?*
- *Heb je wel eens het idee dat je een toneelstukje aan het opvoeren bent binnen je studie/ werkzaamheden? Wat doet dit met je eigen gevoel?*
- *Als je een bepaalde rol aanneemt, hoe doe je dat dan?*
- *Hoe ga je om met lastige situaties binnen je studie (bijvoorbeeld van sterfte of chronisch zieke patiënten)?*
- *Hoe voel je je als je moet werken met chronisch zieke patiënten of patiënten waarvan je weet dat zij binnenkort komen te overlijden? Hoe zorg je ervoor dat zij zich zo goed mogelijk voelen?*
- *Ervaar jij dat er belang wordt gehecht binnen je studie aan de patiënt-student of patiënt-arts relatie?*
- *Hoeveel belang hecht jij aan de gemoedstoestand van patiënten?*
- *Hoe probeer jij patiënten zich goed (of zo goed mogelijk) te laten voelen? Gaat dat wel eens in tegen je eigen gevoel/emoties?*
- *Hoe beïnvloed het aannemen van een bepaalde rol jouw eigen gevoel? Zo ja, hoe?*
- *Beïnvloed het aannemen van een bepaalde rol hoe leuk jij je studie/ werkzaamheden vindt? Zo ja, hoe?*
- *Beïnvloed het aannemen van een bepaalde rol hoeveel stress jij ervaart binnen je studie/ werkzaamheden? Zo ja, hoe?*

Bijlage 2: Ethics and privacy checklist



CHECKLIST ETHICAL AND PRIVACY ASPECTS OF RESEARCH

INSTRUCTION

This checklist should be completed for every research study that is conducted at the Department of Public Administration and Sociology (DPAS). This checklist should be completed *before* commencing with data collection or approaching participants. Students can complete this checklist with help of their supervisor.

This checklist is a mandatory part of the empirical master's thesis and has to be uploaded along with the research proposal.

The guideline for ethical aspects of research of the Dutch Sociological Association (NSV) can be found on their website (http://www.nsv-sociologie.nl/?page_id=17). If you have doubts about ethical or privacy aspects of your research study, discuss and resolve the matter with your EUR supervisor. If needed and if advised to do so by your supervisor, you can also consult Dr. Jennifer A. Holland, coordinator of the Sociology Master's Thesis program.

PART I: GENERAL INFORMATION

Project title: **Student of patient?**

Name, email of student: **Elisa Groothuis – Groothuiselisa@gmail.com**

Name, email of supervisor: **Samira van Bohemen - vanbohemem@essb.eur.nl**

Start date and duration: **Feb 2020 – Aug 2020**

Is the research study conducted within DPAS **YES**

If 'NO': at or for what institute or organization will the study be conducted?
(e.g. internship organization)

PART II: TYPE OF RESEARCH STUDY

Please indicate the type of research study by circling the appropriate answer:

1. Research involving human participants. **YES**

If 'YES': does the study involve medical or physical research? **NO**
Research that falls under the Medical Research Involving Human Subjects Act ([WMO](#)) must first be submitted to [an accredited medical research ethics committee](#) or the Central Committee on Research Involving Human Subjects ([CCMO](#)).

2. Field observations without manipulations that will not involve identification of participants. **NO**
3. Research involving completely anonymous data files (secondary data that has been anonymized by someone else). **YES**

PART III: PARTICIPANTS

(Complete this section only if your study involves human participants)

Where will you collect your data?

Op de Erasmus Universiteit of op locatie naar keuze van de respondent

Note: indicate for separate data sources.

What is the (anticipated) size of your sample?

12 semi-gestructureerde interviews

Note: indicate for separate data sources.

What is the size of the population from which you will sample?

Alle studenten van het Erasmus Medisch Centrum (EMC)

1. Will information about the nature of the study and about what participants can expect during the study be withheld from them? **NO**
2. Will any of the participants not be asked for verbal or written 'informed consent,' whereby they agree to participate in the study? **NO**
3. Will information about the possibility to discontinue the participation at any time be withheld from participants? **NO**
4. Will the study involve actively deceiving the participants? **NO**
Note: almost all research studies involve some kind of deception of participants. Try to think about what types of deception are ethical or non-ethical (e.g. purpose of the study is not told, coercion is exerted on participants, giving participants the feeling that they harm other people by making certain decisions, etc.).
5. Does the study involve the risk of causing psychological stress or negative emotions beyond those normally encountered by participants? **NO**
6. Will information be collected about special categories of data, as defined by the GDPR (e.g. racial or ethnic origin, political opinions, religious or philosophical beliefs, trade union membership, genetic data, biometric data for the purpose of uniquely identifying a person,

	data concerning mental or physical health, data concerning a person's sex life or sexual orientation)?	YES
7.	Will the study involve the participation of minors (<18 years old) or other groups that cannot give consent?	NO
8.	Is the health and/or safety of participants at risk during the study?	NO
9.	Can participants be identified by the study results or can the confidentiality of the participants' identity not be ensured?	NO
10.	Are there any other possible ethical issues with regard to this study?	NO

If you have answered 'YES' to any of the previous questions, please indicate below why this issue is unavoidable in this study.

Het onderzoek is gericht op het verdiepen in de psychische gesteldheid van Rotterdamse geneeskunde studenten, dus het meten van de psychische gesteldheid van de studenten is noodzakelijk om tot betrouwbare onderzoeksresultaten te komen.

What safeguards are taken to relieve possible adverse consequences of these issues (e.g., informing participants about the study afterwards, extra safety regulations, etc.). **Ik zal de respondenten van te voren informeren over het onderwerp en doel van het onderzoek zodat ze goed voorbereid zijn op de mogelijke vragen naar hun psychische gesteldheid. Daarnaast garandeer ik hun volledige anonimiteit.**

Are there any unintended circumstances in the study that can cause harm or have negative (emotional) consequences to the participants? Indicate what possible circumstances this could be.

Nee.

Please attach your informed consent form in Appendix I, if applicable.

Part IV: Data storage and backup

Where and when will you store your data in the short term, after acquisition? **Op mijn laptop met vergrendeling. Na transcriptie zullen alle data opnamebestanden voorgeod worden gewist.**

Note: indicate for separate data sources, for instance for paper-and pencil test data, and for digital data files.

Who is responsible for the immediate day-to-day management, storage and backup of the data arising from your research?

Ikzelf

How (frequently) will you back-up your research data for short-term data security?

Ik zal de geluidfragmenten opnemen en uittypen op mijn laptop.

In case of collecting personal data how will you anonymize the data?

Namen onherkenbaar maken en persoonlijke details (woonadres, uiterlijke eigenschappen etc.) anonimiseren.

Note: It is advisable to keep directly identifying personal details separated from the rest of the data. Personal details are then replaced by a key/ code. Only the code is part of the database with data and the list of respondents/research subjects is kept separate.

PART VI: SIGNATURE

Please note that it is your responsibility to follow the ethical guidelines in the conduct of your study. This includes providing information to participants about the study and ensuring confidentiality in storage and use of personal data. Treat participants respectfully, be on time at appointments, call participants when they have signed up for your study and fulfil promises made to participants.

Furthermore, it is your responsibility that data are authentic, of high quality and properly stored. The principle is always that the supervisor (or strictly speaking the Erasmus University Rotterdam) remains owner of the data, and that the student should therefore hand over all data to the supervisor.

Hereby I declare that the study will be conducted in accordance with the ethical guidelines of the Department of Public Administration and Sociology at Erasmus University Rotterdam. I have answered the questions truthfully.

Name student: **Elisa Groothuis**

Name (EUR) supervisor: **Samira van Bohemen**

Date: **11-3-2020**

Date:



