Hoe wordt de professionele identiteit gevormd en welke factoren spelen hierbij een rol: een kwalitatief onderzoek bij geneeskundestudenten

Eline Daelemans, Universiteit Gent

Promotor: Prof. Peter Pype, Universiteit Gent

Co-promotor: Janique Lobbestael, Universiteit Gent

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019 – 2020

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Dankwoord

Deze masterproef is het sluitstuk van mijn opleiding tot huisarts. Na negen jaar studeren wil ik dan ook graag van deze gelegenheid gebruikmaken om enkele mensen in het bijzonder te bedanken.

Allereerst wil ik mijn vriend bedanken, voor zijn liefde en niet-aflatende morele steun de afgelopen jaren. Bedankt voor jouw hulp en eindeloos begrip tijdens de talrijke avonds en weekends die ik aan deze thesis gewijd heb.

Mijn ouders, voor de onvoorwaardelijke steun tijdens mijn volledige opleiding. Bedankt voor alle kansen die jullie mij in het leven geven. Zonder jullie kon ik niet ontplooien tot de arts en huisarts die ik geworden ben.

Mijn collega Anne-Sophie Vandenecker, voor de vlotte en aangename samenwerking bij deze thesis als tweeluik.

Mijn promotor prof. Peter Pype en co-promotor Janique Lobbestael, voor de begeleiding bij deze thesis. Bedankt om ons wetenschappelijk onderzoek in goede banen te leiden, op al onze vragen een antwoord te formuleren, feedback te geven en bij te sturen waar nodig.

En tot slot alle geneeskundestudenten die zo vrij waren om in het kader van deze thesis een interview te geven. Bedankt voor de interesse, toestemming en tijd om jullie woorden als ondersteunend onderzoek in deze thesis te kunnen verwerken. Zonder jullie input was deze thesis niet mogelijk geweest.

Abstract

Context: Net als bij de vorming van een persoonlijke identiteit wordt verondersteld dat elk individu doorheen de loopbaan een professionele identiteit ontwikkelt, een identiteit die hem of haar definieert als professional. Dit proces van identiteitsvorming start bij aanvang van de studies en groeit door tot in de verdere loopbaan. Aangezien de vorming van een sterke professionele identiteit noodzakelijk is om het beroep correct te beoefenen en het welzijn van zowel patiënten als artsen te garanderen, zou onderwijs rond professionele identiteitsvorming een ultiem doel binnen de opleiding geneeskunde moeten zijn. Om dit mogelijk te maken, moeten de aard en evolutie, alsook de beïnvloedende factoren in het proces van professionele identiteitsvorming eerst verder onderzocht worden.

Onderzoeksvraag: In deze masterproef wordt de professionele identiteitsvorming bij geneeskundestudenten onderzocht. Er wordt nagegaan hoe de professionele identiteit wordt gevormd, welke factoren bepalend zijn in dit proces en hoe deze identiteit evolueert tijdens de opleiding. Tevens wordt nagegaan of een 'huisartsenidentiteit' bestaat. Ook de studiekeuze voor geneeskunde en huisartsgeneeskunde wordt bevraagd. Daarnaast worden factoren die mogelijk zorgen voor identiteitsdissonantie (een fenomeen dat optreedt wanneer een individu worstelt om de nieuwe met de oude identiteit te integreren) onderzocht. Het uiteindelijke doel is om op basis van deze gegevens aanbevelingen te formuleren voor het medisch onderwijs bij toekomstige (huis)artsen.

Methode: Aan de hand van oriënterend literatuuronderzoek wordt getracht de definitie van professionele identiteit te achterhalen en welke factoren hierin een rol spelen. Ook de definities van 'artsenidentiteit' en 'huisartsenidentiteit' worden onderzocht. Vervolgens worden deze theoretische inzichten aan de hand van kwalitatief onderzoek getoetst aan de eigen studiepopulatie. Hiervoor worden semigestructureerde interviews afgenomen bij tien studenten uit derde bachelor en tien studenten uit derde master aan de Universiteit Gent.

Resultaten: Professionele identiteitsvorming wordt in de literatuur omschreven als het proces waarbij men gaat 'denken, voelen en zich gedragen als een professional' (in dit geval als een arts). Uit de interviews blijkt dat de kenmerken van 'een goede (huis)arts' overeenkomen met de competenties beschreven in het CanMEDS-model en de WONCA-definitie voor huisartsgeneeskunde. De studiekeuze voor geneeskunde wordt voornamelijk bepaald door de combinatie van wetenschappen en het sociale aspect; de keuze voor huisartsgeneeskunde vooral door het brede aspect, de variatie en vrijheid in het beroep, de arts-patiëntrelatie en de goede work-life balans. De meeste studenten uit derde bachelor en derde master voelen zich nog geen (huis)arts. Dit komt voornamelijk door het gebrek aan kennis en praktijkervaring. In derde bachelor hebben vooral de lessen, de aankoop van medisch materiaal en het dragen van een witte jas een invloed op de professionele identiteitsvorming. Bij de studenten uit derde master spelen vooral klinische ervaringen en stages een prominente rol. Ook persoonlijke ervaringen, rolmodellen en mentoren spelen bij beide groepen een belangrijke rol. De invloed van peers neemt toe naarmate de opleiding vordert. De meest voorkomende factoren voor identiteitsdissonantie zijn de grote prestatiedruk binnen de opleiding en de slechte organisatie van het curriculum. Vooral de slechte work-life balans, de mentale belasting en de administratieve taken schrikken de studenten af om huisarts te worden.

Conclusie: Verschillende factoren kunnen het transitieproces van student naar arts beïnvloeden. Een van de doelen van het huidige medisch onderwijs zou moeten zijn om dit proces te faciliteren en de studenten te ondersteunen bij de zoektocht naar hun professionele identiteit. Reflectieopdrachten rond klinische en persoonlijke ervaringen, alsook het vroegtijdig invoeren van stages met bijzondere aandacht voor zelfstandig werken, zijn hierbij enkele suggesties. Het CanMEDS-model en de WONCA-definitie voor huisartsgeneeskunde lijken bovendien goede maatstaven om de competenties van toekomstige (huis)artsen te evalueren.

Inhoudstafel

Dankwoord ... 3

Abstract ... 4

Afkortingen ... 8

1. Inleiding ... 9

1.1. Keuze van het onderwerp ... 9

1.2. Stand van zaken ... 10

1.3. Doelstellingen ... 13

2. Oriënterend literatuuronderzoek ... 14

2.1. Inleiding ... 14

2.2. Methodologie ... 14

2.3. Resultaten ... 14

2.3.1. Enkele begrippen ... 14

2.3.2. Definitie van professionele identiteit ... 16

2.3.3. Proces van professionele identiteitsvorming ... 16

2.3.4. Beïnvloedende factoren bij professionele identiteitsvorming ... 19

2.3.4.1. Persoonsgebonden factoren ... 19

2.3.4.2. Opleidingsgebonden factoren ... 20

2.3.4.3. Sociale factoren ... 21

2.3.5. Definitie van artsenidentiteit ... 22

2.3.6. Definitie van huisartsenidentiteit ... 23

2.3.7. Implementatie en beoordeling in het medisch onderwijs ... 24

3. Kwalitatief onderzoek ... 26

3.1. Inleiding ... 26

3.2. Methodologie ... 26

3.2.1. Studieprotocol ... 26

3.2.2. Interview guide ... 26

3.2.3. Rekrutering van de onderzoekspopulatie ... 26

3.2.4. De interviews ... 27

3.2.5. Dataverwerking 27
3.2.6. Formuleren van hypotheses 28
3.3. Resultaten 28
3.3.1. Populatiebeschrijving 28
3.3.1.1. Derde bachelor 28
3.3.1.2. Derde master 30
3.3.2. Definitie van artsenidentiteit volgens de geneeskundestudent 32
3.3.3. Definitie van huisartsenidentiteit volgens de geneeskundestudent 34
3.3.4. Studiekeuze van de geneeskundestudent 36
3.3.4.1. Voor geneeskunde 36
3.3.4.2. Voor huisartsgeneeskunde 37
3.3.5. Proces van PIF bij de geneeskundestudent 39
3.3.5.1. Mate van zich reeds (huis)arts voelen 39
3.3.5.2. Beïnvloedende factoren 41
3.3.5.3. Evolutie doorheen de opleiding 45
3.3.5.4. Mate waarin de persoonlijke en professionele identiteit overeenstemmen 45
3.3.5.5. De rol van emoties, zelfreflectie en samenhorigheidsgevoel 46
3.3.6. Identiteitsdissonantie bij de geneeskundestudent 49
3.3.6.1. Mogelijke heikele punten later als (huis)arts 49
3.3.6.2. Positieve gevoelens tijdens de opleiding 50
3.3.6.3. Negatieve gevoelens tijdens de opleiding 51
3.3.6.4. Opleiding beëindigen 52
3.4. Discussie 53
3.4.1. Hypotheses en *aanbevelingen voor de medisch opleiding* 53
3.4.2. Overkoepelende hypotheses in de masterproef als tweeluik 56
3.4.3. Bedenkingen bij deze masterproef 58
4. Conclusie 60
5. Referenties 61
6. Bijlagen 62
6.1. Bijlage 1: Syntax van de verschillende databases 62

6.2. Bijlage 2: Verzoek tot advies van het Ethisch Comité 63
6.3. Bijlage 3: Goedkeuring van het Ethisch Comité 80
6.4. Bijlage 4: Interview guide 82
6.5. Bijlage 5: QUAGOL-stappenplan bij de analyse van kwalitatieve data 84
6.6. Bijlage 6: Kenmerken van 'een goede arts' gelinkt aan de CanMEDS-rollen 85
6.7. Bijlage 7: Kenmerken van 'een goede huisarts' gelinkt aan de CanMEDS-rollen 86

Afkortingen

BS	BachelorStudent
CanMEDS	Canadian Medical Education Directions for Specialists
CINAHL	The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
E-lijn	Exploratielijn
EMBASE	Excerpta Medica dataBASE
HAIO	Huisarts-In-Opleiding
MS	MasterStudent
OSCE	Objective Structured Clinical Examination
PIF	Professional Identity Formation
PSSP	Personaliteit en Sociale Structuur Perspectief
QUAGOL	Qualitative Analysis Guide of Leuven
TIME	Transformation In Medical Education
V-lijn	Vaardighedenlijn
WONCA	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners
WOP	Werk- en OpleidingsPlan

1. Inleiding

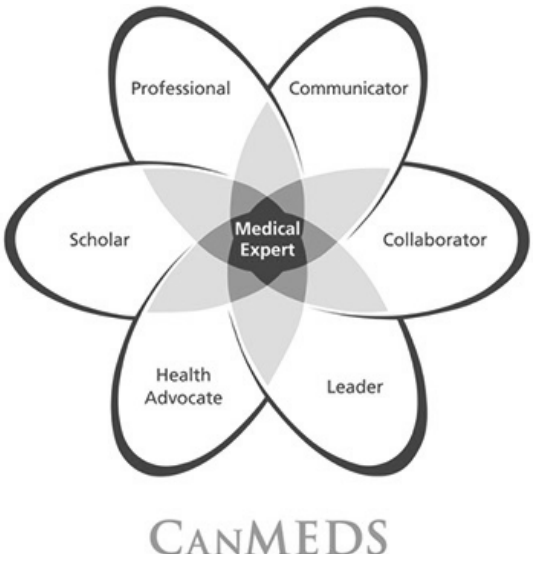
1.1. Keuze van het onderwerp

Wat is professionele identiteit? Wat is jouw identiteit als professional? Bestaat er zoiets als een 'artsenidentiteit', die zich onderscheidt van andere beroepen? Zo ja, wat met een 'huisartsenidentiteit'? En welke factoren zijn bepalend in de ontwikkeling van deze professionele identiteit?

Bij het zoeken naar een onderwerp voor deze thesis werd mijn aandacht getriggerd door bovenstaande vragen. Het is een topic dat zich onderscheidt van de meer klinische onderwerpen, maar daarom niet minder interessant of leerzaam is. Integendeel.

Identiteiten zijn van uitermate belang. Ze geven betekenis aan ons leven. Ze vertellen wie we zijn en beïnvloeden dermate ons gedrag[1]. Op professioneel vlak is dit niet anders. Professionele identiteiten zijn van het grootste belang in geneeskunde. Ze bepalen hoe we onszelf zien als professional, beïnvloeden ons gedrag op professioneel vlak en vormen de hoeksteen van onze professionaliteit[1,2]. De vorming van een sterke professionele identiteit is bijgevolg noodzakelijk om het beroep correct te kunnen beoefenen en het welzijn van zowel patiënten als artsen te garanderen[3-5]. Zo stimuleert een sterke professionele identiteit onder andere het vertrouwen van de patiënt, bevordert het de vorming van goede samenwerkingsverbanden en vergroot het het persoonlijk welbevinden in het beroep[1]. Omgekeerd kan onprofessioneel gedrag onder andere leiden tot een slecht leer- en werkklimaat, het niet naleven van richtlijnen, het mislukken van samenwerkingsverbanden en het maken van medische fouten[3].

Ook in het CanMEDS-model, een model dat bij de huidige opleiding geneeskunde de basis vormt om artsen-in-opleiding te kwalificeren, vormt de rol van professional één van de zeven kerncompetenties van een volwaardig arts (figuur 1)[6]. Niettemin kan er in de huidige opleiding geneeskunde nog meer aandacht worden besteed aan het onderrichten van professionaliteit[3]. Door de recente hervormingen en inkorting van de medische studies van een zeven- naar zesjarig curriculum bestaat bovendien de vrees dat geneeskundestudenten te vroeg in het werkveld zullen worden ingezet zonder hiervoor over de nodige maturiteit te beschikken[4]. Daarom stelt men voor om de rol van professional in toenemende mate te integreren binnen de vernieuwde opleiding van toekomstige artsen[5,7].



Figuur 1: De CanMEDS-competentiegebieden. De rol van professional vormt één van de zeven kerncompetenties[6].

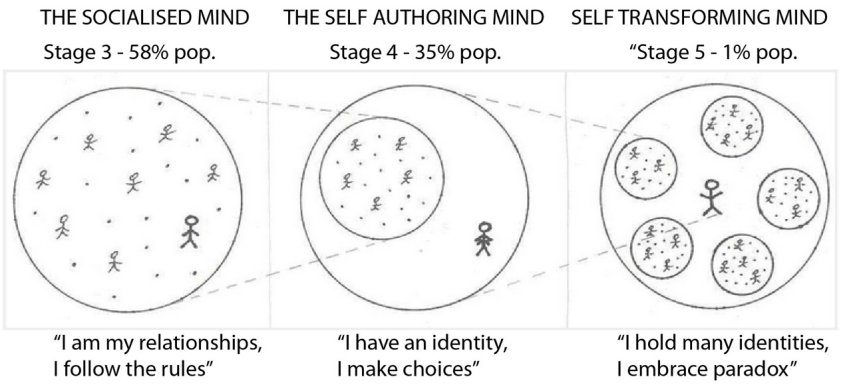
Om dit mogelijk te maken en het onderwijs rond professionele identiteitsvorming verder uit te bouwen, moeten de definitie en evolutie van professionele identiteit, alsook de beïnvloedende factoren in het proces van professionele identiteitsvorming eerst verder onderzocht worden.
In deze masterproef wordt de professionele identiteit bij geneeskundestudenten onderzocht. Naar analogie onderzoekt mijn collega Anne-Sophie Vandenecker de professionele identiteit bij praktiserende huisartsen.

1.2. Stand van zaken

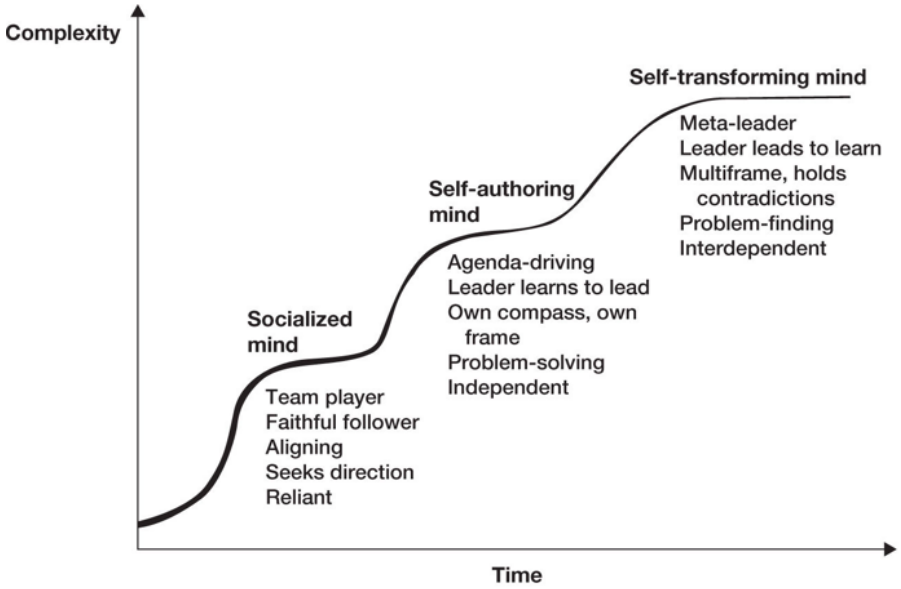
Uit uitgebreid onderzoek in de ontwikkelingspsychologie is gebleken dat individuen doorheen hun leven een persoonlijke identiteit ontwikkelen. Dit proces van identiteitsvorming verloopt volgens Kegan, voormalig ontwikkelingspsycholoog aan Harvard University en wereldautoriteit op vlak van onderzoek naar identiteitsvorming, volgens verschillende stadia (tabel 1). De ontwikkeling van de persoonlijke identiteit start in de kindertijd en groeit door tot in de late volwassenheid. In totaal zijn er vijf stadia die een individu kan doorlopen. Doch, niet elk individu doorloopt alle stadia. Zo blijkt het merendeel van de volwassen bevolking (58% om precies te zijn) zich in stadium 3 te bevinden (figuur 2). Een onafhankelijk gevoel van eigenwaarde ontbreekt in dit stadium, omdat veel van wat ze denken, geloven en voelen afhankelijk is van de perceptie van anderen. Slechts een beperkt deel van de bevolking (35% volgens het onderzoek van Kegan) bereikt stadium 4, waarin men zichzelf definieert onafhankelijk van anderen, de relaties met anderen of de context waarin men vertoeft. Nog een kleiner deel onder hen (slechts 1%) bereikt stadium 5. In dit stadium is de eigenwaarde niet gebonden aan één bepaalde identiteit, maar wordt deze gecreëerd door exploratie van meerdere identiteiten, waardoor de eigen identiteit continu evolueert. In dit stadium kan men verschillende identiteiten tegelijkertijd bezitten en zaken vanuit verschillende perspectieven bekijken. Hoe meer stadia doorlopen worden, hoe complexer de identiteit dus wordt (figuur 3)[8].

Developmental Stage/ Order of Mind (typical ages)	**What can be seen as *object*** (the content of one's knowing)	**What one is *subject* to** (the structure of one's knowing)	**Underlying Structure of Meaning-Making**
1st Order: Impulsive Mind (~2-6 years-old)	one's reflexes	one's impulses, perceptions	Single Point
2nd Order: Instrumental Mind (~6 years-old through adolescence)	one's impulses, perceptions	one's needs, interests, desires	Categories
3rd Order: Socialized Mind (post-adolescence)	one's needs, interests, desires	interpersonal relationships, mutuality	Across Categories
4th Order: Self-Authoring Mind (variable, if achieved)	interpersonal relationships, mutuality	self-authorship, identity, ideology	Systemic
5th Order: Self-Transforming Mind (typically > ~40, if achieved)	self-authorship, identity, ideology	the dialectic between ideologies	System of Systems

Tabel 1: De verschillende stadia van identiteitsvorming volgens Kegan[8].
De ontwikkeling van de persoonlijke identiteit start in de kindertijd en groeit door tot in de late volwassenheid. In totaal zijn er vijf stadia die een individu kan doorlopen[8].



Figuur 2: Stadia 3 tot 5 van de identiteitsvorming volgens Kegan[8].

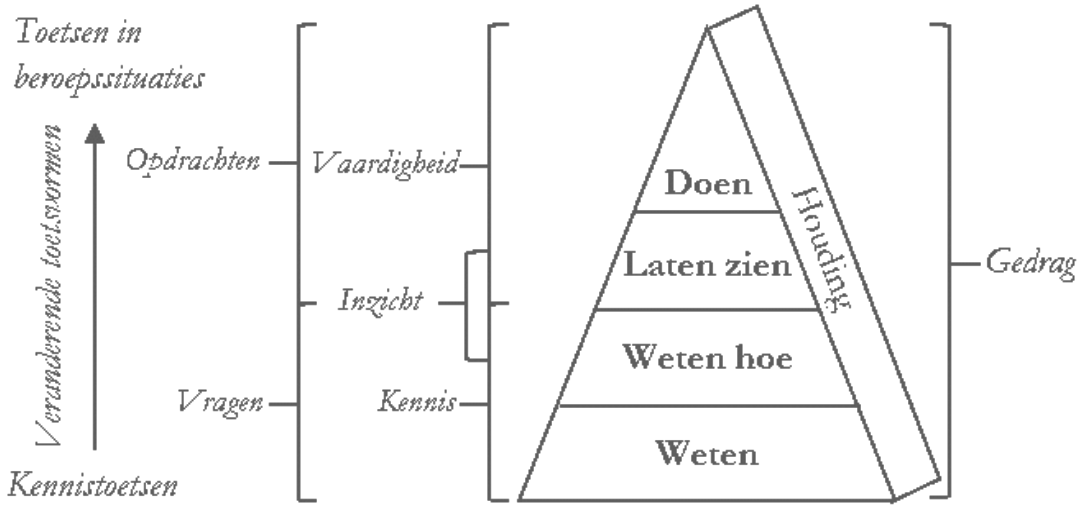


Figuur 3: De complexiteit van stadia 3 tot 5 van de identiteitsvorming volgens Kegan in functie van de tijd[8]. Hoe meer stadia doorlopen worden, hoe complexer de identiteit wordt[8].

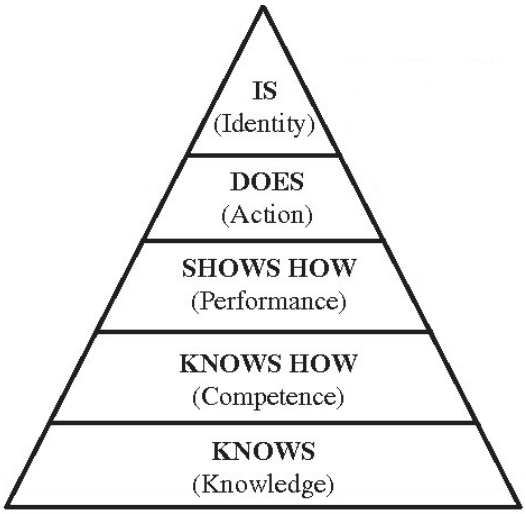
Naar analogie met de vorming van de persoonlijke identiteit wordt verondersteld dat elk individu doorheen de loopbaan een professionele identiteit ontwikkelt, een identiteit die hem of haar definieert als professional[1,4,9,10]. Onderzoek rond de aard en de evolutie van professionele identiteitsvorming is de voorbije decennia sterk in opmars. Ook in de medische wereld krijgt het de laatste jaren toenemende belangstelling[3,5,9,11]. Een van de pioniers op vlak van onderzoek naar professionele identiteitsvorming in geneeskunde is de Canadese onderzoeksgroep van Richard Cruess en Yvonne Steinert. Zij onderzoeken het proces van professionele identiteitsvorming, ook wel 'PIF' (Professional Identity Formation) genaamd, en welke factoren hierin een cruciale rol spelen. In hun boek 'Teaching Medical Professionalism: Supporting the Development of a Professional Identity' wordt bovendien het belang van onderwijs rond PIF beklemtoond[12]. Ook heel wat andere auteurs stellen dat onderwijs rond PIF een ultiem doel in het huidige medisch onderwijs zou moeten zijn[4,5,7,11,13-15]. Het onderwijs in professioneel gedrag en professionaliteit is dan ook volop in ontwikkeling[3,5,7,11].

Bij het implementeren van PIF in het medisch onderwijs moet ook nagedacht worden over een gepaste beoordelingsmethode. In 1990 beweerde George Miller dat geen enkele toenmalige beoordelingsmethode de complexiteit van de medische praktijk kon omvatten. Als alternatief stelde hij een piramidale structuur voor met vier niveaus, waarbij elk niveau voortbouwt op het vorige en een specifieke beoordelingsmethode vraagt (figuur 4). Naar deze analogie worden studenten geneeskunde vandaag de dag in verschillende trappen onderricht en bevraagd. Bij het eerste niveau, het niveau 'weten', wordt kennis bijvoorbeeld aan de hand van kennistoetsen bevraagd. Bij het tweede en derde niveau, de niveaus 'weten hoe' en 'laten zien', worden inzicht

en vaardigheden bijvoorbeeld aan de hand van stationsproeven getoetst. Bij het vierde niveau, het niveau 'doen', wordt ten slotte gekeken of de geneeskundestudenten de kennis en vaardigheden ook correct kunnen uitvoeren. Videoconsultaties zijn hier een voorbeeld van[16,17].
Naar analogie suggereert men om aan deze piramide nog een vijfde niveau toe te voegen: 'is'. Dit als representatie van de professionele identiteit. Op die manier wordt niet alleen aandacht besteed aan kennis, inzicht en vaardigheden, maar ook aan hoe iemand is als professional: de professionele identiteit (figuur 5). Ook hier moet dus nagedacht worden over een adequate toetsing, passend bij dit niveau[16].



Figuur 4: De piramide van Miller[16,17].
Studenten geneeskunde worden vandaag de dag in verschillende trappen onderricht en bevraagd. Bij het eerste niveau, het niveau 'weten', wordt kennis bijvoorbeeld aan de hand van kennistoetsen bevraagd. Bij het tweede en derde niveau, de niveaus 'weten hoe' en 'laten zien', worden inzicht en vaardigheden bijvoorbeeld aan de hand van stationsproeven getoetst. Bij het vierde niveau, het niveau 'doen', wordt ten slotte gekeken of de geneeskundestudenten de kennis en vaardigheden ook correct kunnen uitvoeren. Videoconsultaties zijn hier een voorbeeld van[16,17].



Figuur 5: De aangepaste piramide van Miller: toevoeging van een vijfde niveau 'is' als representatie van de professionele identiteit[16].

Ondanks de internationale belangstelling werd in België nog geen uitgebreid onderzoek gedaan rond PIF in geneeskunde. Bovendien werd tot op heden nog nooit de professionele identiteit bij (toekomstige) huisartsen onderzocht. Men kan zich bijgevolg afvragen of er naast een 'artsenidentiteit' ook zoiets bestaat als een 'huisartsenidentiteit'. En zo ja, welke factoren een cruciale rol spelen in de ontwikkeling hiervan. Ook een gedetailleerd kader waarop de curriculaire pedagogiek en beoordelingsstrategieën kunnen steunen, ontbreekt momenteel nog[4]. Reden genoeg om hier in deze masterproef verder op in te gaan.

1.3. Doelstellingen

De doelstelling van deze thesis is drieledig.
Er wordt getracht de:

- definitie van professionele identiteit te achterhalen;
- beïnvloedende factoren bij het proces van identiteitsvorming te achterhalen;
- evolutie van het proces van identiteitsvorming te achterhalen.

In deze masterproef wordt onderzocht wat professionele identiteit betekent voor geneeskundestudenten. Mijn onderzoeksvraag luidt dan ook als volgt: "Hoe wordt de professionele identiteit gevormd en welke factoren spelen hierbij een rol: een kwalitatief onderzoek bij geneeskundestudenten."
Naar analogie hiervan onderzoekt mijn collega Anne-Sophie Vandenecker wat professionele identiteit betekent voor reeds praktiserende huisartsen(-in-opleiding). Zij probeert antwoorden te vinden op volgende onderzoeksvraag: "Hoe wordt de professionele identiteit gevormd en welke factoren spelen hierbij een rol: een kwalitatief onderzoek bij huisartsen(-in-opleiding)."

De uitwerking van deze masterproef bestaat uit twee delen: een gemeenschappelijk en een individueel deel. In het eerste, gemeenschappelijk luik wordt getracht aan de hand van literatuuronderzoek de definitie van professionele identiteit te achterhalen en welke factoren hierin een cruciale rol spelen. Vervolgens wordt in een tweede, individueel luik aan de hand van kwalitatief onderzoek deze theorie getoetst aan de verschillende studiepopulaties.

Naast het bevragen van de definitie van professionele identiteit en de beïnvloedende factoren bij professionele identiteitsvorming, wordt er in dit tweede deel nagegaan of er zoiets bestaat als een 'huisartsenidentiteit'. De beweegredenen om te kiezen voor geneeskunde, en meer specifiek huisartsgeneeskunde worden ook bevraagd. Tevens wordt de mate en evolutie van professionele identiteitsvorming onderzocht. Ook de factoren die mogelijk kunnen zorgen voor identiteitsdissonantie, een fenomeen dat optreedt wanneer een individu worstelt om de nieuwe met de oude identiteit te integreren, worden bevraagd.

Voor deze masterproef worden er interviews afgenomen bij geneeskundestudenten, en dit op verschillende tijdstippen in de opleiding. Mijn collega Anne-Sophie Vandenecker neemt interviews af bij praktiserende huisartsen, tevens op verschillende momenten in hun loopbaan.
Zo wordt, door de combinatie van beide masterproeven, getracht een volledig beeld te schetsen van wat professionele identiteit inhoudt voor elke (toekomstige) huisarts. De opzet van de masterproef is geen longitudinaal onderzoek. De studiepopulatie zal namelijk slechts op één bepaald moment geïnterviewd worden zonder opvolging door de tijd.

Na afloop van ons tweedelig onderzoek zullen aanbevelingen geformuleerd worden om de huidige opleiding geneeskunde te optimaliseren inzake onderwijs rond professionele identiteitsvorming.

2. Oriënterend literatuuronderzoek

2.1. Inleiding

Om de verschillende doelpopulaties te kunnen interviewen, wordt allereerst in de reeds bestaande literatuur gezocht naar mogelijke antwoorden op de onderzoeksvraag. Pas als deze antwoorden gekend zijn, kunnen de interviews gericht afgenomen worden.

2.2. Methodologie

Bij de start van het literatuuronderzoek wordt op de ICHO-website de databank van masterproeven doorzocht op zoek naar masterproeven rond professionele identiteit of identiteitsvorming bij huisartsen. Dit levert echter geen resultaten op.
Ook in HuisartsNu, Tijdschrift voor Geneeskunde en Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde wordt gezocht naar relevante artikels rond professionele identiteit. Hierbij worden de zoektermen 'professionele identiteit', 'professional', 'professioneel', 'identiteit', 'huisartsenidentiteit' en 'studenten geneeskunde' gebruikt. Dit zoekproces levert wel enkele bruikbare artikels op.

Vervolgens wordt in PubMed verder gezocht naar relevante artikels. De zoektermen die hierbij gebruikt worden, zijn: 'professional identity AND medical', 'professional identity AND medicine', 'professional identity AND medical education', 'professional identity AND medical school', 'professional identity AND medical students', 'professional identity formation' en 'professional identity AND family medicine'. Alle artikels worden opgeslagen en gescreend op titel. Van de resterende artikels worden de abstracts gelezen. De artikels die na het lezen van de abstracts weerhouden worden, worden allemaal integraal gelezen.
Daarnaast wordt op naam van de auteur gezocht naar artikels van Steinert en Cruess. Dit levert nog enkele nuttige artikels op die wederom geselecteerd worden op basis van titel en abstract.
Vanuit de interessantste artikels wordt de sneeuwbalmethode toegepast om nog extra artikels rond professionele identiteitsvorming bij geneeskundestudenten op te sporen die bij de eerste selectie nog niet gevonden werden.

Naar analogie met deze zoekstring in PubMed wordt hetzelfde gedaan in drie andere databases: Web of Science, CINAHL en Embase. De syntax wordt hierbij aangepast (bijlage 1). Deze zoekstrategie levert echter geen extra artikels op.

2.3. Resultaten

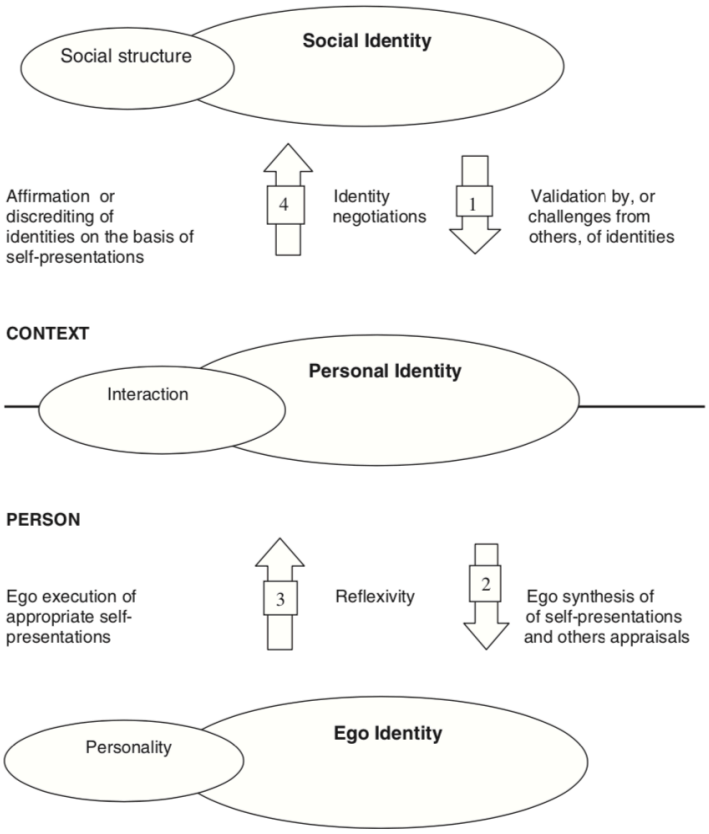
Wat opvalt bij het zoeken naar artikels rond professionele identiteitsvorming bij geneeskundestudenten is dat bepaalde auteurs herhaaldelijk in de zoekresultaten terugkomen. Zo lijkt de onderzoeksgroep van Cruess en Steinert toonaangevend op vlak van onderzoek naar professionele identiteitsvorming. Ook enkele andere namen komen frequent in de zoekresultaten voor, zoals Monrouxe, Rees, Hafferty, Jarvis Selinger, Wilson, Philips, Littlewood, Pratt, Gold en Boudreau.

2.3.1. Enkele begrippen

Volgens het Nederlands woordenboek Van Daele is de definitie van *identiteit* het eigen karakter[18]. Volgens de Oxford English Dictionary wordt identiteit omschreven als een reeks eigenschappen of een beschrijving die een persoon of ding onderscheidt van andere(n)[10].

In essentie zijn identiteiten de subjectieve gevoelens van wie men is en wie men zou willen zijn, wat zich uit in de taal die men spreekt, de kledij die men draagt en het alledaags gedrag dat men stelt[1]. Belangrijk hierbij is dat iemands identiteit eerder gedefinieerd wordt door subjectieve ervaringen dan door de objectieve realiteit van wie men écht is[2].
Volgens verschillende onderzoeksgroepen zijn identiteiten meervoudig: elk individu kan afhankelijk van de context verschillende identiteiten hebben (een persoonlijke, een professionele, enzovoort)[1,2,4,13]. Daarnaast zijn identiteiten dynamisch (ze veranderen continu doorheen de tijd) en relationeel (ze ontstaan telkens in relatie tot anderen)[4,13].

De identiteiten van geneeskundestudenten worden op verschillende niveaus ontwikkeld en beïnvloed (figuur 6). Allereerst is er de *ego identiteit*[9,13]. Dit omvat de persoonlijke karaktereigenschappen van de student, beïnvloed door intrapsychische en biologische factoren[13]. Het tweede domein is de *persoonlijke identiteit.* Dit niveau omvat de overtuigingen die de student heeft over zichzelf, de zelfgekozen of opgelegde toewijdingen, de impact van verschillende levenservaringen, enzovoort. Het omvat tevens de invloed van belangrijke personen, zoals familieleden, vrienden en collega's[9]. Tenslotte is er nog de *collectieve identiteit* of *sociale identiteit*[9,13]. Tot deze laatste groep hoort de invloed van sociale groepen waartoe de student behoort[9]. De geneeskundestudent staat onder druk om te voldoen aan de identiteiten gevormd door culturele en maatschappelijke normen[13]. De onderzoeksgroep van Cruess en Steinert stelt dat de identiteit van een individu op een gegeven moment steeds de som van bovenstaande identiteiten is[9,10].



Figuur 6: De identiteiten van geneeskundestudenten worden op verschillende niveaus ontwikkeld en beïnvloed[9].
Allereerst is er de ego identiteit[9,13]. Dit omvat de persoonlijke karaktereigenschappen van de student, beïnvloed door intrapsychische en biologische factoren[13]. Het tweede domein is de persoonlijke identiteit. Dit niveau omvat de overtuigingen die de student heeft over zichzelf, de zelfgekozen of opgelegde toewijdingen, de impact van verschillende levenservaringen, enzovoort. Het omvat tevens de invloed van belangrijke personen, zoals familieleden, vrienden en collega's[9]. Tenslotte is er nog de collectieve identiteit of sociale identiteit[9,13]. Tot deze laatste groep hoort de invloed van sociale groepen waartoe de student behoort[9]. De geneeskundestudent staat onder druk om te voldoen aan de identiteiten gevormd door culturele en maatschappelijke normen[13]. De onderzoeksgroep van Cruess en Steinert stelt dat de identiteit van een individu op een gegeven moment steeds de som van bovenstaande identiteiten is[9,10].

De term *professionaliteit* is volgens de Royal College of Physicians of London een verzameling van waarden, gedragingen en relaties die het vertrouwen van het volk in de arts ondersteunen[10]. Het is een maatschappelijk of institutioneel bepaalde morele houding die onder andere empathie, integriteit en een goede work-life balans inhoudt. Een andere definitie van professionaliteit is een set van individuele competenties of gedragingen die men moet verwerven vanuit een interactief leerproces[5].

Professioneel gedrag wordt dan weer gedefinieerd als het observeerbaar gedrag (in taal, gedrag en uiterlijk) waarin de normen en waarden van de beroepsuitoefening zichtbaar zijn. Het heeft dus betrekking op observeerbare gedragsaspecten[3].

Iemand wordt omschreven als *professional* als hij of zij de volledige opleiding heeft afgewerkt en over de nodige diploma's beschikt om het beroep uit te voeren en als hij of zij de waarden en normen verbonden aan het beroep zich heeft eigen gemaakt[2].

2.3.2. Definitie van professionele identiteit

Naar analogie met de definitie van identiteit is de definitie van *professionele identiteit* het beeld dat een individu heeft van wie men is of wie men wil zijn als professional. En dit op basis van gedrag, overtuigingen, waarden, motieven en ervaringen in relatie tot het beroep[1,2]. De professionele identiteit is het resultaat van het proces van PIF, waarbij de waarden, normen en gedragingen van het (medisch) beroep geïntegreerd worden met de persoonlijke waarden, normen en gedragingen, wat resulteert in een individu die 'denkt, voelt en zich gedraagt als een professional' (in dit geval als een arts)[4,9,10]. Met andere woorden: waar professioneel gedrag verwijst naar toegewezen gedragingen die de maatschappij verwacht van een bepaalde beroepsgroep, verwijst professionele identiteit naar de geïnternaliseerde waarden en normen, die tot uiting komen in een voelen, denken en handelen eigen aan die beroepsgroep[19,20].
Een sterke professionele identiteit zorgt ervoor dat men kan stilstaan bij de eigen waarden en normen en hoe deze zich verhouden tot de voorgeschreven waarden en normen in het beroep en tot deze van andere collega's of patiënten[5].

Eenzelfde individu kan naast verschillende identiteiten (persoonlijke identiteit, professionele identiteit, …) ook verschillende professionele identiteiten bezitten. Zo kan iemand bijvoorbeeld zowel arts als academicus zijn, of zowel arts als opleider, enzovoort[1-3].

2.3.3. Proces van professionele identiteitsvorming

Professionele identiteitsvorming is eenvoudig gesteld 'het transitieproces' van student naar arts: het proces waarbij een individu van student naar arts transformeert[4,19]. Het is het proces waarbij een individu zichzelf gaat definiëren als lid van de beroepsgroep door kennis, vaardigheden, attitudes, waarden en gedragingen eigen aan het beroep te integreren met de eigen unieke identiteit en kernwaarden[4,13,14,16,20].

Net als de persoonlijke identiteit is de professionele identiteit een dynamisch gegeven dat continu verandert en zich ontwikkelt doorheen de tijd[9,16]. In overeenstemming met de identiteitsvorming volgens Kegan wordt verondersteld dat de professionele identiteit van artsen zich doorheen stadia 2 tot en met 4 ontwikkelt (tabel 2). In stadium 2 kan men de professionele rollen wel vermoeden, maar domineren vooral nog de eigen noden en belangen. Er is in dit stadium weinig plaats voor zelfreflectie en emoties nemen vaak de bovenhand. In stadium 3 daarentegen zijn de emoties al beter onder controle. Men probeert 'het juiste' te doen, maar is vooral bezorgd over hoe men door anderen gepercipieerd wordt. In stadium 4 begrijpt men de verschillende waarden en verwachtingen binnen relaties. Men eigent de externe, professionele waarden toe als eigen, interne waarden. In dit stadium primeert rede boven emoties: de emoties zijn volledig onder controle en ondergeschikt aan de rede. Ten slotte is er nog stadium 5. In dit

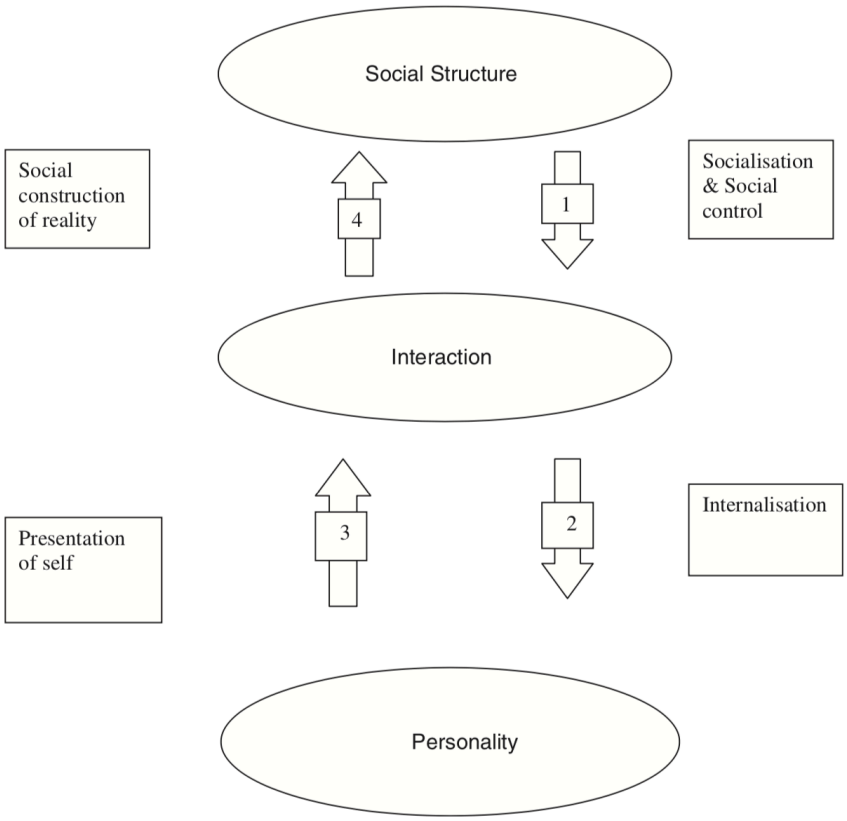
stadium staat men open voor verschillende invloeden en is men niet langer beperkt tot eenzelfde identiteit. Zoals bij de vorming van de persoonlijke identiteit bereikt niet iedereen dit stadium[9].

Stage	Personal characteristics	Manifestations in a professional context
2: Imperial	An individual who takes into account the views of others but whose own needs and interests predominate	An individual who can assume professional roles but is primarily motivated to follow rules and to be correct; self-reflection is low. Emotions can overwhelm reason.
3: Interpersonal	An individual who is able to view multiple perspectives simultaneously and subordinate self-interest; who is concerned about how she or he is perceived by others	An individual who can assume professional roles and is oriented towards sharing obligations; tends to seek out those to emulate; is idealistic and self-reflective. Emotions are generally under control, and she or he generally does the right thing.
4: Institutional	An individual who can assume a role and enter into relationships while assessing them in terms of self-authored principles and standards; the self is defined independently of others	An individual who is able to understand relationships in terms of different values and expectations. The external values of the professional become internal values. Reason is in full control over needs, desires, and passion.

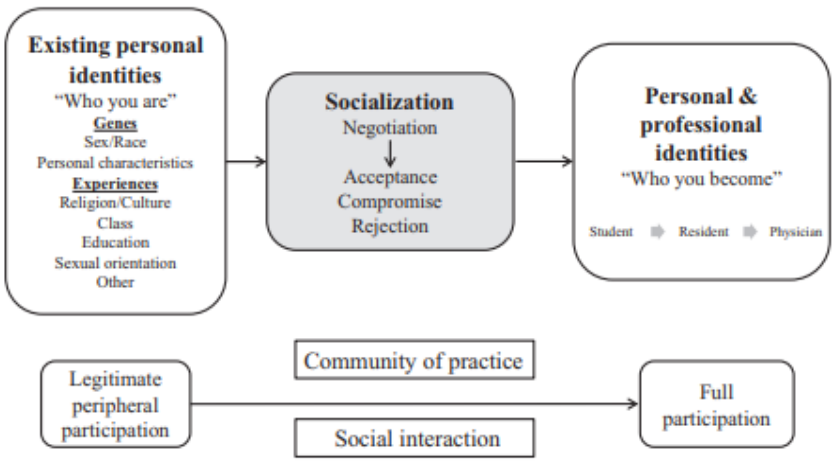
Tabel 2: Stadia 2 tot en met 4 van identiteitsvorming volgens Kegan, aangepast aan de ontwikkeling van de professionele identiteit in geneeskunde[9].
In stadium 2 kan men de professionele rollen wel vermoeden, maar domineren vooral nog de eigen noden en belangen. Er is in dit stadium weinig plaats voor zelfreflectie en emoties nemen vaak de bovenhand. In stadium 3 daarentegen zijn de emoties al beter onder controle. Men probeert 'het juiste' te doen, maar is vooral bezorgd over hoe men door anderen gepercipieerd wordt. In stadium 4 begrijpt men de verschillende waarden en verwachtingen binnen relaties. Men eigent de externe, professionele waarden toe als eigen, interne waarden. In dit stadium primeert rede boven emoties: de emoties zijn volledig onder controle en ondergeschikt aan de rede. Ten slotte is er nog stadium 5. In dit stadium staat men open voor verschillende invloeden en is men niet langer beperkt tot eenzelfde identiteit. Zoals bij de vorming van de persoonlijke identiteit bereikt niet iedereen dit stadium[9].

De professionele identiteit wordt dus gradueel gevormd in stadia[9,10,16]. Dit proces is niet lineair, maar evolueert rond kritische gebeurtenissen[16]. Bovendien ontwikkelt de professionele identiteit zich door interactie met de omgeving[2,15]. Dit wordt weergegeven in het Personaliteit en Sociale Structuur Perspectief volgens House (figuur 7). De sociale structuur is de manier waarop de maatschappij is georganiseerd, 'de manier waarop zaken in geneeskunde gedaan worden'. Het omvat tradities, regels, waarden en normen. Voorbeelden hiervan zijn het dragen van een witte jas of de lange werkuren binnen geneeskunde. De persoonlijkheid is de psyche, 'wie men is'. Door de interactie tussen beide worden de waarden en normen verbonden aan de sociale context waarin men leeft, geïnternaliseerd. Elk individu is het resultaat van voorgaande internalisaties, zijn of haar pogingen om zich adequaat aan de sociale context aan te passen[13].

Dit proces van interactie wordt 'socialisatie' genoemd en is essentieel bij professionele identiteitsvorming bij geneeskundestudenten (figuur 8). De basis voor dit proces is de 'social learning theory'[9]. Deze theorie stelt dat de sociale context waarin iemand leeft een fundamentele rol speelt in de ontwikkeling van het individu. Het benadrukt dat sociale interactie onmisbaar is[4]. Door de interactie met anderen leert men de verwachtingen binnen het beroep[2,13]. Volgens Cruess en Steinert symboliseert de toelating in geneeskunde het begin van een lang proces van socialisatie. Dit proces van socialisatie zorgt ervoor dat een individu transfereert van perifere naar volledige participatie binnen de geneeskunde- of artsengemeenschap, met andere woorden dat een individu transformeert van burger naar getrainde professional. Om van een volledige participatie binnen de geneeskunde- of artsengemeenschap te kunnen spreken, moet men de identiteit van die gemeenschap volledig verworven hebben[9].

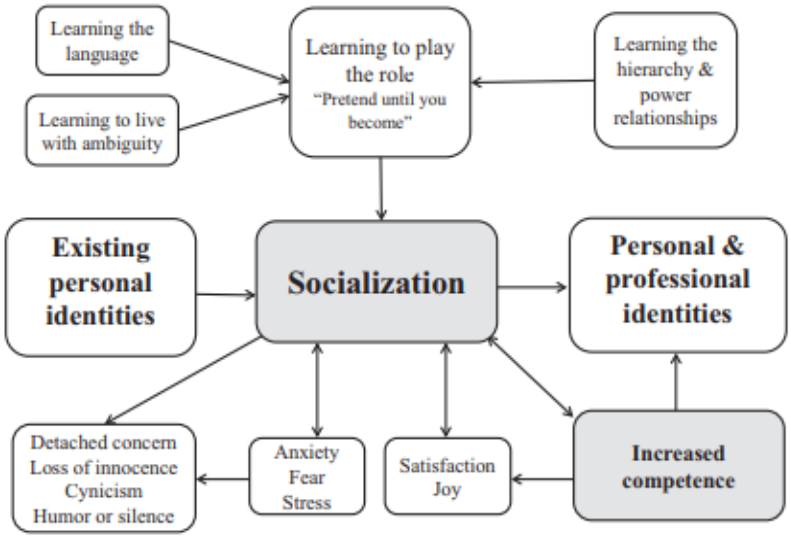


Figuur 7: Het PSSP-model (Personaliteit en Sociale Structuur Perspectief) volgens House[13].
De sociale structuur is de manier waarop de maatschappij is georganiseerd, 'de manier waarop zaken in geneeskunde gedaan worden'. Het omvat tradities, regels, waarden en normen. Voorbeelden hiervan zijn het dragen van een witte jas of de lange werkuren binnen geneeskunde. De persoonlijkheid is de psyche, 'wie men is'. Door de interactie tussen beide, het proces van 'socialisatie', worden de waarden en normen verbonden aan de sociale context waarin men leeft, geïnternaliseerd. Elk individu is het resultaat van voorgaande internalisaties, zijn of haar pogingen om zich adequaat aan de sociale context aan te passen[13].



Figuur 8: Een schematische weergave van het proces van socialisatie[9].
Het proces van socialisatie zorgt ervoor dat een individu transfereert van perifere naar volledige participatie binnen de geneeskunde- of artsengemeenschap, met andere woorden dat een individu transformeert van burger naar getrainde professional. Om van een volledige participatie binnen de geneeskunde- of artsengemeenschap te kunnen spreken, moet men de identiteit van die gemeenschap volledig verworven hebben[9]. Door dit proces van socialisatie zal elke student gradueel gaan 'denken, voelen en zich gedragen als een echte arts'[10].

De mate waarin iemand klaar is om de nieuwe identiteit te internaliseren, varieert, wat kan leiden tot een fenomeen genaamd 'identiteitsdissonantie' (figuur 9)[9,13]. Identiteitsdissonantie ontstaat wanneer een individu worstelt om de nieuwe identiteit (gevormd door de waarden en normen van de gemeenschap) te integreren met de oude identiteit (de bestaande persoonlijke identiteit). De gevolgen hiervan zijn onder andere verminderde interesse, cynisme, angst en stress[9,10,13]. Wanneer het proces van socialisatie succesvol doorlopen wordt, leidt dit tot voldoening, vreugde en een toegenomen competentieniveau[9,13]. Het gevoel erbij te horen is hierbij een belangrijk gegeven[13].



Figuur 9: Een schematische weergave van het proces van socialisatie en de mogelijke gevolgen[9].
De mate waarin iemand klaar is om de nieuwe identiteit te internaliseren, varieert, wat kan leiden tot een fenomeen genaamd 'identiteitsdissonantie' (figuur 9)[9,13]. De gevolgen hiervan zijn onder andere verminderde interesse, cynisme, angst en stress[9,10,13]. Wanneer het proces van socialisatie succesvol doorlopen wordt, leidt dit tot voldoening, vreugde en een toegenomen competentieniveau[9,13]. Het gevoel erbij te horen is hierbij een belangrijk gegeven[13].

2.3.4. Beïnvloedende factoren bij professionele identiteitsvorming

Verschillende factoren, zowel niet-variabelen als variabelen en zowel factoren binnen als buiten het onderwijssysteem van geneeskunde, kunnen het proces van professionele identiteitsvorming beïnvloeden (figuur 10)[9,13,16]. Studenten met 'gunstige' (niet-)variabelen zullen het proces van identiteitsvorming doorgaans gemakkelijker doorlopen[13]. Door de verschillende factoren die betrokken zijn bij het proces van socialisatie beter te begrijpen, zou de transitie naar de nieuwe identiteit gemakkelijker en minder stresserend verlopen[10].

2.3.4.1. Persoonsgebonden factoren

De persoonsgebonden factoren vormen samen de bestaande persoonlijke identiteit (figuur 8). De persoonlijke identiteit is het fundament waarop de professionele identiteit wordt geconstrueerd en bepaalde aspecten van deze identiteit zullen nog steeds in de toekomstige arts aanwezig zijn[9,10]. Vandaar dat deze factoren ook een rol spelen bij de vorming van de professionele identiteit[9].

Allereerst zouden verschillende **sociodemografische en socio-economische factoren**, zoals geslacht, ras, cultuur, religie, sociale klasse en opleidingsniveau een invloed hebben op de vorming van de professionele identiteit[9,10,13,14]. Ook het aantal jaren klinische ervaring zou een rol spelen. Zo blijkt uit onderzoek dat opleiders significant beter scoren dan residenten (= artsen-in-opleiding die de basisopleiding hebben afgewerkt) en dat opleiders en artsen-in-

opleiding beter scoren dan geneeskundestudenten wat betreft PIF. In tegenstelling tot het aantal jaren klinische ervaring zou de leeftijd geen invloed hebben op het proces van PIF[14].

Ook de genen en de **persoonlijke karaktereigenschappen** zouden een invloed hebben op de ontwikkeling van de professionele identiteit[9]. Zo zouden bijvoorbeeld studenten met veel zelfvertrouwen, studenten met een kritische blik en/of vastberaden studenten sneller het proces van identiteitsvorming doorlopen[13].
Ook studenten die geëngageerd zijn en bijvoorbeeld lid zijn van verenigingen en/of vrijwilligerswerk of vrijwillige stages doen, zouden sneller de identiteit van arts aannemen[4,13]. Zo blijkt uit onderzoek dat engagement het gevoel van empathie en verantwoordelijkheidszin bij de studenten vergroot en het gevoel van leiderschap bevordert[4].

Daarnaast zou het proces van socialisatie afhankelijk zijn van **persoonlijke ervaringen of sleutelmomenten**. Zelfreflectie over persoonlijke ervaringen zou fundamenteel zijn in het proces van socialisatie[4,9,10,15]. Reflectie over emotionele gebeurtenissen en emotionele beheersing zijn immers kerncompetenties van professionaliteit[14]. Bovendien komt emotionele beheersing ook terug in de ontwikkelingsstadia volgens Kegan[9].

2.3.4.2. Opleidingsgebonden factoren

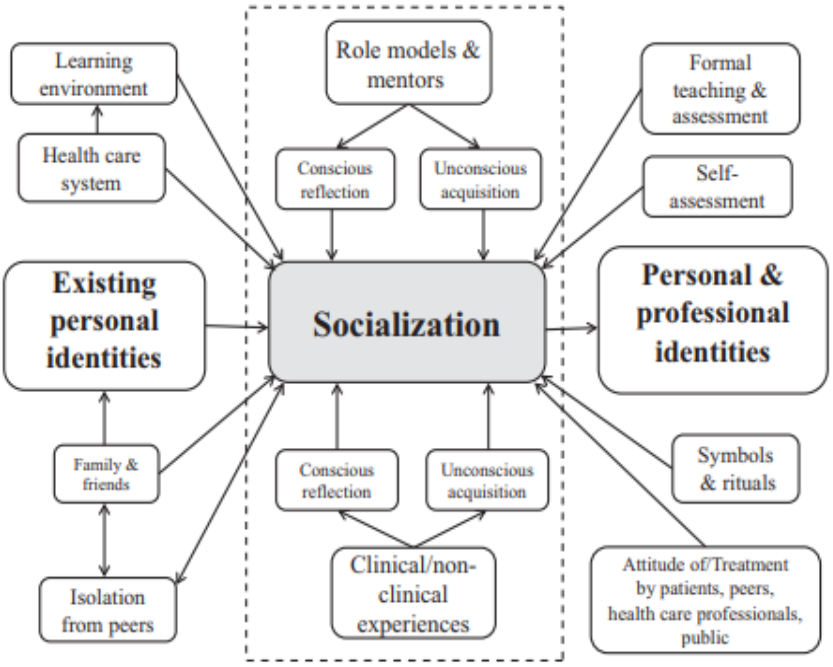
Niet alleen persoonlijke, maar ook **klinische ervaringen of sleutelmomenten** zouden een rol spelen in het proces van socialisatie[4,9,10,15]. Zowel tijdens de bachelorjaren als tijdens de masterjaren lijkt contact met de klinische praktijk essentieel[21]. Zo zouden ontmoetingen met patiënten en het leren omgaan met patiëntencontacten noodzakelijk zijn in het proces van PIF bij geneeskundestudenten[15].
Daarnaast is ook de werksfeer van belang. Constructieve feedback tijdens stages zou de identiteitsvorming bijvoorbeeld positief beïnvloeden, terwijl overwerken of vernederende opmerkingen op de werkvloer misnoegen en wrok zouden teweegbrengen, wat de identiteitsvorming dan weer in de weg staat[9,15].

In de literatuurstudies vermeldt men ook dat bepaalde specifieke momenten tijdens de opleiding een sleutelrol zouden spelen in het proces van PIF. Zo komen het bijwonen van dissecties en het meemaken van een eerste geboorte of een eerste overlijden naar voren als cruciale gebeurtenissen in het proces naar arts worden. Ook zogenaamde 'wittejasceremonies' zouden een rol spelen[3]. Daarnaast zou ook het moment waarop de geneeskundestudies kunnen aangevat worden, met andere woorden en vrij vertaald het slagen voor de toelatingsproef, een cruciale rol spelen, aangezien dit het begin van een lang proces van socialisatie aangeeft[9,21].
Naar analogie met persoonlijke ervaringen speelt zelfreflectie over klinische ervaringen een fundamentele rol bij het proces van socialisatie[4,15]. Ook hier getuigt emotionele beheersing van professionaliteit, wat bijdraagt tot de vorming van de professionele identiteit[14].

Bovendien zou **het curriculum** een grote rol spelen in de professionele identiteitsvorming, zowel formeel als verborgen[5,10,13]. Het curriculum omvat niet alleen de lessen, maar ook de manier waarop de opleiding georganiseerd wordt[13].
Uit onderzoek blijkt dat sommige studenten angst ondervinden om de kennis onvoldoende te beheersen om volwaardig arts te kunnen zijn. Ook het belang van het aanleren van goede communicatievaardigheden tijdens de opleiding wordt in deze studie vermeld[15]. De studie benadrukt het belang van een gevoel van competentie bij de geneeskundestudent. Naarmate de competentie toeneemt, voelt de geneeskundestudent zich meer zeker van zijn rol. Omgekeerd, als een individu zich niet comfortabel voelt in zijn rol of niet over de juiste capaciteiten bezit, compromitteert dit het proces van identiteitsvorming[9,10]. Volgens deze redenering zouden ook de examenresultaten van de studenten een invloed hebben. Zo zouden studenten met slechtere resultaten zich minder competent voelen en vaker identiteitsdissonantie ervaren. Zij zullen minder snel de rol van arts aannemen[13].

2.3.4.3. Sociale factoren

Daarnaast zou de (leer)omgeving waarin de geneeskundestudent vertoeft van belang zijn bij de professionele identiteitsvorming[4,15]. Zo zou het proces van socialisatie onder andere afhankelijk zijn van **rolmodellen en mentoren**[4,9,10]. Rolmodellen en mentoren geven bewust hun kennis door aan geneeskundestudenten door observatie, imitatie en oefening, maar ook onbewust geven ze gedragspatronen door[9]. Ze kunnen zowel positief als negatief een invloed hebben op de identiteitsontwikkeling van de geneeskundestudent[10,15].
Ondanks de fysieke en culturele isolatie van artsen-in-opleiding uit hun persoonlijk milieu tijdens het proces van socialisatie, blijven ook **vrienden en familie** een impact hebben op de ontwikkeling van de identiteit[10].
Ook **medestudenten en collega's** zouden een invloed hebben bij het proces van PIF. Hoe men behandeld wordt door peers en **andere gezondheidsmedewerkers** lijkt van belang[10].
Daarnaast zouden ook **de patiënten** zelf een invloed hebben op het proces van PIF. Zoals reeds hierboven vermeld zouden ontmoetingen met patiënten en het leren omgaan met patiëntencontacten belangrijk zijn in het proces van PIF bij geneeskundestudenten[15]. Ook de manier waarop men behandeld wordt door patiënten zou een invloed hebben[10].
Ten slotte zou ook de 'greater picture', **het gezondheidszorgsysteem** op zich, een rol spelen bij het proces van socialisatie. De mate waarin of snelheid waarmee een student de identiteit van arts aanneemt, kan namelijk afhankelijk zijn van de aanwezige medische voorzieningen en infrastructuur[10]. Bovendien zijn er bepaalde **sociale verwachtingen** ten aanzien van geneeskundestudenten[10,15]. De manier waarop anderen de student percipiëren, verandert drastisch door de opleiding. Elke (toekomstige) arts heeft namelijk een verantwoordelijkheid ten opzichte van patiënten en de maatschappij. Het al dan niet aankunnen van deze nieuwe verantwoordelijkheden geassocieerd aan het medisch beroep is van belang bij het proces van PIF[15]. Een mogelijk conflict tussen enerzijds de persoonlijke waarden en geïdealiseerde verwachtingen en anderzijds de realiteit van het beroep kan leiden tot identiteitsdissonantie[4].



Figuur 10: Een schematische weergave van de verschillende factoren die betrokken zijn bij het proces van socialisatie[9]. Deze factoren kunnen het proces van professionele identiteitsvorming beïnvloeden. De rechthoek in stippellijn symboliseert het belang van rolmodellen en mentoren, en persoonlijke en klinische ervaringen. De richting van de pijlen, van de bestaande persoonlijke identiteit naar de persoonlijke en professionele identiteit, geeft de dynamiek van dit proces weer[9].

2.3.5. Definitie van artsenidentiteit

Onder de bevolking leeft er een ideaal van 'de goede arts'. Het gedrag van elke arts wordt steeds geleid (en soms ook beperkt) door dit ideaalbeeld[10].
In enkele artikels worden de kenmerken van 'een goede arts' vermeld. Niemi et al. bijvoorbeeld stelt dat een goede arts competent moet zijn. Een goede arts kenmerkt zich door het bezit van kennis en persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheden. Bovendien is hij of zij in staat tot zelfreflectie[22]. Volgens Wong en Trollope-Kumar kenmerkt een goede arts zich dan weer door professionaliteit, zelfbewustzijn, communicatievaardigheden, empathie, ethische correctheid, rechtvaardigheid en waardigheid[15]. Volgens Cruess en Steinert is een goede arts competent, zorgzaam, medelevend, eerlijk en integer[16]. Verder worden in de TIME(Transformation In Medical Education)-studie van Holden et al. tien kerneigenschappen van een goede arts besproken die fundamenteel lijken bij de vorming van de professionele identiteit. Volgens hen zou de ideale arts flexibel, altruïstisch, nieuwsgierig, empathisch, ethisch correct, eerlijk, reflecterend, verantwoordelijk, zelfbewust en betrouwbaar moeten zijn[4]. Ook in het artikel van Van Mook bezit de ideale arts een ruime medische kennis, goede technische vaardigheden en is hij of zij daarnaast integer, verantwoordelijk, respectvol en empathisch ten opzichte van patiënten. Bovendien is hij of zij liefst ook nog een prettige collega om mee samen te werken. De kenmerken van professioneel gedrag van artsen worden in het artikel uitvoerig opgelijst (tabel 3)[3]. Deze kenmerken overlappen grotendeels met de CanMEDS-rollen, waarbij een arts de rol van communicator, samenwerkingspartner, leider, gezondheidspromotor, academicus, professional en medisch expert moet bezitten[6].

omgaan met werk
- toont verantwoordelijkheid
- laat disfunctioneel gedrag niet zomaar passeren
- werkt met standaarden
- past wetenschappelijke kennis in dagelijkse praktijk toe
- toont leiderschap
- is zeer vaardig
- neemt deel aan (bij)scholing
- toont duidelijke en hoge morele normen en waarden
- streeft naar verbetering van kwaliteit
- onderwerpt zich aan externe toetsing
- biedt deskundige hulp

omgaan met anderen

algemeen
- is communicatief vaardig
- is niet arrogant
- stelt onprofessioneel gedrag aan de kaak
- is altruïstisch, empathisch en integer; toont compassie en respect
- bepaalt eigen grenzen
- houdt professionele afstand
- is dienstbaar aan de gemeenschap

omgang met patiënten
- kan onderhandelen
- stelt patiëntenbelang boven eigenbelang
- is gevoelig voor behoeften van patiënt, staat open voor patiënt

omgang met staf en collega's
- is geschikt om in een team te werken
- voelt zich verplicht samen te werken met anderen in de gezondheidszorg
- kan adequaat omgaan met disfunctionerende collega's
- staat open voor de behoeften van de samenleving
- stimuleert collega's tot optimale werkprestaties
- voelt zich verantwoordelijk voor collega's
- kan goed omgaan met de beperkingen van anderen, en ook actief (therapeutisch) interveniëren

omgaan met zichzelf
- is toegewijd aan het principe van externe beoordeling
- is open over eigen gedrag, probeert zaken transparant te houden
- is stabiel, bescheiden en tolerant

Tabel 3: De kenmerken van professioneel gedrag van artsen[3].

2.3.6. Definitie van huisartsenidentiteit

Ondanks onze uitgebreide zoekstrategie werden er geen artikels gevonden rond de professionele identiteit van huisartsen. Dit blijkt in de wetenschappelijk literatuur onontgonnen gebied. Geen enkel artikel beschrijft de kenmerken van 'een goede huisarts', noch wat het precies betekent om huisarts te zijn inzake identiteit. Reden te meer dus om via het kwalitatief onderzoek in deze masterproef hier meer kennis rond te vergaren.

Ondanks het gebrek aan literatuur over huisartsenidentiteit is wel reeds uitgebreid onderzoek gebeurd naar de kerncompetenties van huisartsgeneeskunde. Zo heeft WONCA Europe, een toonaangevende academische en wetenschappelijke organisatie voor huisartsen in Europa, een definitie voor huisartsgeneeskunde opgesteld (figuur 11). Deze WONCA-definitie geeft een beschrijving van de discipline, van de professionele taken die een huisarts op zich moet nemen en de kerncompetenties van een huisarts. Dit met als doel kwalitatieve en kosteneffectieve zorg te garanderen[23].
Volgens de definitie zijn de kerncompetenties van de huisarts de volgende:

- Eerstelijnszorgverlening:
    - de vaardigheid tot het onderhouden van primaire contacten met patiënten;
    - de coördinatie van de zorg in samenspraak met andere professionals in eerste lijn en tweede lijn, leidend tot effectieve en adequate zorgverlening met oog voor de belangenbehartiging van de patiënt.
- Persoonsgerichte zorg:
    - de ontwikkeling van persoonsgerichte vaardigheden in het omgaan met patiënten en problemen;
    - de ontwikkeling en toepassing van een huisartsgeneeskundige consultvoering om een effectieve arts-patiëntrelatie op te bouwen;
    - het leveren van continue zorg over langere periodes op basis van de behoeften van de patiënt.
- Specifieke probleemoplossende vaardigheden:
    - toepassing van de eigen besliskundige procedures op basis van prevalentie en incidentie van ziekten in de bevolking;
    - zorgverlening bij aandoeningen die zich in een vroeg stadium en op een ongedifferentieerde manier kunnen presenteren en directe interventie wanneer dat nodig is.
- Integrale aanpak:
    - de gelijktijdige aanpak van acute en chronische gezondheidsproblemen van individuele patiënten;
    - het bevorderen van gezondheid en welzijn door op de juiste wijze strategieën voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie toe te passen.
- Gerichtheid op de gemeenschap:
    - de afstemming van de gezondheidsbehoeften van individuele patiënten op de gezondheidsbehoeften van de gemeenschap waarvan zij deel uitmaken, met inachtneming van de beschikbare gezondheidszorgvoorzieningen.
- Holistische benadering:
    - de vaardigheid om een biopsychosociaal model toe te passen, met gevoel voor culturele achtergronden en de manier waarop mensen zin geven aan leven, ziekte en overlijden[23].

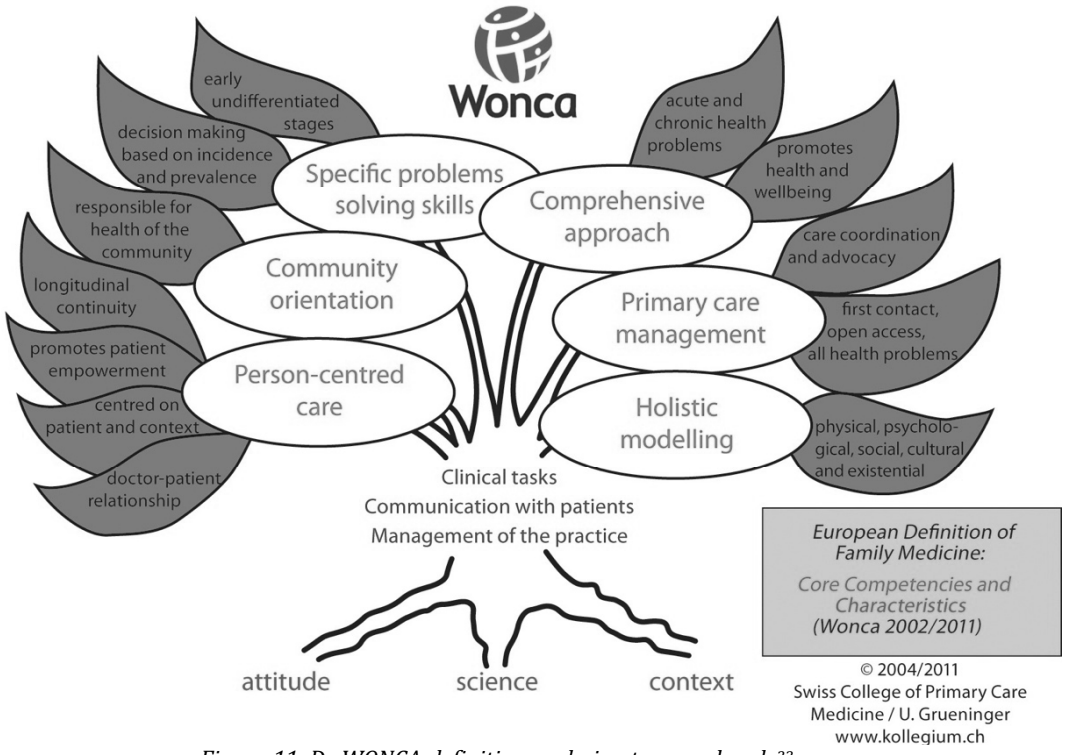
Bij de uitoefening van het specialisme in de praktijk zal de huisarts deze kerncompetenties toepassen op drie belangrijke gebieden:

- Het medisch handelen.
- De communicatie met patiënten.
- De manier waarop de praktijkvoering is georganiseerd[23].

Voor deze persoonsgerichte en wetenschappelijke discipline zijn drie achtergrondskenmerken van fundamenteel belang:

- Context: het steeds gebruikmaken van de context van de persoon, de familie, de leefomgeving en hun cultuur.
- Attitudes: gebaseerd op eigen professionele bekwaamheden, waarden en ethische principes van de arts.
- Wetenschap: het hanteren van een kritische en op onderzoek gebaseerde benadering van de praktijk en deze handhaven door een continu proces van nascholing en kwaliteitsbevordering[23].

De grote onderlinge verwevenheid van de kerncompetenties, de toepassingsgebieden en de fundamentele achtergrondskenmerken typeert de discipline huisartsgeneeskunde en onderstreept de complexiteit van het specialisme[23].



Figuur 11: De WONCA-definitie voor huisartsgeneeskunde[23].

2.3.7. Implementatie en beoordeling in het medisch onderwijs

Het doel om professionele identiteitsvorming in de medische opleiding te implementeren, is om het transformatieproces van student naar arts te faciliteren en de studenten te ondersteunen in hun zoektocht naar hun professionele identiteit[5,7,10,13,19,24]. De activiteiten die onder andere worden voorgesteld in de literatuur zijn workshops rond persoonlijke ontwikkeling, reflecterend schrijven, het bijhouden van portfolio's, keuzevakken en mentorsessies[1,4,20]. Ook werkplekleren en stages worden aanbevolen[4,9,10,25].

Reflecterend schrijven en het gebruik van portfolio's steunt op het feit dat reflectie de studenten helpt bij hun identiteitsontwikkeling[5,10,15,20,24]. Bovendien is de rol van rolmodellen en mentoren groot bij de vorming van de professionele identiteit, waardoor mentorsessies een geschikt hulpmiddel zijn om de gedachten en gevoelens met docenten te bespreken[1,5,26].

Studenten aanzetten tot zelfreflectie kan reeds vroeg in het curriculum, door bijvoorbeeld incidenten te bespreken die met professioneel gedrag te maken hebben, zoals gepubliceerde tuchtzaken, meegemaakte moeilijke situaties of falen van het eigen handelen. Het geven van keuzevakken rond ethiek en humanitaire zaken kan tevens bijdragen aan de ontwikkeling van professioneel gedrag[3].

Het belang van werkplekleren en stages steunt op het feit dat socialisatie het leerproces begunstigt[4,5,9,10]. Recent onderzoek naar de ontwikkeling van een patiëntgerichte, professionele identiteit bevestigt het belang van vroege patiëntencontacten, aangezien deze reflectie bij de studenten stimuleren en de leercurve versterken[5,25,26]. Bovendien wordt in het artikel van Van Mook gesuggereerd om reeds vroeg in het curriculum een 'wittejassenceremonie' te houden, bijvoorbeeld waarbij de studenten na ontvangst van hun witte jas een belofte uitspreken die vergelijkbaar is met de eed van Hippocrates. Dit om de rol van professioneel gedrag en socialisatie bij de studenten te beklemtonen[3].

De rol van professional wordt de laatste jaren meer en meer geïntegreerd in het curriculum geneeskunde. Elke faculteit geeft hier zijn eigen invulling aan. Aan de Universiteit Gent komt de professionalrol onder meer aan bod in de E(Exploratie)-lijn aan de hand van onder andere een aantal medisch-ethische vraagstukken, het bijwonen van Studium Generale en het volgen van een huisarts- en een ouderenzorgstage. Ook het blok Gezondheid en Maatschappij beklemtoont reeds de rol van de arts in de maatschappij. Daarnaast worden de nodige communicatieve en klinische vaardigheden aangeleerd in de V(Vaardigheden)-lijn. Met behulp van portfolio's en mentorsessies wordt stilgestaan en gereflecteerd bij het eigen handelen[5].

Het lijkt echter complex om het stadium 'is', het laatste stadium uit de piramide van Miller, te beoordelen[5,10,16]. Gezien waarden, karaktertrekken en gedragingen veelal subjectief zijn, is het bijzonder moeilijk om deze zomaar te beoordelen. Bovendien is het belangrijk dat er ook binnen het artsenberoep voldoende diversiteit aan identiteiten is. Het is daarom onmogelijk om voor elk individu eenzelfde standaard te ontwikkelen bij de beoordeling van de professionele identiteit[5,16]. Wat wel aanbevolen wordt bij de toetsing van de professionalrol, is dat de professionele identiteit bij studenten longitudinaal beoordeeld wordt, waarbij de studenten op geregelde tijdstippen feedback krijgen over hun persoonlijk proces[3-5,10,20,24]. Voorbeelden hiervan zijn OSCE's (Objective Structured Clinical Examinations), reflecterend schrijven, enquêtes, interviews en portfolio's[4,5,20,24]. Bij het reflecterend schrijven kunnen leerlogs gebruikt worden om ervaringen neer te schrijven[22]. De studenten een enquête laten invullen of interviewen rond de stand van hun professionele identiteit, kan helpen om hun progressie in kaart te brengen[22,27]. Ook het gebruik van het repertoire raster kan hierbij een hulpmiddel zijn. Dat is een interviewtechniek gebaseerd op de constructtheorie van de Amerikaanse psycholoog George Kelly die gebruikt wordt om de manieren te identificeren waarop iemand zijn of haar ervaringen interpreteert of betekenis geeft en waaruit conclusies over de persoonlijkheid kunnen worden gemaakt[22]. Door op geregelde tijdstippen feedback te geven, kunnen de tutoren, naast beoordelen, de studenten ook begeleiden en waar nodig heroriënteren[5]. Ook het CanMEDS-model kan gebruikt worden om de competenties bij studenten te evalueren, waarbij een duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen de competenties die op bachelorniveau en deze die op masterniveau moeten behaald worden. In de bachelorjaren moeten de competenties enkel gekend en toegelicht kunnen worden, terwijl in de masterjaren deze competenties ook in praktijk moeten kunnen uitgevoerd worden[6].

3. Kwalitatief onderzoek

3.1. Inleiding

Na het oriënterend literatuuronderzoek kan overgegaan worden op het veldwerk. Hierbij worden de bevindingen uit de literatuur getoetst aan de eigen studiepopulatie. Dit gebeurt door middel van semigestructureerde interviews.
In deze masterproef worden studenten geneeskunde bevraagd. Naar analogie hiervan onderzoekt mijn collega Anne-Sophie Vandenecker de professionele identiteit bij afgestudeerde huisartsen.

3.2. Methodologie

3.2.1. Studieprotocol

Zoals bij elk onderzoeksproject moet allereerst een verzoek tot advies van het Ethisch Comité worden ingediend (bijlage 2). Er wordt een studieprotocol van het onderzoek opgesteld (bijlage 2, bijlage D), alsook een uitnodigingsmail (bijlage 2, bijlage A) en informatiebrief voor de deelnemers (bijlage 2, bijlage B). Het formulier voor geïnformeerde toestemming wordt bijgevoegd (bijlage 2, bijlage C). Dit geheel werd ingediend op 19/04/2019. Op 03/05/2019 werd voor deze studie een positief advies ontvangen van de Commissie Medische Ethiek van het UZ Gent (bijlage 3).

3.2.2. Interview guide

Op basis van de resultaten uit het oriënterend literatuuronderzoek wordt een interview guide opgesteld (bijlage 4). Deze zal als leidraad dienen bij het afnemen van de interviews.
Belangrijk hierbij is dat het gaat om semigestructureerde interviews. Dit wil zeggen dat er op voorhand door middel van open of halfopen vragen een bepaalde structuur wordt aangebracht, maar dat de volgorde van de onderwerpen en de exacte formulering van de vragen niet vastligt. De interview guide is geen rigide structuur, maar dient eerder als een 'checklist' om te kijken of alle onderwerpen aan bod komen.
Bovendien gaat het om diepte-interviews. Door dieper in te gaan op de geformuleerde antwoorden en eventueel bijvragen te stellen die afwijken van de originele interview guide, wordt het gesprek verder gevoed.

3.2.3. Rekrutering van de onderzoekspopulatie

Als de interview guide is opgesteld, kan gestart worden met het rekruteren van de studiepopulatie. De studiepopulatie is idealiter zo heterogeen mogelijk verdeeld qua sociodemografische en socio-economische gegevens. Voor de eenvoud worden enkel geneeskundestudenten aan de Universiteit Gent geïnterviewd. Zij worden op twee verschillende momenten in de opleiding ondervraagd: in derde bachelor en in derde master. Deze tijdstippen worden zo gekozen om verschillende redenen. Zo markeert derde bachelor en derde master respectievelijk de helft en het einde van de basisopleiding geneeskunde. Er wordt gekeken wat professionele identiteit betekent op bachelorniveau en wat het betekent op masterniveau. Bovendien is de opleiding van de studenten uit derde bachelor vooral theoretisch. Zij hebben nog quasi geen stage-ervaringen, terwijl de studenten uit derde master middenin hun basisstages vertoeven. Dit zorgt voor een verschillende invalshoek.
Let wel: de opzet van deze masterproef is geen longitudinaal onderzoek. De studiepopulatie zal slechts op één bepaald moment geïnterviewd worden zonder opvolging door de tijd.

Voor de studenten uit derde bachelor is het enige inclusiecriterium dat het studenten geneeskunde moeten zijn. Voor de studenten uit derde master is er een bijkomend inclusiecriterium: zij moeten een bepaalde interesse voor huisartsgeneeskunde tonen en huisartsgeneeskunde als een mogelijke afstudeerrichting zien. De masterproef kadert immers binnen de opleiding tot huisarts en bestudeert in het bijzonder de professionele identiteit bij (toekomstige) huisartsen (dit als tweeluik met mijn collega Anne-Sophie Vandenecker). In derde bachelor wordt dit bijkomend inclusiecriterium niet ingevoerd, aangezien deze studenten nog aan het begin van hun opleiding staan en de beroepskeuze bij hen meestal nog heel onzeker is.

Om de studenten te bereiken, wordt contact opgenomen met de jaarverantwoordelijken in derde bachelor en derde master. Deze contactgegevens worden via het secretariaat van de faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Gent verkregen. Beide jaarverantwoordelijken worden gecontacteerd per e-mail, alsook via Facebook met de vraag mij toe te voegen in de Facebookgroep van beide studiejaren. Eenmaal toegelaten wordt in de groepen een oproep gepost om de studenten te enthousiasmeren voor het onderzoek. Er wordt vermeld om bij interesse contact op te nemen via e-mail. Daarnaast wordt er ook een mondelinge oproep gedaan in het auditorium, waarbij de geïnteresseerde studenten hun e-mailadres kunnen bezorgen.

Bij interesse worden bijkomende inlichtingen doorgestuurd (bijlage 2, bijlage B). Deze kunnen de studenten doornemen in afwachting van het interview. Daarnaast wordt de geïnformeerde toestemming bijgevoegd (bijlage 2, bijlage C), die ze bij de start van het interview ondertekend dienen te bezorgen.

De oorspronkelijke opzet was om tien studenten (vijf uit derde bachelor en vijf uit derde master) te includeren. De eigen motivatie, alsook de interesse van de studenten was echter danig groot dat er uiteindelijk dubbel zoveel interviews werden afgenomen. In totaal werden dus twintig studenten (tien uit derde bachelor en tien uit derde master) geïncludeerd voor de studie.

3.2.4. De interviews

De interviews gaan door op een plaats naar keuze van de deelnemende studenten. Het idee is dat de locatie geen belemmering mag vormen voor de student. Ook via Skype is een mogelijkheid, zodat ook de studenten op Erasmus of overzeese stages kunnen deelnemen aan het onderzoek.
Na de mondelinge en schriftelijke toestemming (bijlage 2, bijlage C) worden de interviews afgenomen aan de hand van de vooraf opgestelde interview guide. Mits goedkeuring van de student wordt het interview als geluidsopname opgenomen. Vervolgens wordt het volledige interview ad verbatim neergeschreven.

3.2.5. Dataverwerking

Nadat de interviews zijn afgenomen en uitgeschreven, wordt alle data verwerkt. Dit gebeurt volgens de QUAGOL (Qualitative Analysis Guide of Leuven)-methode[28], een tienstappenplan dat als leidraad kan dienen bij de verwerking van kwalitatieve data (bijlage 5). De beschrijving van de studiepopulaties wordt in Word verwerkt. De andere data wordt met behulp van NVivo 12 verwerkt, een softwarepakket voor kwalitatieve gegevensanalyse. De gegevens worden in dit programma gecodeerd met behulp van zogenaamde ‘nodes’. Door deze nodes hiërarchisch te structureren, wordt een codeboom verkregen waarin alle relevante data verwerkt zit.
De groep van derde bachelor en die van derde master worden bij het verwerkingsproces als twee aparte entiteiten gezien. De gegevens van elke groep worden dan ook steeds los van elkaar verwerkt, dus elk met een aparte codeboom.

3.2.6. Formuleren van hypotheses

Na het proces van dataverwerking worden hypotheses rond de verschillende bevindingen geformuleerd. De resultaten worden hierbij gelinkt aan de theoretische kaders uit het oriënterend literatuuronderzoek.
Nadien worden de eigen hypotheses naast die van mijn collega Anne-Sophie Vandenecker gelegd. Op die manier worden ook overkoepelende hypotheses opgesteld. Ook deze bevindingen worden getoetst aan de wetenschappelijke gegevens uit de literatuurstudie.

3.3. Resultaten

3.3.1. Populatiebeschrijving

3.3.1.1. Derde bachelor

Van de 10 geïnterviewde studenten uit derde bachelor zijn er 4 mannen en 6 vrouwen. De leeftijd van de studenten varieert van 19 tot en met 28 jaar met de mediaan op 20 jaar. Alle studenten hebben de Belgische nationaliteit. Eén student heeft de dubbele Belgisch-Griekse nationaliteit. Van de tien studenten zijn er 8 studenten afkomstig uit Oost-Vlaanderen, 1 student uit West-Vlaanderen en 1 student uit Limburg. 9 studenten zijn van het Kaukasische ras en hebben de Westerse cultuur, 1 student is van gemengde Kaukasische-Aziatische afkomst. 7 van hen zijn niet-gelovig, terwijl 3 zichzelf als christen beschouwen. In tabel 4 worden deze gegevens schematisch weergegeven.

	Geslacht	Leeftijd	Nationaliteit	Woonplaats	Ras	Cultuur	Religie
BS 1	V	20j	Belg	Limburg	Kauk.	Westers	-
BS 2	M	28j	Belg-Griek	Oost-Vl	Kauk.	Westers	-
BS 3	V	20j	Belg	Oost-Vl	Kauk.	Westers	-
BS 4	V	19j	Belg	Oost-Vl	Kauk.	Westers	christen
BS 5	V	22j	Belg	Oost-Vl	Kauk.	Westers	-
BS 6	V	21j	Belg	Oost-Vl	Kauk.	Westers	-
BS 7	M	21j	Belg	Oost-Vl	Kauk.	Westers	-
BS 8	V	20j	Belg	Oost-Vl	Kauk.-Az.	Westers	-
BS 9	M	20j	Belg	West-Vl	Kauk.	Westers	christen
BS 10	M	20j	Belg	Oost-Vl	Kauk.	Westers	christen

Tabel 4: Schematisch overzicht van de sociodemografische factoren van de geïnterviewde studenten uit derde bachelor. Legende: BS = bachelorstudent, M = man, V = vrouw, Oost-Vl = Oost-Vlaanderen, West-Vl = West-Vlaanderen, Kauk. = Kaukasisch, Az = Aziatisch.

Bij 6 van de 10 studenten hebben beide ouders een hoger diploma. Bij de andere 4 studenten heeft één van beide ouders een hoger diploma. 3 studenten hebben geen familieleden die actief zijn in de medische sector, 7 studenten hebben dit wel.
6 studenten hebben geen andere opleiding voor geneeskunde gevolgd. 2 studenten hebben voor aanvang van geneeskunde biomedische wetenschappen gestudeerd, 1 student dierengeneeskunde en 1 student kinesitherapie. De reden hiervoor is bij 2 van de 4 studenten het niet slagen voor de toelatingsproef. De andere 2 studenten geven aan dat ze uit interesse aanvankelijk een andere studierichting kozen. Alle studenten uit derde bachelor hebben reeds de ouderenzorgstage en de COPC-week doorlopen. Deze gegevens worden in tabel 5 weergegeven.

	Aantal ouders met een hoger diploma	Familieleden in de medische sector	Vooropleiding van de geneeskundestudent
BS 1	2	Geen	Geen
BS 2	1	Nonkel tandarts	Dierengeneeskunde
BS 3	2	Moeder verpleegster, achternicht huisarts	Geen
BS 4	2	Vader huisarts, moeder verpleegster, tante verpleegster	Geen
BS 5	2	Geen	Biomedische wetenschappen
BS 6	1	Moeder verpleegster, nonkel en tante verpleegster	Kinesitherapie
BS 7	2	Tante verpleegster	Biomedische wetenschappen
BS 8	1	Zus endocrinoloog	Geen
BS 9	1	Tante en nicht verpleegster	Geen
BS 10	2	Geen	Geen

Tabel 5: Schematisch overzicht van de sociale klasse en vooropleiding van de geïnterviewde studenten uit derde bachelor. Legende: BS = bachelorstudent.

Naast de bovenstaande sociodemografische en socio-economische factoren, werden ook de persoonlijke karaktereigenschappen van elke student bevraagd. Deze worden in tabel 6 weergegeven. Ook persoonlijk engagement en de examenresultaten worden weergegeven in tabel 7. Zo zijn 7 studenten uit derde bachelor lid van een vereniging of doen ze aan vrijwilligerswerk. Bovendien hebben 2 studenten reeds overzeese stages gedaan (al dan niet extracurriculair) en heeft 1 student reeds extracurriculaire binnenlandse stages gevolgd. Bij het bevragen van de studieresultaten halen 4 studenten gemiddeld een voldoende, 4 studenten een onderscheiding en 2 studenten een grote onderscheiding. 3 studenten vermelden dat ze nog nooit herexamens hebben gehad.

	Karaktereigenschappen
BS 1	Gedreven, sociaal, zorgzaam, niet competitief en empathisch
BS 2	Gedreven, openminded, eerlijk en kordaat
BS 3	Enthousiast, optimistisch en kritisch
BS 4	Gedreven, behulpzaam en eerder introvert
BS 5	Gedreven, spontaan, perfectionistisch, openminded, nonchalant en vriendelijk
BS 6	Nieuwsgierig, sociaal, perfectionistisch, niet competitief en empathisch
BS 7	Behulpzaam, eerder introvert en optimistisch
BS 8	Enthousiast
BS 9	Sociaal, nonchalant, eerlijk en onzeker
BS 10	Gedreven, open minded, perfectionistisch en nonchalant

Tabel 6: Overzicht van de karaktereigenschappen van de geïnterviewde studenten uit derde bachelor. Legende: BS = bachelorstudent.

	Lid van een vereniging of vrijwilligerswerk	Vrijwillige stages	Examenresultaten	Herexamens
BS 1	Ja	Neen	Voldoende	Ja
BS 2	Ja	Neen	Voldoende	Ja
BS 3	Neen	Neen	Voldoende	Ja
BS 4	Neen	Extracurriculaire binnenlandse stages	Onderscheiding	Ja
BS 5	Ja	Neen	Onderscheiding	Ja
BS 6	Ja	Neen	Voldoende	Ja
BS 7	Ja	Neen	Onderscheiding	Ja
BS 8	Ja	Overzeese stages	Onderscheiding	Neen
BS 9	Neen	Neen	Grote onderscheiding	Neen
BS 10	Ja	Overzeese stages	Grote onderscheiding	Neen

Tabel 7: Overzicht van het persoonlijk engagement en de examenresultaten van de geïnterviewde studenten uit derde bachelor. Legende: BS = bachelorstudent.

3.3.1.2. Derde master

Bij de geïnterviewde studenten uit derde master zijn 4 van de 10 studenten mannen en 6 van de 10 studenten vrouwen. De leeftijd van de studenten schommelt tussen 22 en 25 jaar met de mediaan op 23 jaar. Alle studenten hebben de Belgische nationaliteit. Van de tien studenten zijn er 3 studenten afkomstig uit Oost-Vlaanderen, 6 studenten uit West-Vlaanderen en 1 student uit Vlaams-Brabant. Ze hebben allen het Kaukasische ras en de Westerse cultuur. 7 studenten zijn niet-gelovig, terwijl 3 studenten zichzelf als christen beschouwen. In tabel 8 worden deze gegevens schematisch weergegeven.

	Geslacht	Leeftijd	Nationaliteit	Woonplaats	Ras	Cultuur	Religie
MS 1	M	23j	Belg	Oost-Vl	Kauk.	Westers	-
MS 2	V	23j	Belg	West-Vl	Kauk.	Westers	-
MS 3	M	22j	Belg	West-Vl	Kauk.	Westers	-
MS 4	M	23j	Belg	West-Vl	Kauk.	Westers	-
MS 5	V	25j	Belg	West-Vl	Kauk.	Westers	christen
MS 6	V	23j	Belg	Oost-Vl	Kauk.	Westers	christen
MS 7	M	23j	Belg	Vl.-Brabant	Kauk.	Westers	-
MS 8	V	23j	Belg	West-Vl	Kauk.	Westers	christen
MS 9	V	23j	Belg	Oost-Vl	Kauk.	Westers	-
MS 10	V	24j	Belg	West-Vl	Kauk.	Westers	-

Tabel 8: Schematisch overzicht van de sociodemografische factoren van de geïnterviewde studenten uit derde master. Legende: MS = masterstudent, M = man, V = vrouw, Oost-Vl = Oost-Vlaanderen, West-Vl = West-Vlaanderen, Vl.-Brabant = Vlaams Brabant, Kauk. = Kaukasisch.

Bij 5 van de 10 studenten hebben beide ouders een hoger diploma, bij 3 studenten heeft één van beide ouders een hoger diploma en bij 2 studenten heeft geen van beide ouders een hoger diploma. 4 studenten hebben geen familieleden die actief zijn in de medische sector, 6 studenten hebben dit wel. 9 studenten hebben geen andere opleiding voor geneeskunde gevolgd. 1 student heeft voor aanvang van geneeskunde enkele jaren farmacie gestudeerd. De reden hiervoor was het niet slagen voor de toelatingsproef. Alle studenten uit derde master hebben reeds de ouderenzorgstage, de COPC-week, een dag huisartsenstage in tweede bachelor, een week huisartsenstage in derde bachelor en minstens drie vierde van de basisstages tijdens de masterjaren doorlopen. Deze gegevens worden in tabel 9 weergegeven.

	Aantal ouders met een hoger diploma	Familieleden in de medische sector	Vooropleiding van de geneeskundestudent
MS 1	2	Geen	Geen
MS 2	1	Nonkel klinisch bioloog	Geen
MS 3	Geen	Geen	Geen
MS 4	Geen	Nicht gastro-enteroloog	Geen
MS 5	2	Geen	Farmacie
MS 6	1	Moeder verpleegster, tante logopediste	Geen
MS 7	2	Geen	Geen
MS 8	1	Moeder verpleegster, zus kinésiste	Geen
MS 9	2	Moeder verpleegster, broer HAIO, tante orthopedist	Geen
MS 10	2	Moeder klinisch bioloog, vader anesthesist, broers kinesist	Geen

Tabel 9: Schematisch overzicht van de sociale klasse en vooropleiding van de geïnterviewde studenten uit derde master. Legende: MS = masterstudent.

De persoonlijke karaktereigenschappen van elke student worden in tabel 10 weergegeven. Het persoonlijk engagement en de examenresultaten worden weergegeven in tabel 11. 9 studenten zijn lid van een vereniging of doen aan vrijwilligerswerk. Bovendien hebben 4 studenten reeds overzeese stages gevolgd (al dan niet extracurriculair) en hebben 4 studenten reeds extracurriculaire binnenlandse stages gevolgd. Bij het bevragen van de studieresultaten zegt 1 student gemiddeld een voldoende te halen. 5 studenten halen gemiddeld een onderscheiding en 4 studenten een grote onderscheiding. Meer dan de helft van de studenten vermeldt dat hij of zij nog nooit herexamens heeft gehad.

	Karaktereigenschappen
MS 1	Eerder introvert, rustig, niet competitief, eerlijk, trouw en authentiek
MS 2	Empathisch, onzeker, sociaal, niet competitief en zorgzaam
MS 3	Leergierig, geduldig en verantwoordelijk
MS 4	Empathisch, sociaal en sportief
MS 5	Eerder introvert en perfectionistisch
MS 6	Empathisch, rustig, hooggevoelig en gedreven
MS 7	Empathisch, rustig en optimistisch-realistisch
MS 8	Verlegen, onzeker, perfectionistisch en leergierig
MS 9	Onzeker, sociaal en gedreven
MS 10	Perfectionistisch, optimistisch en chaotisch

Tabel 10: Overzicht van de karaktereigenschappen van de geïnterviewde studenten uit derde master. Legende: MS = masterstudent.

	Lid van een vereniging of vrijwilligerswerk	Vrijwillige stages	Examenresultaten	Herexamens
MS 1	Ja	Overzeese stages	Onderscheiding	Neen
MS 2	Ja	Extracurriculaire binnenlandse stages	Grote onderscheiding	Neen
MS 3	Ja	Neen	Voldoende	Ja
MS 4	Ja	Overzeese stages en extracurriculaire binnenlandse stages	Onderscheiding	Neen
MS 5	Neen	Neen	Grote onderscheiding	Neen
MS 6	Ja	Extracurriculaire binnenlandse stages	Onderscheiding	Ja
MS 7	Ja	Neen	Onderscheiding	Ja
MS 8	Ja	Overzeese stages en extracurriculaire binnenlandse stages	Grote onderscheiding	Neen
MS 9	Ja	Neen	Grote onderscheiding	Neen
MS 10	Ja	Overzeese stages	Onderscheiding	Neen

Tabel 11: Overzicht van het persoonlijk engagement en de examenresultaten van de geïnterviewde studenten uit derde master. Legende: MS = masterstudent.

3.3.2. Definitie van artsenidentiteit volgens de geneeskundestudent

Bij het bevragen van hoe de bachelor- en masterstudenten 'een goede arts' zouden omschrijven, komen verschillende aspecten aan bod. In tabel 12 is te zien welke kenmerken vermeld worden en door hoeveel studenten uit elke studiepopulatie. Zowel in derde bachelor als in derde master lijkt empathie cruciaal bij het arts-zijn. Alle geïnterviewde studenten uit derde bachelor vinden dat een goede arts een luisterend oor moet hebben en begrip moet tonen voor zijn of haar patiënten. Ook in derde master deelt het merendeel van de studenten die mening. Zo stelt een van de studenten het volgende:

Quote (BS 9): "Een goede arts moet kunnen luisteren naar de mensen. Een patiënt geloven als hij met een klacht komt en dat niet zomaar afwimpelen. Hij of zij moet begrip tonen voor de patiënt."

Daarnaast moet een goede arts volgens het merendeel van de studenten uit derde bachelor en derde master voldoende vakkennis bezitten.

Quote (BS 7): "Als arts is het ook heel belangrijk dat je jouw vak goed kent en weet waar je mee bezig bent."
Quote (MS 7): "Medische kennis is natuurlijk ook belangrijk. Er zijn soms artsen waarvan ik denk: "je zou een betere arts zijn als je beter was in communicatie". Maar dat maakt die persoon geen slechte arts. Dat hoor je ook van patiënten. Die zeggen dat de communicatie op niets trok, maar dat ze wel goed geholpen zijn. Het is dus een combinatie van de twee: empathie en kennis."

Voor de meeste geïnterviewde studenten uit derde bachelor is een goede arts bovendien gedreven, sociaal en vlot in de omgang. Ook voor de studenten uit derde master lijkt een duidelijke en tactvolle communicatie van belang. Dit wordt bijvoorbeeld uit volgende uitspraken geconcludeerd:

Quote (BS 10): "Een goeie arts moet ook gemotiveerd zijn. Niet enkel de basics doen die elke arts doet, maar ook eens wat extra."

Quote (BS 6): "Het is ook belangrijk dat je niet super timide bent en dat je weet hoe je goed met patiënten moet omgaan. Je moet tonen dat de patiënt alles kan zeggen tegen jou."
Quote (MS 2): "De juiste woorden kunnen vinden om iets uit te leggen zonder iemand bang te maken of te schofferen."

Ook openminded zijn, grenzen kunnen stellen en leergierig zijn, komt vaak terug in de interviews. Dit blijkt onder andere uit onderstaande uitspraken:

Quote (BS 9): "Een goede arts moet ook andere ideeën kunnen aanvaarden en niet de eigen ideeën opdringen aan iedereen."
Quote (BS 3): "Je moet altijd elke patiënt opnieuw herbekijken als een casus apart en niet gewoon afgaan op wat je al weet."
Quote (MS 6): "Ik denk dat je als arts moet kunnen grenzen stellen en goed voor jezelf zorgen. Ook de afstand bewaren met de patiënten, wat niet altijd evident is."
Quote (MS 3): "Als arts moet je steeds leergierig zijn, je moet altijd willen bijleren om up-to-date te blijven."

Daarnaast lijken eigenschappen als eerlijk, flexibel en gedisciplineerd zijn van belang.

Quote (MS 2): "Als je een fout maakt, moet je het kunnen toegeven en erover durven praten."
Quote (BS 3): "Als arts moet je ook flexibel zijn. Een arts heeft nu eenmaal geen 9-to-5 job die daarna naar huis gaat en 's avonds doet wat hij of zij wil. Elke werkdag is ook helemaal anders."
Quote (BS 8): "Een goede arts moet ook gedisciplineerd zijn, want het is heel hard werken."

Wanneer de grootste verschillen tussen beide studiepopulaties bekeken worden, valt op dat collegialiteit vaker terugkomt in de interviews bij studenten uit derde master dan in de interviews bij derde bachelor.

Quote (MS 3): "Een goede arts moet goed kunnen samenwerken met andere disciplines. Hij of zij moet respectvol omgaan met zijn of haar personeel."

Wat tevens opvalt, is dat bij de studenten uit derde master ook het organisatorisch vermogen van de arts wordt aangehaald, alsook oog voor patient empowerment, leiding kunnen nemen en het belang van veel klinische ervaring.

Quote (MS 6): "Time management is ook belangrijk. Ik denk dat dat een skill is die jou kan helpen om een goede arts te zijn."
Quote (MS 1): "Een goede arts zal de patiënt begeleiden, maar de uiteindelijke beslissing bij de patiënt laten."
Quote (MS 3): "Een goede arts moet veel klinische ervaring hebben."

Een van de studenten uit derde bachelor concludeert dat één enkele definitie van 'een goede arts' niet bestaat:

Quote (BS 1): "Voor de rest heb je heel veel verschillende soorten goede artsen denk ik. Dat ligt er ook aan welke arts je wilt worden. Je kan zo slim zijn als iets, maar niet de sociale skills hebben. Dan kan je wetsdokter worden en werken met lijken. Of kan je radioloog worden. Daar zijn andere kwaliteiten dan belangrijker."

Kenmerken van 'een goede arts'	Aantal keer vermeld in derde bachelor	Aantal keer vermeld in derde master
Empathisch zijn	10	8
Voldoende vakkennis bezitten	5	6
Gedreven zijn	5	2
Sociaal zijn/vlot in de omgang	5	
Openminded zijn	4	3
Grenzen kunnen stellen	3	2
Leergierig zijn	2	4
Eerlijk zijn	2	2
Flexibel zijn	2	
Gedisciplineerd zijn	2	2
Bescheiden zijn	1	2
Verantwoordelijk zijn	1	
Collegiaal zijn	1	5
Behulpzaam zijn	1	2
Duidelijk communiceren	1	6
Kordaat zijn	1	
Geduldig zijn		2
Een organisatorisch vermogen hebben		2
Oog hebben voor patient empowerment		2
Oog hebben voor de context van de patiënt		1
Een leidersfiguur zijn		1
Veel klinische ervaring hebben		1

Tabel 12: Overzicht van de kenmerken van 'een goede arts' volgens de geïnterviewde studenten uit derde bachelor en derde master.

3.3.3. Definitie van huisartsenidentiteit volgens de geneeskundestudent

Welke eigenschappen de studenten aan 'een goede huisarts' toeschrijven, wordt in tabel 13 weergegeven. Ook hier vermeldt elke student uit derde bachelor dat empathie een onmisbare eigenschap is als huisarts, omdat hier de vertrouwensband tussen huisarts en patiënt en de continuïteit van zorg voorop staan. Dit komt ook bij veel studenten uit derde master terug.

Quote (BS 1): "Als specialist zie je de patiënt één of twee keer en dan is het afgerond. Je staat wat verder van de patiënt omdat je die niet al zijn hele leven volgt. Maar als huisarts blijven de patiënten terugkomen. Dat communicatieve, die empathie, is dus extra belangrijk als huisarts."
Quote (MS 8): "Als huisarts is het luisterend aspect nóg belangrijker, omdat je een eerste aansprekingspunt bent binnen de gezondheidszorg. Je staat veel dichter bij de mensen en bent een vertrouwenspersoon van de patiënten."

Naar analogie met de kenmerken van een goede arts, waar naast empathie ook voldoende vakkennis van belang lijkt, is het voor een huisarts essentieel om over een goede algemene kennis te beschikken. Zo zeggen enkele studenten het volgende hierover:

Quote (BS 8): "Je moet niet van één iets alles kennen, maar van alles iets. En dat is niet simpel."
Quote (MS 6): "Je moet een brede kennis hebben. Je moet met veel verschillende problemen kunnen omgaan. Dat in tegenstelling tot een specialist, die vooral een diepere kennis bezit."

Veel eigenschappen van een goede huisarts overlappen met die van een goede arts, bijvoorbeeld openminded zijn.

Quote (BS 5): "Een goede huisarts moet heel opmerkzaam zijn. Als iemand naar een specialist gaat, is het vaak voor een specifiek probleem. Als huisarts moet je zorgen dat je alle aspecten van het verhaal bekijkt. Het is belangrijk om ruimdenkend te blijven in het diagnostisch landschap."

Toch zijn er ook enkele eigenschappen die frequenter vermeld worden bij huisartsenidentiteit dan artsenidentiteit. Zo vermelden enkele studenten dat een huisarts, in tegenstelling tot een andere arts, meer oog moet hebben voor de context van de patiënt, alsook voor preventie.

Quote (MS 5): "Je moet ook oog hebben voor de familie van de patiënt. Niet alleen kijken naar het medische, maar ook naar het netwerk rond de patiënt."
Quote (BS 2): "Ik denk dat een goede huisarts ook meer oog moet hebben voor preventie. Dat is een delicater onderwerp, zoals roken of alcohol of overgewicht, maar belangrijk in eerste lijn."

In tegenstelling tot de geïnterviewde studenten uit derde bachelor, halen enkele studenten uit derde master ook volgende kenmerken aan: een bepaald inschattingsvermogen en organisatorisch vermogen hebben en kunnen omgaan met diagnostische onzekerheid.

Quote (MS 1): "Een goede huisarts moet een bepaald inschattingsvermogen hebben, want niet alle patiënten zijn in dezelfde mate in staat om zelf hun beslissingen te maken."
Quote (MS 6): "Ik denk dat organisatorisch vermogen heel belangrijk is, omdat je het geheel van wat er met jouw patiënten gebeurt, moet managen en overzien. Ook het feit dat je dat als huisarts alleen moet doen, zorgt ervoor dat je toch over een zeker organisatorisch vermogen moet beschikken."
Quote (MS 7): "Huisartsgeneeskunde versus specialisme is altijd een heel andere insteek. Ik vind het interessante aan huisartsgeneeskunde die onzekerheid waar je altijd mee zit. Dat hoor ik ook bij collega's, dat ze niet goed weten wat ze met een patiënt moeten doen en die wegsturen zonder goed te weten wat het probleem is. Bij een specialist is een patiënt waarbij je niet weet wat die heeft, een patiënt die niet afgewerkt is. Als huisarts kan je een patiënt helpen zonder te weten wat hij exact heeft. Je begeleidt hem naar wat voor hem beter is. Maar daarom niet met de exacte diagnose."

Kenmerken van 'een goede huisarts'	**Aantal keer vermeld in derde bachelor**	**Aantal keer vermeld in derde master**
Empathisch zijn	10	6
Een goede algemene kennis bezitten	6	7
Openminded zijn	4	1
Toegankelijk zijn	3	2
Gedreven zijn	2	
Oog hebben voor de context van de patiënt	2	4
Oog hebben voor preventie	1	1
Bescheiden zijn	1	
Flexibel zijn	1	
Behulpzaam zijn	1	
Duidelijk zijn	1	4
Inschattingsvermogen bezitten		3
Leergierig zijn		1
Een organisatorisch vermogen hebben		1
Omgaan met diagnostische onzekerheid		1
Collegiaal zijn		1
Grenzen kunnen stellen		1

Tabel 13: Overzicht van de kenmerken van 'een goede huisarts' volgens de geïnterviewde studenten uit derde bachelor en derde master.

3.3.4. Studiekeuze van de geneeskundestudent

3.3.4.1. Voor geneeskunde

De geïnterviewde studenten geven verschillende redenen waarom ze voor de studierichting geneeskunde kozen. Deze redenen, alsook de frequentie van voorkomen tijdens de interviews wordt weergegeven in tabel 14. Wat opvalt, is dat interesse in wetenschappen en het menselijk lichaam in combinatie met het sociale aspect van de job duidelijk primeren bij studenten uit derde bachelor. Ook bij studenten uit derde master zijn dit vaak vermelde redenen. Enkele studenten zeggen hier het volgende over:

Quote (BS 3): "In het middelbaar had ik eerst Latijn gekozen en dat vond ik wel leuk, maar toen ik chemie, biologie en fysica kreeg, vond ik dat veel leuker dan die talen. En dan bleek dat je die wetenschappelijke vakken ook nodig had voor geneeskunde. De keuze was snel gemaakt."
Quote (MS 2): Al van kindsaf was ik geïnteresseerd in geneeskundige dingen. Dan ging ik zaken opzoeken in geneeskundeboeken. Ik wou gewoon weten hoe wij als mens werkten."
Quote (BS 1): "Ik denk dat het contact met de mensen mij ook erg aanspreekt in het beroep. Het is een wetenschappelijk, maar ook sociaal beroep. Die combinatie trok me aan, denk ik."
Quote (BS 5): "Ik heb twee jaar biomedische gedaan, puur omdat ik dat wou doen. Maar toen we in het tweede jaar heel veel in het labo stonden, besefte ik dat het mij eigenlijk niet zo lag, dat ik nood had aan meer sociaal contact. Dat heeft me meer in de richting van geneeskunde geduwd. Ik merk dat ik het sociale wel heel leuk vind."

Eén enkele student uit derde bachelor vertelt dat zijn beweegredenen om geneeskunde te studeren vooral financieel gedreven zijn en ook te maken hebben met de dankbaarheid van de patiënten:

Quote (BS 2): "De patiënten zijn jou dankbaar als arts, of toch de meeste. Dat gevoel miste ik bij dierengeneeskunde. Bovendien speelde het financiële ook een rol. Dierenartsen in België verdienen zeer slecht. Daarom heb ik uiteindelijk toch geneeskunde gekozen."

Nog andere studenten vangen de studies aan omdat ze opkijken naar bepaalde rolmodellen, zoals de eigen huisarts of 'Topdokters'. Ook bij de studenten uit derde master lijkt de invloed van derden mee te spelen. Verder wordt ook vermeld dat sommige studenten de studies aanvatten uit idealisme, omdat ze mensenlevens willen redden. Dit lijkt meer voor te komen bij de studenten uit derde master dan bij de studenten uit derde bachelor.

Quote (MS 8): "Ik heb altijd het gevoel gehad dat ik mensen wou helpen."

Redenen om geneeskunde te studeren	**Aantal keer vermeld in derde bachelor**	**Aantal keer vermeld in derde master**
Interesse in wetenschappen en het menselijk lichaam	7	7
Het sociale aspect van de job	7	4
Dankbaarheid van patiënten	1	
Financiële redenen	1	
De eigen huisarts als rolmodel	1	
De TV-serie 'Topdokters' als rolmodel	1	
Uit idealisme, om mensen te helpen	1	6
Invloed van derden		4
Grote verantwoordelijkheid		2
Zich vereenzelvigen met een arts		1

Tabel 14: Overzicht van de redenen waarom studenten uit derde bachelor en derde master voor geneeskunde kiezen.

Het tijdstip waarop ze de studiekeuze maken, verschilt sterk. Dit geldt zowel voor derde bachelorstudenten als derde masterstudenten. Zoals in tabel 15 te zien is, wisten sommige studenten reeds in hun kinderjaren dat ze dokter wilden worden. Anderen maakten die keuze pas in het middelbaar, sommigen zelfs pas op het einde van het zesde middelbaar. Bovendien vermelden een paar studenten uit derde bachelor dat de keuze pas ontstond na andere hoge studies aan te vatten.

Quote (BS 9): "Dat idee had ik al heel mijn leven. Ik zei al in het lager dat ik dokter wou worden en dat is er nooit uitgegaan."
Quote (MS 3): "Toen ik klein was, had ik er nog niet echt over nagedacht. Eigenlijk heb ik heel lang niet geweten wat ik wou worden. In het zesde middelbaar zeiden enkele vrienden dat ze gingen meedoen aan de toelatingsproef. Toen heb ik besloten om ook deel te nemen."

Tijdstip van de studiekeuze voor geneeskunde	**Aantal keer vermeld in derde bachelor**	**Aantal keer vermeld in derde master**
Lager onderwijs	3	3
Middelbaar	3	3
Last minute	2	4
Na andere hogere studies	2	

Tabel 15: Overzicht van het tijdstip waarop studenten uit derde bachelor en derde master voor geneeskunde kiezen.

3.3.4.2. Voor huisartsgeneeskunde

Ook bij de keuze of interesse voor huisartsgeneeskunde worden verschillende redenen opgegeven. Deze redenen, alsook de frequentie van voorkomen tijdens de interviews wordt weergegeven in tabel 16. De meest voorkomende redenen die zowel de studenten uit derde bachelor als de studenten uit derde master geven om huisartsgeneeskunde te studeren, zijn: dat de job als huisarts gevarieerd, algemeen en breed is, dat men als huisarts veel vrijheid heeft, dicht bij de patiënt staat en een goede balans tussen werk en privé heeft.

Quote (MS 1): "Het is onvoorspelbaar. Je weet nooit hoe de dag eruit zal zien. Bovendien vind ik alle stages interessant, maar ben ik ze tegen het eind van de maand ook beu. Ik zou me niet kunnen beperken tot één specialisatie."
Quote (MS 4): "Ik vind het echt een veelzijdig beroep. Je ziet patiënten van de laagste tot de hoogste klasse en moet ALLE pathologiën kennen. Elke patiënt heeft een ander probleem. Als je kiest voor een specialisatie, zie je altijd hetzelfde orgaan. Als dermatoloog zie je bijvoorbeeld alleen maar huidproblemen. Ik zou dat veel minder interessant vinden."
Quote (BS 4): "Als huisarts kan je kiezen wanneer je ongeveer begint en eindigt. Dat vind ik leuk. Als je in een ziekenhuis werkt, heb je daar minder in te beslissen. Met huisartsengeneeskunde kan je ook veel meer doen: thuis werken, in een groepspraktijk, voor Kind&Gezin, … Die vrijheid spreekt me wel aan."
Quote (BS 6): "Ik zou niet graag hebben dat ik mij helemaal overwerk en dat ik niets meer kan doen naast het werk. Dat ik geen uitlaatklap meer heb. Ik denk ook dat je meer tijd hebt voor een gezin als huisarts. Ik vind het belangrijk om mijn kinderen later te zien opgroeien."
Quote (BS 10): "Je creëert als huisarts ook meer een band met de patiënten, wat als specialist soms minder gezegd kan worden. Dat persoonlijke aspect, dat apprecieer ik wel bij huisartsen."
Quote (MS 8): "Bij specialisten heb ik vaak de indruk dat ze een dokter BOVEN de mensen zijn. Bij huisartsen meer dat ze een dokter TUSSEN de mensen zijn."
Quote (MS 8): "Bovendien mis ik bij specialismen het opvolgen van patiënten op langere termijn. Als je als specialist patiënten op langere termijn volgt, zie je die hooguit twee keer per jaar."

Ook het feit dat er minder competitie zou zijn bij huisartsgeneeskunde wordt als reden aangehaald. Bovendien blijft huisartsgeneeskunde het kortste traject. Eén student uit derde bachelor vat het als volgt samen:

Quote (BS 2): "In vergelijking met andere studenten ben ik ook niet zo competitief. Dat competitiegevoel heb ik bij andere studenten wel al gemerkt en daar wil ik niet aan meedoen. Daarom zou ik voor huisarts kiezen, om uit de competitie te stappen en niet te moeten vrezen voor die beperkte plaatsen. Huisartsengeneeskunde is ook het kortste traject. Ik ben al wat ouder, dus wordt het tijd om de studies af te ronden. Dat zijn de twee voornaamste redenen."

Ook hier wordt het belang van rolmodellen en de invloed van derden aangehaald bij sommige studenten.

Quote (MS 10): "Mijn ouders hebben me van geneeskunde doen proeven, maar ook de realiteit laten zien van elke dag in een ziekenhuis te werken. Ze hebben onbewust een grote rol gespeeld in de keuze voor geneeskunde, maar ook voor huisartsgeneeskunde."

Redenen om huisartsgeneeskunde te studeren	**Aantal keer vermeld in derde bachelor**	**Aantal keer vermeld in derde master**
Algemeen/breed	6	4
De vrijheid in de job	6	3
Goede balans tussen werk en privé	5	4
Variatie in de job	5	7
Dicht bij de patiënt staan	5	5
Het communicatieve aspect	4	3
Minder competitie	3	1
Kortste traject	2	
De eigen huisarts als rolmodel	2	2
Mentor als rolmodel	1	
Continuïteit van zorg		2
Diagnostische onzekerheid		1
Invloed van derden		1

Tabel 16: Overzicht van de redenen waarom studenten uit derde bachelor en derde master voor huisartsgeneeskunde kiezen.

Het tijdstip waarop ze voor huisartsgeneeskunde kiezen of interesse krijgen, varieert. Zoals in tabel 17 te zien is, wisten sommige studenten reeds bij aanvang van de geneeskundestudies dat ze huisarts wilden worden. De meeste studenten uit derde bachelor maakten die keuze echter pas tijdens de bachelorjaren. De meeste studenten uit derde master geven bovendien aan dat de interesse voor huisartsgeneeskunde pas door de stages in de masterjaren ontstaan is.

Quote (BS 3): "Mijn plan was eigenlijk altijd al om huisarts te worden. Al van voor ik geneeskunde studeerde."
Quote (MS 6): "Ik ben met de opleiding begonnen met het idee dat ik absoluut geen huisarts wou worden. In het eerste jaar, met het blok Gezondheid en Maatschappij, is dat gekeerd bij mij. Bij de lessen rond eerstelijnsgezondheidszorg zit ik altijd heel geboeid mee te volgen, terwijl ik merk dat dit voor veel medestudenten net het tegenovergestelde is."
Quote (MS 1): "Bij aanvang van de stages had ik eerder interesse in een specialisatie. De technische vaardigheden en het probleemoplossend vermogen sprak mij wel aan. Bovendien dacht ik mij te ergeren aan de continue gesprekken met patiënten, gezien mijn eerder introverte persoonlijkheid. Toen mijn stage chirurgie en NKO echter tegenvielen, werd huisartsgeneeskunde toch mijn eerste keuze."

Quote (MS 2): "Door mijn basisstage in het WGC. Voordien dacht ik dat ik me ging vervelen als huisarts, dat het enkel verkoudheden en griepjes waren. Maar daar heb ik ontdekt dat het echt wel boeiend kan zijn. Het was er heel divers van populatie en pathologie. Toen zag ik dat het een heel ruim en divers beroep was."

Tijdstip van de keuze voor huisartsgeneeskunde	Aantal keer vermeld in derde bachelor	Aantal keer vermeld in derde master
Bij aanvang van de studie	4	2
Tijdens de bachelorjaren	6	1
Tijdens de masterjaren		7

Tabel 17: Overzicht van het tijdstip waarop studenten uit derde bachelor en derde master voor huisartsgeneeskunde kiezen.

Hoe zeker de studenten van de keuze voor huisartsgeneeskunde zijn, varieert bovendien ook heel sterk. Wat opvalt, is dat geen enkele student uit derde bachelor al helemaal zeker is van zijn of haar keuze voor huisartsgeneeskunde. 4 studenten zeggen dat ze eerder zeker zijn, 6 studenten geven aan dat ze helemaal nog niet zeker zijn van hun verdere studiekeuze.

Quote (BS 7): "Ik heb altijd gezegd dat ik, hoewel ik vrij zeker ben van de keuze, ik die nog niet volledig wil vastleggen. Als ik tijdens mijn stages ontdek dat ik iets super interessant vind, wil ik daar wel nog altijd over nadenken of dat proberen."

Ook bij de studenten uit derde master is nog niet iedereen zeker van zijn keuze. 3 studenten geven aan helemaal zeker te zijn van hun keuze, 4 studenten zijn eerder zeker en nog eens 3 studenten zijn nog niet zeker van hun keuze.

Quote (MS 1): "100%. Ik ga geen andere co-assistentschappen vastleggen."
Quote (MS 6): "Vrij zeker. Mijn huisartsenstage zou enorm moeten tegenvallen of ik zou een ander specialisme nog moeten vinden die ik nóg toffer vind, opdat het zou veranderen."
Quote (MS 4): "Fifty-fifty. Ik twijfel nog met spoed, want dat is ook heel breed. Ik ga mijn coassistentschappen afwachten en ga zien hoe dat verloopt."

Enkele studenten halen ook redenen aan om niét voor huisartsgeneeskunde te kiezen. Zo vermeldt 1 student uit derde bachelor dat het beroep mogelijk te weinig technische handelingen inhoudt. Ook in derde master delen 2 studenten deze mening. Een andere student uit derde bachelor zegt dat het psychologische aspect aan de job haar minder interesseert, waardoor ze misschien toch een andere richting zal kiezen. Een student uit derde master zegt dan weer dat je als huisarts veel uit handen moet geven, wat haar doet twijfelen over de studiekeuze.

3.3.5. Proces van PIF bij de geneeskundestudent

3.3.5.1. Mate van zich reeds (huis)arts voelen

Geen enkele van de geïnterviewde studenten uit derde bachelor voelt zich al arts of huisarts. 3 studenten geven aan dat ze zich eerder nog geen (huis)arts voelen en 7 studenten zeggen zich zelfs hélemaal nog geen (huis)arts te voelen. Dit komt vooral door het gebrek aan praktijkkennis. Bovendien gaan de lessen in de bachelorjaren vooral over de normale fysiologie van het menselijk lichaam en niet over verschillende ziektebeelden. Dit komt ook tot uiting in volgende uitspraken:

Quote (BS 1): "Als ik mijn witte jas moet aantrekken voor stationsproeven, denk ik dat ik hem beter opnieuw zou uittrekken. Ik voel me allesbehalve al arts."

Quote (BS 3): "Ik voel me vooral student op dit moment. Dat komt vooral omdat je in de bachelorjaren alles leert over hoe het lichaam normaal moet werken, maar nog niets over pathologieën. Dus als mensen aan mij komen vragen: "Wat zou dat kunnen zijn?", denk ik van: Ga naar uw dokter!"
Quote (BS 6): "Ik voel mij in mindere mate huisarts dan andere mensen dat over mij al denken. Op kamp vragen ze dan bijvoorbeeld mijn hulp voor medische zaken. Terwijl ik op zich even veel kan als de rest van de leiding. Je begint wel te merken dat mensen dat verwachten van jou. Maar zelf voel ik me nog geen arts."
Quote (BS 8): "Totaal nog niet. We hebben al heel veel theorie gezien, maar geen praktijk. Behalve dan de V-lijn lessen met de venepunctie en zo. Maar we hebben totaal nog niet gezien hoe we de informatie die we al geleerd hebben, moeten toepassen op een dagdagelijkse situatie. Ik kan wel uitleggen hoe de glycolyse werkt, maar meer ook niet. De toepassingen die nuttig zijn, bijvoorbeeld de ziektes, die hebben we nog niet gezien."

De studenten in derde master voelen zich al iets meer (huis)arts dan de studenten in derde bachelor. Niettemin voelen ook de meeste studenten in derde master zich nog steeds geen volwaardige (huis)arts. Zo zijn er 3 studenten die zich eerder nog geen (huis)arts voelen en 3 studenten die zich hélemaal nog geen (huis)arts voelen. 2 studenten zeggen dat het afhankelijk is van de situatie en nog eens 2 studenten durven te zeggen dat ze zich eerder wel al (huis)arts voelen. Geen enkele student uit derde master beweert echter dat hij of zij zich al helemaal (huis)arts voelt. Dat heeft vooral te maken met onzekerheid. Ze krijgen graag nog bevestiging van anderen bij het maken van beslissingen.

Quote (MS 8): "Nog helemaal niet. Dat is momenteel mijn grootste probleem. Ik ben nog te onzeker en bang. Ik voel me nog niet klaar voor de coassistentschappen, laat staan om arts te zijn. Ook als ik tijdens de stages alleen patiënten zie of beslissingen moet nemen, panikeer ik snel. Op stage probeer ik mee te denken met de artsen en soms zit ik in de buurt, maar vaak zit ik er nog naast. Dat maakt me onzeker."
Quote (MS 5): "Toen ik begon met de stages in februari vond ik dat moeilijk. Je komt pas van de schoolbanken en je kan nog niks, je weet nog niks. Maar op bepaalde stages van interne geneeskunde was ik zaalarts en moest ik zelf naar spoed gaan, moest ik zelf beslissingen nemen. Toen is het besef wel gekomen dat het afstuderen dichter komt. En ook dat ik moest leren omgaan met onzekerheid. Het is dus wel gegroeid sinds de stages, maar het blijft wel moeilijk om mezelf als arts te zien. Ik voel me nog niet zeker genoeg om zelf al beslissingen te nemen. Dat is het vooral. Ik heb graag nog bevestiging dat het goed is wat ik denk of doe."
Quote (MS 7): "Ondertussen toch wel al wat. Op stage kan je al mensen helpen. Je voelt je niet meer zo gegeneerd als mensen dokter tegen jou zeggen. Je bent nog geen dokter, maar je doet al zo veel dingen. Zeker op spoed. Soms hebben die patiënten alleen mij gezien. En dan heb ik misschien niet de beslissingen gemaakt, maar redelijk veel van wat je doet, heb je zelf gedaan. Ik vind van mezelf dat ik nog ver sta van een echte huisarts zijn, maar tegelijkertijd heb ik wel al een goeie basis."

De redenen die de studenten aangeven waarom ze zich nog geen arts of huisarts voelen, alsook de frequentie waarin ze vermeld worden tijdens de interviews, worden weergegeven in tabel 18. Het gevoel van gebrek aan kennis en (communicatie)vaardigheden worden in derde bachelor als voornaamste oorzaken gegeven om zich nog geen competente (huis)arts te voelen.

Quote (BS 1): "Ik ben wel flexibel en zorgzaam, maar de kennis en competentie ontbreken nog. Als er iemand ziek voor me staat, wéét ik gewoon niet wat ik ermee moet doen."
Quote (BS 5): "Ik voel me nog niet vaardig genoeg. Ik heb bijvoorbeeld vriendinnen in verpleegkunde die twintig keer meer kunnen dan mijzelf op dit moment."
Quote (BS 10): "Het moeilijkste vind ik op vlak van communicatie. Het lukt me volgens mij nog niet om alle informatie uit een patiënt te halen op dit moment. Volgens mij zou ik nog stappen vergeten of nog niet tot de diepte van een verhaal gaan."

Ook bij de studenten uit derde master primeert het gevoel van gebrek aan kennis. Alle studenten geven aan dat het gebrek aan praktijkkennis de voornaamste reden is waarom ze zich nog niet competent genoeg voelen. Het gebrek aan voldoende vaardigheden wordt ook door velen vermeld. In tegenstelling tot de studenten uit derde bachelor wordt het gebrek aan communicatievaardigheden slechts door enkele studenten vermeld.

Quote (MS 2): "Ik heb het gevoel dat ik nog veel kennis tekortschiet. Dat ik nog veel kennis moet opdoen door ervaring."
Quote (MS 3): "Ik heb het gevoel dat ik al veel weet, maar nog onvoldoende om als arts te fungeren in een praktijk. Mijn anamnese en klinisch onderzoek is volwaardig aan dat van een afgestudeerde arts, maar ik zou nog twijfelen over het correcte beleid."
Quote (MS 8): "In de communicatie heb ik meer vertrouwen dat dat goed zal komen. Zeker de basisconsultaties lukken vrij goed. Slecht nieuwsgesprekken moet ik wel nog meer oefenen. Ook moet ik nog meer leren omgaan met moeilijke patiënten."

Daarnaast geven zowel de studenten uit derde bachelor als de studenten uit derde master het gebrek aan flexibiliteit, empathie of andere karaktereigenschappen aan.

Quote (BS 9): "Empathisch zijn vind ik moeilijk. Ik kan me wel inleven in andere mensen, maar om dat dan te benoemen en te bespreken vind ik moeilijk. En dat wordt wel van een arts verwacht."
Quote (MS 6): "Ik denk dat er sowieso stukken zijn aan mijn persoonlijkheid die nog niet ideaal zijn om een goede arts te kunnen zijn. Flexibiliteit bijvoorbeeld is altijd wel een pijnpunt voor mij geweest."

Verder zeggen enkele studenten dat ze nog geen leidersrol zouden kunnen opnemen op dit moment in hun opleiding. Niettemin lijkt samenwerken in team voor geen enkele student een probleem te zijn, zolang de motivatie voor samenwerking van beide kanten komt.

Redenen om zich nog geen (huis)arts te voelen	**Aantal keer vermeld in derde bachelor**	**Aantal keer vermeld in derde master**
Gebrek aan voldoende kennis	9	10
Gebrek aan voldoende vaardigheden	9	6
Gebrek aan voldoende communicatietraining	7	3
Gebrek aan voldoende ervaring	3	4
Gebrek aan persoonlijke eigenschappen, toegeschreven aan 'een goede (huis)arts'	3	4
Gebrek aan leiding nemen	3	2

Tabel 18: Overzicht van de redenen waarom studenten uit derde bachelor en derde master zich nog geen (huis)arts voelen.

3.3.5.2. Beïnvloedende factoren

Wanneer de geïnterviewde studenten gevraagd wordt wat ervoor gezorgd heeft dat ze zich toch al meer arts voelen dan pakweg in het zesde middelbaar, worden verschillende zaken aangehaald. In tabel 19 worden deze elementen weergegeven, alsook door hoeveel studenten ze worden vermeld. Als de studenten uit derde bachelor zich al 'een beetje arts' voelen, komt dat voornamelijk door de reeds verworven kennis, opgedaan tijdens de theoretische en praktische lessen. Enkele voorbeelden:

Quote (BS 7): "Het feit dat je al medische vakken hebt gekregen, dat je al weet hoe verschillende zaken in elkaar zitten. Dat was ervoor nog niet. In het middelbaar leer je nog niet zo veel over het medische aspect. Ook de vaardigheidlessen vind ik super leuk, dat is altijd leuk om dat thuis te oefenen. Daardoor heb ik wel het gevoel dat ik voor de opleiding arts aan het gaan ben."

Quote (BS 4): "Dat is misschien een dom voorbeeld, maar als ik nu naar Grey's Anatomy kijk tegenover drie jaar geleden, ga ik er wel de fouten uit halen of die herkennen. Onlangs herkende ik bijvoorbeeld de medicatie die ze opnoemden. Dat was wel een moment waarop ik dacht dat ik er duidelijk toch iets van kende. En dat voelt wel goed aan. Dat komt door de kennis die ik heb opgedaan in de lessen en door de stationsproeven te doen."
Quote (BS 3): "Ik heb nog niet veel stages gehad, maar de V-lijn lessen vind ik wel de moeite waard. Zo bloed leren trekken of injecties geven, dat vind ik wel leuk. Dan voel ik me al meer arts."

Of de lessen dissectie een sleutelmoment vormen voor de studenten uit derde bachelor is afhankelijk van student tot student. Zo zeggen enkele studenten hier het volgende over:

Quote (BS 1): "Ook de eerste keer in de snijzaal, tijdens de dissecties, had zeker een invloed om mij meer arts te doen voelen."
Quote (BS 7): "Dissecties vond ik geen ingrijpende verandering om me echt meer arts te doen voelen. De vaardigheidslessen hadden meer impact."
Quote (BS 8): "Dissecties meevolgen, dat is wel iets heel imponerend. Het gaat over dode mensen die daar liggen. Dan is het plots voor echt. In het eerste jaar zijn het nog allemaal stukken die behandeld worden door andere mensen. Maar in het tweede jaar is het echt volledig aan de student. Dat is wel eventjes confronterend. Het eerste moment dat die zak opengaat, merk je wel de stilte in de zaal, het besef dat het voor echt is. Dat was wel een speciale ervaring en dat heeft mij waarschijnlijk wel professioneler doen voelen."

Ook de studenten in derde master vermelden de invloed van de lessen. Al vinden ze dat de lessen voornamelijk in de bachelorjaren een grote rol hebben gespeeld. Bij hen blijken de stages met veel patiëntencontacten dé voornaamste factor in het proces van PIF. Vooral het gevoel van zelfstandigheid en verantwoordelijkheid zorgt ervoor dat ze zich al meer arts voelen.

Quote (MS 9): "Die stages zijn echt een heel belangrijk kantelpunt geweest. Het moment dat je alle theorie in praktijk moet brengen. Dat was voor mij het moment van: Het is voor echt nu, nu ben ik er bijna!"
Quote (MS 2): "Vooral de eerste consultatie die je zelf mag doen. Je hebt enorm veel stress de eerste keer, denkt dat het niet zal lukken, … Maar als het dan toch gelukt is, denk je: "Yes, het is gelukt!". Vanaf dan voelde ik me iets meer arts."
Quote (MS 3): "Ik heb sinds de stages niet meer het gevoel dat het nog om te lachen is, terwijl ik dat als student wel had. Ik stel nu verwachtingen aan mezelf dat ik bepaalde dingen gewoon MOET weten en kan kwaad zijn op mezelf als ik iets niet weet. Onderliggend omdat ik sinds de stages patiënten zie. Ik zie wat het voor hen betekent en wil de patiënt zo goed mogelijk kunnen helpen. Vanuit een verantwoordelijkheidsgevoel eigenlijk."
Quote (MS 4): "Er zijn stages geweest waar ik gewoon op een stoeltje naar de klok zat te staren tot ik terug naar huis mocht. Dat heeft mij geen meerwaarde gebracht, dat waren geen goede stages volgens mij. Maar er waren ook stages waar men mij actief opdrachten en verantwoordelijkheid gaf voor patiënten. Die stages hebben mij enorm veel ervaring en uitdaging gegeven. Hoe meer verantwoordelijkheid ik krijg, zelf patiënten mag zien en zelfstandig mag werken zonder gecontroleerd te worden, hoe meer ik me al arts voel."

De rol van klinische ervaringen lijkt minder prominent bij studenten uit derde bachelor. Het zijn vooral kijkstages, waarbij de eigen inbreng eerder miniem is, zeggen de studenten. Toch vermelden ook sommigen uit derde bachelor het positief effect van stages op het proces van PIF.

Quote (BS 4): "Die ouderenzorgstage vond ik eerder negatief. Dat was met zorgkundigen en niet met artsen. Die kijken op een andere manier naar jou, omdat je een geneeskundestudent bent en niet een zorgkundige-in-opleiding. De stage in de gevangenis, was wel met artsen. Daar had ik meer het gevoel dat ik aanvaard werd. Omdat ik hetzelfde doe als hen. Door die stage voel ik me wel al meer arts."

Beïnvloedende factoren in het proces van PIF		Aantal keer vermeld in derde bachelor	Aantal keer vermeld in derde master
Het curriculum/de lessen		9	6
Aankoop van medisch materiaal en het dragen van een witte jas		6	
Persoonlijke ervaringen		6	6
Klinische ervaringen		4	10
Zelfstandigheid			9
Rolmodellen	De eigen huisarts	3	3
	Mentoren aan de universiteit	3	2
	Stagementoren		4
	Artsen uit TV-series of films	3	1
	Leerkrachten in het middelbaar	1	
Familie	Ouders	4	7
	Grootouders	2	
	Broers of zussen	1	4
	Nonkels of tantes/neven of nichten	1	1
	Partner		2
Vrienden	Binnen geneeskunde	1	7
	Buiten geneeskunde	3	5
Andere gezondheidsmedewerkers		2	4
Toegenomen maturiteit		1	
Slagen voor de toelatingsproef		1	

Tabel 19: Overzicht van de beïnvloedende factoren in het proces van PIF volgens studenten uit derde bachelor en derde master.

Bij de studenten uit derde bachelor blijkt daarnaast de aankoop van medische materiaal of het dragen van een witte jas een grote invloed te hebben op zich al meer arts voelen.

Quote (BS 1): Het moment dat je het skelet thuis toegestuurd krijgt. Fantastisch!"
Quote (BS 2): "De witte vest aandoen en de stethoscoop rond de nek, dat is ook zo'n moment. Het medisch gerief rondom jou hebben, zorgt ervoor dat je je al meer arts voelt."

Ook persoonlijke ervaringen spelen een rol bij de vorming van de professionele identiteit, zo blijkt. En dit zowel bij studenten uit derde bachelor als bij studenten uit derde master.

Quote (MS 3): "Mijn kleine broer is gehandicapt. Dat zal zeker een rol gespeeld hebben in mijn identiteitsvorming. Het heeft mij een zeker verantwoordelijkheidgevoel gegeven die andere mensen zonder broer met handicap niet hebben."
Quote (MS 4): "Mijn vader is overleden tijdens de opleiding. Dat heeft mij heel hard doen nadenken over hoe fragiel een mensenleven kan zijn. Hij had kanker en dat is veel te laat vastgesteld geweest. De arts had geen tijd, waardoor er veel te laat beeldvorming is geweest. Daardoor heb ik ingezien dat je voor elke patiënt je best moet doen. Hoe laat het 's avonds ook is en hoe moe je ook bent. Die patiënt komt voor u, heeft daar zijn tijd voor vrij gemaakt, dus moet jij ook je best doen voor hem."

Daarnaast vermelden heel wat studenten het belang van rolmodellen in het proces naar PIF. Dit kan de eigen huisarts zijn, mentoren aan de universiteit, leerkrachten uit het middelbaar of zelfs artsen uit TV-series of films. De rolmodellen geven hen een voorbeeld naar wie ze opkijken, hoe ze zelf later als (huis)arts willen zijn en helpen mee de professionele identiteit vormen. Maar ook negatieve ervaringen kunnen een rol spelen. Wat opvalt, is dat bij de studenten uit derde master de toenemende rol van stagementoren vermeld wordt.

Quote (BS 6): "Mijn eigen huisarts heeft me van in het begin gesteund in mijn studies. Ik kom er goed mee overeen en ze vraagt altijd hoe mijn examens gegaan zijn. Ze behandelt mij als haar gelijke en heeft zeker een invloed op mijn reeds arts-voelen."
Quote (BS 5): "Ik kijk echt wel op naar Stéphanie De Maesschalck. Ze verwerkt het feit dat ze zo energiek is op een super positieve manier in haar job en in het huisarts-zijn. Dat vind ik echt inspirerend. Ze heeft mij doen inzien dat dat ook gewoon kan, jezelf zijn als huisarts."
Quote (BS 7): "Er zijn een paar proffen waarvan ik denk dat ze rolmodellen zijn. Bijvoorbeeld dr. De Maesschalk. Dat is echt een straffe madam. Die is ook huisarts en werkt met vluchtelingen. Sommige mensen zouden daar bitter door worden, maar zij put daar juist energie uit. De manier waarop zij haar communicatievaardigheden gebruikt… Zo'n soort huisarts zou ik willen worden."
Quote (BS 3): "Er zijn een paar leerkrachten van mijn middelbare school die me gesteund hebben toen in het zesde een moeilijk jaar had. Dankzij hen ben ik blijven doorzetten. Ze hebben me ook allerlei oefeningen gegeven voor de toelatingsproef. Daardoor voelde ik me gesteund om geneeskunde te doen."
Quote (BS 1): "Ik kijk wel graag naar series zoals Topdokters of Wetsdokters. Daar kijk ik naar op."
Quote (MS 5): "Net voor de vakantie had ik stage bij een heel arrogante arts. Als zij dan letterlijk zegt: "je zult nooit een goede arts worden", dan komt dat wel hard aan."

Ook familie en vrienden, zowel binnen als buiten geneeskunde, lijken een invloed te hebben op het proces van PIF. Doordat zij de studenten vertrouwen en hen soms al als arts aanzien, voelen de studenten zich zelf ook al meer arts. Opmerkelijk is dat de rol van vrienden buiten geneeskunde in beide groepen ongeveer even veel vermeld wordt, maar dat de rol van 'peers' (medestudenten of collega's) lijkt toe te nemen naarmate de opleiding vordert.

Quote (BS 1): "Mijn ouders steunen me wel en zeggen dat ze later bij mij gaan komen als huisarts. Ze beginnen mij echt te vertrouwen als het gaat over medische zaken. Daardoor voel ik me ook al meer arts."
Quote (MS 3): "De omgeving pusht jou wel om je al meer arts te voelen, bijvoorbeeld vrienden noemen jou al 'den dokteur'. Dat is wel vaak om te lachen, maar ergens steken ze jou zo wel in die rol van arts."
Quote (MS 2): "Bij de vrienden van geneeskunde praten we veel over geneeskunde en steunen we elkaar, bijvoorbeeld tijdens de zware thesismaanden. We geven elkaar ook feedback, bijvoorbeeld over welke discipline best bij iemand zou passen."

De rol van andere gezondheidsmedewerkers lijkt dubbel bij studenten uit derde bachelor. Een beperkt aantal studenten vertelt positieve ervaringen met andere zorgverleners, terwijl andere studenten voornamelijk negatieve ervaringen aanhalen. Enkele studenten stellen dat de invloed van niet-artsen eerder beperkt is in de ontwikkeling van de professionele identiteit, terwijl een paar studenten dan weer aangeven dat de ervaringen (positief of negatief) wel degelijk een invloed hebben op hun vorming als arts. Ook bij de studenten uit derde master wordt dit opgemerkt. De rol van andere gezondheidsmedewerkers lijkt bij hen iets groter dan bij de studenten uit derde bachelor, vermoedelijk door de meer stage-ervaringen die zij reeds hebben opgedaan. Ook bij hen wordt het belang van artsen en assistenten, boven verpleegkundigen of zorgkundigen, vermeld.

Quote (BS 4): "Tijdens de ouderenzorgstage heb ik vooral beseft hoe ik niét wil zijn als arts. Ik zag daar hoe onbeleefd de verpleegsters waren in bijzijn van patiënten. Echt dingen die niet oké waren. De ouderenzorgstage heeft dus eerder een negatieve invloed gehad."
Quote (MS 5): "Ik vind dat sommige verpleegkundigen tijdens de stages ondersteunend zijn en jou willen helpen. Maar over het algemeen waren mijn ervaringen met verpleegkundigen eerder negatief, omdat ze mij nog onzekerder lieten voelen. Assistenten daarentegen vind ik wel positief. Zij helpen jou nog het meest in het proces van arts-worden."

Ten slotte vermeldt een student uit derde bachelor ook de toegenomen maturiteit (als persoon in het algemeen) als belangrijk element in de ontwikkeling van de professionele identiteit. Ook het slagen van de toelatingsproef wordt door één student als sleutelmoment aangehaald.

Quote (BS 5): "Na het zesde middelbaar zat ik in een emotioneel zeer onstabiele fase. Ik was toen zoekende. Nu heb ik de indruk dat dat volledig weg is. Ik durf meer te tonen wie ik ben. Ik moet me niet meer aanpassen aan wie anderen willen dat ik ben. Op dat vlak ben ik echt veel geëvolueerd vind ik. Op dat vlak voel ik me veel meer klaar dan vroeger om in dat nieuw leven van arts te rollen."

3.3.5.3. Evolutie doorheen de opleiding

Wanneer aan de studenten uit derde master gevraagd wordt in welke mate deze beïnvloedende factoren veranderd zijn gedurende de opleiding, komen enkele zaken aan bod. Zo vertelt élke geïnterviewde student uit derde master over het toenemend belang van de stages.

Quote (MS 1): "In 3e bach, voor de stages lag de nadruk meer op de theorie, de lessen. Na 3e bach, vanaf de stages, werd het meer praktijkgericht."
Quote (MS 4): "In 3e bach zat ik vooral nog in met de wetenschap van geneeskunde. Dat was het interessantste toen. Pas in de masterjaren heb ik echt de mens achter de wetenschap leren kennen. Vanaf toen ben ik minder naar het wetenschappelijke gaan kijken, maar meer naar de mens op zich. Dat kwam vooral door de stages, door het patiëntencontact. Voor de stages zat je gewoon in je boeken om te blokken."

Ook de invloed van een grotere maturiteit en een groter verantwoordelijkheidsgevoel, alsook de invloed van persoonlijke gebeurtenissen tijdens de opleiding worden vermeld. Bovendien wordt ook de toegenomen stress en druk doorheen de opleiding aangehaald.

Quote (MS 9): "In derde bachelor was mijn stressgehalte in de opleiding nog niet zo hoog als nu. Toen was ik ook nog actief in de jeugdbeweging en was ik iets meer ontspannen in de opleiding."

3.3.5.4. Mate waarin de persoonlijke en professionele identiteit overeenstemmen

Wanneer de studenten gevraagd wordt in welke mate hun persoonlijke en professionele identiteit volgens hen overeenstemmen, wisselt dit sterk van student tot student. En dit voor zowel derde bachelor- als derde masterstudenten. 1 student uit elk studiejaar zegt dat de persoonlijke en professionele identiteit helemaal niet overeenstemmen. Ook 3 andere studenten uit derde master zeggen dat ze eerder niet overeenstemmen. 1 student uit elke groep zegt dat de persoonlijke en professionele identiteit eerder wel overeenstemmen en 2 studenten uit elke groep zeggen dat deze helemaal overeenstemmen. Het merendeel van de studenten zegt echter dat het wisselend is, afhankelijk van de situatie. Daarnaast geven 2 opmerkzame studenten uit derde bachelor aan dat ze het antwoord schuldig moeten blijven, aangezien hun professionele identiteit nog niet gevormd is.

Quote (BS 3): "Voor mij is dat een moeilijke vraag, omdat ik nog niet weet hoe mijn professionele identiteit als arts is. Ik denk dat eerst de ontwikkeling van de identiteit als arts moet komen en je dan moet kijken in welke mate die verschilt met de persoonlijke identiteit. Maar die identiteit is er nog niet."
Quote (MS 1): "Voor mij zijn dat twee verschillende entiteiten. Het is een moeilijke balans wanneer ik mezelf mag zijn als persoon en wanneer ik mezelf mag zijn als arts. Ik blijf mezelf bij medestudenten, maar pas me aan aan de arts en patiënt voor me. Als arts is er volgens mij minder ruimte om de eigen persoonlijkheid te laten zien. Als persoon houd ik bijvoorbeeld wel van een grapje, maar als arts is er minder ruimte voor humor."
Quote (MS 7): "Ik doe me wat anders voor. Als ik tegenover een patiënt zit, maak ik ergens wel een klik. Ik heb niet het gevoel dat ik die mensen aan het beliegen ben door me anders te gedragen. Als arts ga je gewoon op een andere manier met mensen om, denk ik. Dat is ergens ook wel goed."
Quote (BS 7): "Ik denk dat er weinig zaken zijn bij mij die niet overlappen. Ik denk dat het wel afhangt van hoe goed ik iemand ken. Als je iemand goed kent, ga je die op straat niet begroeten als arts. Bij mensen die ik niet goed ken, zal ik meer afstandelijk zijn."
Quote (BS 5): "Ik heb niet het gevoel dat ik me anders moet voordoen. Ik probeer van bij het begin mijn eigen persoonlijkheid in mijn rol als arts te integreren. Natuurlijk vallen mijn persoonlijke en professionele identiteit nog niet volledig samen, maar ik probeer het wel zo goed mogelijk af te stemmen. Het zou stom zijn als je jouw arts tegenkomt in het gewone leven en denkt: "wat voor iemand is dat?!". Dat zou ik spijtig vinden. De eigenschappen die ik heb als persoon vind ik vaak belangrijke eigenschappen en die wil ik behouden in mijn professionele identiteit."

3.3.5.5. De rol van emoties, zelfreflectie en samenhorigheidsgevoel

Bij het bevragen van de emoties, geeft de helft van de geïnterviewde studenten uit derde bachelor toe dat deze vaak de bovenhand nemen. Enkele studenten zeggen dat de emoties aanwezig zijn, maar onder controle blijven. Bij de studenten uit derde master is het net omgekeerd. Daar zegt de helft van de studenten dat de emoties aanwezig zijn, maar onder controle blijven. Slechts enkelen geven toe dat de emoties soms nog de bovenhand nemen. Bovendien zeggen sommige studenten, zowel uit derde bachelor als uit derde master, dat de rol van emoties afhankelijk is van de situatie.

Quote (BS 1): "Ik denk wel dat ik veel handel uit emotie en niet vanuit mijn verstand. Het is moeilijk om puur rationeel te handelen."
Quote (MS 9): "Mijn emoties spelen toch wel een grote rol. Als de emoties kunnen oplaaien, bijvoorbeeld als anderen geëmotioneerd zijn of er een andere mening op nahouden, dan heb ik het gevoel dat ik mijn eigen emoties moeilijk kan bedwingen. Dat ik dan ook sneller zou meegaan in het gevoel van anderen. Ik denk dat dat onbewust ook mijn beleid zou beïnvloeden. Misschien niet de eerste keer, maar als er een paar moeilijke patiënten na elkaar zijn, als mijn emoties te lang aan het opborrelen zijn, kan dat wel eens een invloed hebben."
Quote (MS 7): "Ik denk wel dat ik goed vat heb op mijn emoties. Ik ben een stabiele persoon en veel mensen zeggen dat ook over mij. Ik kan goed relativeren en ga me niet snel laten meeslepen in iets zoals bijvoorbeeld slechtnieuwsgesprekken. Zoiets is natuurlijk een heel emotioneel moment voor iedereen en je mag wel wat emotie tonen, maar op het moment zelf kan ik die emoties voldoende onder controle houden."
Quote (MS 2): "Ik denk dat dat afhangt van situatie tot situatie en afhankelijk is van de discipline. Kinder- en jeugdpsychiatrie bijvoorbeeld is een rollercoaster aan emoties."

De meeste studenten geven aan dat ze hun emoties reeds beter onder controle kunnen houden dan bij het begin van de opleiding. Ze merken een gunstige evolutie in de tijd.

Quote (BS 5): "Ik denk ook wel dat dat evolueert tijdens de opleiding. Als je bijvoorbeeld nog nooit iemand hebt zien sterven, is dat altijd heel aangrijpend. Dat was ook zo op de ouderenzorgstage. Maar op de duur leer je daar echt mee omgaan."
Quote (MS 2): "Ik ben er sterk in gegroeid tijdens mijn opleiding. Als ik in eerste bachelor iemand zag wenen, zou ik ook geweend hebben. Nu spelen emoties soms nog een rol, maar kan ik ze wel onder controle houden. Ik denk dat dat komt omdat de opleiding op zich redelijk zwaar is. Het is vooral training; we worden harder naarmate de opleiding vordert."
Quote (MS 10): "Dat gaat nu al beter dan in het begin van de opleiding. Ik kan in het algemeen moeilijk dingen van mij afzetten, maar op professioneel vlak gaat dat toch een stuk gemakkelijker. Misschien ook omdat ik er op stage met stagementoren en thuis met mijn mama over kan praten."

Daarnaast werd zelfreflectie bij de geneeskundestudenten bevraagd. De redenen voor reflectie werden gegroepeerd en worden weergegeven in tabel 20. Opmerkelijk is dat vooral klinische ervaringen de studenten aanzet tot reflectie. Ook persoonlijk falen of persoonlijke tegenslagen zetten de studenten aan het denken. Enkele voorbeelden:

Quote (BS 3): "Zo was er op stage een vrouw die een probleem had met haar stoelgang. Daar stonden stagiairs verzorging bij, ik denk dat dat zevendejaarsstudenten van het middelbaar waren. Die waren aan het lachen met die vrouw, terwijl ze daar volledig naakt in bed lag. Dat vond ik zodanig erg, hoe die deden… Ik werd daar echt kwaad van, zoiets doe je gewoon niet. Dat is onrespectvol. Op dat moment deed ik nog maar drie of vier maand geneeskunde en heb ik niets durven zeggen. Maar ik heb daaruit geleerd en weet dat ik in het vervolg daar wél iets zou op zeggen. Tegen hen of tegen een verpleegster."
Quote (BS 10): "Ik was op Tomorrowland met het Vlaamse Kruis. Een festivalganger had daar wat keelpijn. "Hij had al een tabletje genomen, maar het ging niet weg", zei hij. Ik wist niet echt wat ik daarmee kon doen. Ik dacht wel dat het iets kon zijn, maar wist niet wat. Dus zei ik het tegen een verpleegkundige. Die nam het niet serieus: "Het zal wel niets zijn, we gaan hem gewoon laten gaan en geven hem nog een keeltablet. Als het niet verbetert, moet hij maar terugkomen", zei die. Wat later kwam die terug en bleek hij een klaplong te hebben. Toen dacht ik: "Shit, ik heb dat in het begin niet gezien. Ik heb het wel gemeld maar het is niet serieus genomen." Dan dacht ik wel: "Hoe kan ik dit in het vervolg verhelpen?" Telkens ik nu keelpijn als klacht hoor, ga ik daar zeker aan denken. Ik heb eruit geleerd dat je bij een vage klacht ook zeker achterdochtig mag zijn, ook al kan het soms ook niets zijn."
Quote (MS 5): "Recent was er een jonge vrouw op neurologie met een vermoeden van metastasering in het ruggenmerg. Ze gingen bij haar een lumbaalpunctie doen. De vrouw wist dat ze een lumbaalpunctie gingen doen, maar wist niet waarom. De assistent had haar verteld dat het "waarschijnlijk om een gewone ontsteking ging", terwijl de artsen op dat moment al voor 98% zeker waren dat het metastasis waren. En zo heeft die assistent die vrouw naar huis gestuurd, met het idee dat er niks aan de hand was. Dat vond ik zeer erg. Ik heb daar discussies over gehad met de assistent, over dat ze niet eerlijk communiceren met de patiënt. Door zo'n negatieve patiëntenervaring heb ik beseft dat ik het zo NIET wil doen later als arts."

De studenten uit derde bachelor geven bovendien aan soms stil te staan bij de eigen studiekeuze of de competitie en prestatiedruk binnen de opleiding.

Quote (BS 2): "Ik zie veel studenten die falen of die problemen hebben. Vorig jaar was er iemand die zelfmoord heeft gepleegd. Hij had een brief gestuurd dat het allemaal te veel werd voor hem. Daar denk ik wel over na. "Gaat dat voor mij ook te veel worden op een moment of ga ik dat kunnen relativeren?" Ik sta erbij stil waar mijn eigen limieten en grenzen liggen."

Enkele studenten geven aan dat ze eigenlijk te weinig reflecteren over gebeurtenissen. De mentorsessies lijken een handig medium om dit te sturen en te bevorderen.

Quote (BS 8): "Dat is een beetje de opzet van die mentorsessies. De echt heikele punten komen daar naar boven en daar praten we over. Dat zorgt altijd voor heel interessante discussies en reflecties. Tijdens de mentorsessies staan we bijvoorbeeld stil bij hoe dicht je al dan niet bij een patiënt mag staan. Of onlangs hadden we het over hoe je je als arts moet gedragen en hoe jouw persoonlijkheid een invloed kan hebben op patiënten. Dan was er een meisje die zei dat haar vader graag bij een arts ging, terwijl zij die zelf erg kortaf vond. Dan besefte ik wel dat er niet één goeie manier is om arts te zijn. Dat je nooit zodanig neutraal gaat zijn dat iedereen graag bij jou gaat komen. Daar leg je jezelf best bij neer. Ik dacht altijd: "Als je jouw job goed doet, gaan mensen dat wel appreciëren." Maar uiteindelijk liggen sommige mensen jou wel en sommigen niet. Die mentorgroepen zijn een veilige plek, daar voel je die competitie niet. Heel waardevol."

Daarnaast vertelt de helft van de studenten uit derde bachelor dat ze regelmatig stilstaan bij het eigen denken en handelen. Eén van hen zegt dit té veel te doen, zodat het een struikelblok wordt. De andere helft geeft toe dit te weinig te doen. Dit in tegenstelling tot de studenten uit derde master die allen aangeven regelmatig stil te staan bij het eigen denken en handelen. Onder hen zeggen 4 studenten dat dit hun functioneren soms in de weg kan staan.

Quote (BS 1): "Te weinig denk ik. Ik zou dat misschien meer moeten doen, zodat ik er iets uit leer. Als ik fouten maak, val ik in herhaling. Ik zou meer moeten reflecteren."
Quote (MS 3): "Ik reflecteer wel vaak. Dan denk ik nadien na over wat er precies fout gelopen is en hoe ik het de volgende keer beter kan doen."
Quote (BS 5): "Ik ben sowieso wel iemand die heel veel nadenkt, zelfs te veel. En dat maakt mij soms wel moe. Soms wil ik wel eens een leeg hoofd. Als ik iets fout doe, dan denk ik daar een jaar later nog aan, over wat anders of beter moest."
Quote (MS 5): "Ik pieker te veel. Ik denk te veel na over de dingen. Dat houdt me soms tegen om zelf initiatief te nemen, omdat ik bang ben om iets fout te doen of niet meteen volledig correct te zijn."

De opleiding lijkt een grote rol te spelen in dit proces van zelfreflectie bij de studenten. Zo verwoordt een student het als volgt:

Quote (MS 9): "Dat heeft vooral met de opleiding te maken. We werden eigenlijk altijd uitgedaagd – soms tegen onze zin, om bijvoorbeeld een reflectie te maken of om feedback te vragen. Als je feedback krijgt van andere mensen, leer je daar wel uit. Ik heb dus wel het gevoel dat de opleiding daar een rol heeft in gespeeld. We werden uitgedaagd om dat te doen om zo onszelf te verbeteren."

Redenen voor zelfreflectie	**Aantal keer vermeld in derde bachelor**	**Aantal keer vermeld in derde master**
Eigen denken en handelen	5	10
Klinische ervaringen	4	6
De competitie of prestatiedruk bij medestudenten	3	
Twijfel rond de studiekeuze	2	
Persoonlijk falen of tegenslag	2	3
Mentorsessies	1	1

Tabel 20: Overzicht van de redenen die studenten uit derde bachelor en derde master aanhalen voor zelfreflectie.

Tevens werd het samenhorigheidsgevoel bij de geneeskundestudenten bevraagd. Wat opvalt, is dat dit samenhorigheidsgevoel sterk verschilt van student tot student en dit onafhankelijk van het studiejaar. Zo stellen 4 studenten uit derde bachelor en 2 studenten uit derde master dat ze zich echt thuis voelen in de groep van geneeskundestudenten, terwijl 3 studenten uit derde bachelor en 4 studenten uit derde master dit gevoel absoluut niet delen. Bij de overige 3 studenten uit derde bachelor en 5 studenten uit derde master is het gevoel afhankelijk van de situatie.

Quote (MS 2): "Ik heb wel vaak het gevoel een vreemde eend in de bijt te zijn. Soms heb ik het gevoel dat ik niet hard genoeg aan het werken ben in vergelijking met de rest."
Quote (MS 4): "Ik voel me HEEL hard thuis bij medestudenten. Ik ben jaarcursus, ben actief in het jaarpraesidium en voel me dus heel hard op mijn gemak als ik bij medestudenten zit."
Quote (BS 9): "Hangt ervan af welke groep. In mijn kleine vriendengroep voel ik mij heel erg thuis. In de grotere groep, bijvoorbeeld een V-lijngroep, is dat al een pak minder."

Wanneer dieper ingegaan wordt op de competitie binnen geneeskunde, meldt élke student dat de competitie voor hem of haar voelbaar is. De helft van de studenten gaat akkoord met de stelling dat studenten die voor huisartsgeneeskunde kiezen minder competitief zouden zijn. Geen enkele student beaamt echter dat studenten die voor huisartsgeneeskunde kiezen minder ambitieus zouden zijn.

Quote (BS 1): "Aan de competitie doe ik niet mee. Het niet zeggen hoeveel punten ze gehaald hebben, of ze herexamens hebben of niet,… Soms denk ik: "waar ben ik hier terechtgekomen?" Dat vind ik jammer. Dat heb je in andere richtingen niet, denk ik. Daar ontstaan geen vriendschappen uit. Aan de andere kant moet die competitie wel, denk ik. Als je wil specialiseren, kan je bijna niet anders. Dan gun ik het mezelf ook meer dan anderen. Maar daar ben ik nu nog niet mee bezig. Ik hoor mensen zeggen dat ze niet willen afstuderen met een bachelordiploma waar geen 'onderscheiding' op staat. Ik zou niet eens weten hoe ik dat moet berekenen. Ik heb het gevoel dat ik daar minder mee bezig ben."
Quote (MS 7): "Onlangs vroeg iemand of ik niet liever iets interessant wou doen in plaats van huisarts te worden. Ik begrijp zo'n uitspraken niet. Ik heb geantwoord dat ik al een jaar stages gelopen had en dat de interessantste stage die van huisarts was. Ik vind van mezelf dat ik de ambitie heb om een goede huisarts te worden. Daarin ben ik ook ambitieus."
Quote (MS 8): "Ik hoor dat zowel op de unief als in mijn naaste omgeving vaak. Als ik dan vertel dat ik huisartsgeneeskunde zou kiezen, zeggen ze: "moh, je gaat dat toch niet doen?! Je bent zo slim. Dan ben je 'maar' huisarts. Iedereen kan toch huisarts worden?". En ik vind dat niet. Ik ga daar niet mee akkoord. Een goede huisarts is even slim of zelfs nog slimmer dan een specialist. Want een specialist kent enkel zijn vakgebied, terwijl een huisarts een heel brede kennis moet hebben. Ik vind huisarts zijn dus niet minderwaardig. Mensen hebben daar een verkeerd beeld van."
Quote (BS 5): "Ik denk niet dat die minder ambitieus zijn. Maar ik kan me wel inbeelden dat dat vaak gedacht wordt. Natuurlijk impliceert het wel een beetje minder competitiviteit als je huisarts wil worden. Als je dat wil worden, is er plaats genoeg. Dat ligt anders als je wil specialiseren."

3.3.6. Identiteitsdissonantie bij de geneeskundestudent

3.3.6.1. Mogelijke heikele punten later als (huis)arts

Wanneer gevraagd wordt aan de geneeskundestudenten naar wat ze later als arts of huisarts tegenop zien, worden verschillende zaken aangehaald. In tabel 21 worden deze schematisch weergegeven. Veel voorkomende zaken zijn onder andere: omgaan met lastige patiënten, de mentale belasting van de job, de grote verantwoordelijkheid en de schrik om medische fouten te maken, en de administratieve kant van de job.

Quote (BS 4): "Ik ga het moeilijk hebben met patiënten die heel grof zijn. Of als een patiënt liegt over zijn klachten om toch medicatie te krijgen."
Quote (BS 10): "Mogelijk de slechtnieuwsgesprekken. Als ik een patiënt niet kan verder helpen, ga ik het misschien moeilijk hebben om dat te zeggen."
Quote (BS 5): "Huisarts zijn is een grote verantwoordelijkheid en daar stress ik wel voor. Als je niet goed doorverwijst of iets belangrijk niet opmerkt, kan dat grote consequenties hebben. Dat geeft me wel stress."
Quote (MS 6): "Ook het financiële aspect en de administratie als zelfstandige ben ik nog niet in thuis."

De lange werkuren vormen voor sommige, maar zeker niet voor alle studenten een bekommernis. Opmerkelijk is wel dat studenten uit derde master zich meer zorgen lijken te maken over de balans tussen werk en privé later dan de studenten uit derde bachelor. Ook de schrik voor een burn-out of bore-out wordt door hen vermeld.

Quote (BS 6): "Mijn eigen huisarts bezig zien, schrikt me wel af, want mijn huisarts werkt van acht uur 's morgens tot elf uur 's avonds. Die staat altijd klaar. Dat zie ik niet zitten."
Quote (MS 6): "Wat ik op dit moment vooral niet goed begrijp, is waarom het als arts precies niet mogelijk is om minder dan 10 à 12 uur per dag te werken. Ik heb dus wel wat schrik voor die lange werkuren. Waar ik ook voor op mijn strepen wil staan, is om voldoende vrije tijd te vinden. Ik heb mijn job als arts daar niet voor over."
Quote (BS 4): "Ik kijk niet op tegen de lange werkuren. Als je de job graag doet en het interesseert jou, dan maakt het niet uit als je eens een uurtje langer moet werken."
Quote (MS 9): "Het idee dat de routine er altijd gaat inzitten, in eender welke job of specialisatie, daar kijk ik wel tegenop. Dat gaat me misschien wel vervelen. Vooral als in die routine mijn concentratie en denkvermogen zal afzwakken, daar heb ik wel wat schrik voor."

Daarentegen vrezen enkele studenten uit derde bachelor voor uitbuiting op stages of een slecht imago als (huis)arts. Ook een student uit derde master kijkt op tegen het publieke leven als (huis)arts. Ook de angst om niet te voldoen aan de verwachtingen van de maatschappij wordt in beide groepen als mogelijk heikel punt vermeld.

Quote (BS 2): "Ik heb schrik dat er slechte reviews komen op het internet. Zo'n slechte review kan leiden tot meer slechte reviews. En eenmaal je als dokter een slecht imago hebt, kan je dat moeilijk herstellen."
Quote (MS 10): "Steeds perfect moeten zijn, mooi binnen de baantjes lopen. Ik ben niet perfect, niemand is perfect, maar soms verwachten de patiënten dat wel van hun huisarts. Ze verwachten dat de huisarts alle zaken op orde heeft. Daar kijk ik tegenop."

Mogelijke heikele punten later als (huis)arts	**Aantal keer vermeld in derde bachelor**	**Aantal keer vermeld in derde master**
Omgaan met lastige patiënten	4	1
Mentaal zware job	4	4
Slechte work-life balans	3	7
Grote verantwoordelijkheid en het maken van medische fouten	3	2
Administratieve taken	2	3
Uitbuiting op stages	2	
Slecht imago	2	
Niet voldoen aan de verwachtingen	2	1
Angst voor burn-out of bore-out		3
Time management		1
Publieke leven als (huis)arts		1

Tabel 21: Overzicht van de mogelijke heikele punten later als (huis)arts volgens de studenten uit derde bachelor en derde master.

3.3.6.2. Positieve gevoelens tijdens de opleiding

Zaken die volgens de geïnterviewde studenten positieve gevoelens geven tijdens de opleiding zijn te zien in tabel 22. Voornamelijk goede examenresultaten halen en de reeds verworven kennis en vaardigheden geven de student uit derde bachelor vreugde en voldoening. Bij de studenten uit derde master wordt ook het belang van positieve feedback op stages en van goede

vrienden in geneeskunde aangehaald. Ook een mooi toekomstperspectief hebben en mensen kunnen helpen, zou een goed gevoel teweegbrengen bij de studenten.

Quote (BS 1): "Ik ben altijd vreugdevol als ik tien of meer haal op mijn examens."
Quote (BS 10): "Bijvoorbeeld als je een nieuwe vaardigheid leert. Vorige week heb ik bijvoorbeeld wondhechting geleerd. Dan denk ik wel van: "yes, ik kan weer iets bij!"."
Quote (MS 10): "Ook de vriendschappen die geneeskunde heeft voortgebracht, geven voldoening."
Quote (MS 1): "Ik denk het beroep later graag te doen. Het idee dat ik op weg ben naar mijn droomjob geeft mij een goed gevoel."

Positieve gevoelens tijdens de opleiding geneeskunde	**Aantal keer vermeld in derde bachelor**	**Aantal keer vermeld in derde master**
Goede examenresultaten halen	7	2
Verworven kennis en vaardigheden	6	4
Mooi toekomstperspectief	2	3
Mensen kunnen helpen	2	2
Slagen voor de toelatingsproef	1	1
Leuke stages	1	
Positieve feedback op stages		6
Vrienden in geneeskunde		3

Tabel 22: Overzicht van zaken die volgens de studenten uit derde bachelor en derde master positieve gevoelens teweegbrengen in de opleiding.

3.3.6.3. Negatieve gevoelens tijdens de opleiding

Zaken die volgens de geïnterviewde studenten negatieve gevoelens geven tijdens de opleiding zijn te zien in tabel 23. Voornamelijk de grote prestatiedruk binnen de opleiding geeft de studenten stress. Ook de slechte organisatie van het curriculum komt meermaals terug. Daarnaast geven slechte examenresultaten, het gevoel niet competent genoeg te zijn en onvoldoende waardering krijgen voor het geleverde werk de studenten slechte gevoelens.

Quote (BS 8): "Tijdens de examens is het soms echt stressen en wenen omdat het zo veel is. Bij veel andere richtingen heerst de mentaliteit dat het gewoon goed is dat je erdoor bent. Want later kijken ze toch niet naar de punten en heb je gewoon een diploma nodig. Maar bij geneeskunde is dat net omgekeerd. Het is nooit genoeg. Het kan altijd beter. Er is precies geen eindpunt."
Quote (MS 2): "Er komt meer bij kijken dan de meeste mensen denken. Mensen die geen geneeskunde doen, zien geneeskunde als een soort van heldenjob. Ze zien niet hoeveel werk je erin moet steken en hoeveel je soms te verduren en te incasseren krijgt. De hoge druk in geneeskunde is er ook niet op vooruitgegaan door het inkorten van het curriculum."
Quote (BS 4): "Niet alleen door de zware opleiding, maar ook door de slechte manier waarop die soms georganiseerd is. Ik weet graag wanneer ik wat moet doen en dat is heel vaak niet het geval. Bijvoorbeeld proffen die niet komen opdagen door een fout lessenrooster. Of dingen die verzet worden. Allemaal van die kleine dingen die het zo onvoorspelbaar maken. Je moet natuurlijk flexibel zijn, maar dat maakt het niet gemakkelijker. Omdat het soms slecht geregeld is, kan het soms moeilijker of meer lijken dan het eigenlijk is."
Quote (MS 4): "Die examens, dat blokken, het duizend keer leren van zeldzame ziektes, dat vind ik minder leuk. Ik vind heel veel dingen in onze richting nutteloos, die niets bijdragen aan onze vorming als arts. Het is tijdsverlies en zorgt ervoor dat de focus op de belangrijke dingen verloren gaat. Dat vind ik heel jammer, bijvoorbeeld domme taakjes, studium generale, P-lijn opdrachten, … Puur tijdsverlies en daar houd ik me niet graag mee bezig."
Quote (BS 3): "Of als je slechte punten haalt voor een examen waar je veel voor gestudeerd hebt. Dat vind ik echt jammer. Dat brengt teleurstelling teweeg."

Negatieve gevoelens tijdens de opleiding geneeskunde	Aantal keer vermeld in derde bachelor	Aantal keer vermeld in derde master
Grote prestatiedruk tijdens de opleiding	8	9
Slechte organisatie van het curriculum	4	7
Slechte examenresultaten halen	4	
Gevoel niet competent genoeg te zijn	2	2
Geen waardering krijgen voor het werk	1	4
Slechte vriendengroep	1	
Slechte stage-ervaringen		1

Tabel 23: Overzicht van zaken die volgens de studenten uit derde bachelor en derde master negatieve gevoelens teweegbrengen in de opleiding.

3.3.6.4. Opleiding beëindigen

Het merendeel van de geïnterviewde studenten uit derde bachelor heeft er nog nooit aan gedacht om de opleiding te beëindigen. Slechts 3 studenten geven aan dat ze hier al ooit aan gedacht hebben. Bij de studenten uit derde master is dit ongeveer de helft van de studenten. De redenen om te stoppen zijn voornamelijk het behalen van slechte examenresultaten, de grote prestatiedruk binnen de richting en de niet te onderschatten stages.
De motivatieredenen om toch de opleiding verder te zetten, worden in tabel 24 weergegeven. De voornaamste reden is dat de meeste studenten de opleiding graag doen. Ze vinden het een interessante opleiding met boeiende materie. Bovendien geven enkele studenten aan dat ze niet zouden weten wat ze anders zouden doen. Ze doen de opleiding verder, omdat ze geen beter alternatief dan geneeskunde kennen. Verder zeggen enkelen dat het toekomstperspectief hen toelacht. Nog anderen zetten door, omdat opgeven niet in hun aard ligt. Bij de studenten uit derde bachelor lijken goede punten een sterke motivator te zijn, terwijl de studenten uit derde master de moed niet laten zakken omdat het diploma in zicht is.

Quote (BS 9): "Bij geneeskunde kan ik me aan mijn bureau zetten om de materie te studeren. De blok is zwaar, maar het lukt, omdat ik het graag doe. Daar haal ik veel voldoening uit."
Quote (BS 8): "Omdat ik niet zou weten wat ik anders zou doen. Sociaal werk zou ik interessant vinden, maar dan mis ik dat medische. Bij een richting als biomedische zou ik dan weer het patiëntgerichte missen. Er is altijd wel een reden."
Quote (BS 7): "Ik denk dat ik ook wel graag andere dingen zou gedaan hebben, maar ik ben geen opgever. Als je aan iets start, moet je jouw best doen om het zo goed mogelijk te doen."
Quote (MS 5): "Moesten we nog een jaar extra moeten roteren, dan zou ik het wel lastig vinden, maar nu is het einde in zicht. Binnenkort heb ik mijn diploma en kan ik doen wat ik wil doen."

Motivatie om de opleiding verder te zetten	Aantal keer vermeld in derde bachelor	Aantal keer vermeld in derde master
Interessante opleiding	8	6
Geen beter plan B hebben	4	3
Mooi toekomstperspectief	3	4
Een doorzetter zijn	2	2
Curriculum loopt vlot	2	
Roeping	1	
Morele steun van derden	1	
Diploma is in zicht		3
Uit respect voor anderen		1

Tabel 24: Overzicht van de motivatieredenen van de studenten uit derde bachelor en derde master om de opleiding verder te zetten.

3.4. Discussie

3.4.1. Hypotheses en *aanbevelingen voor de medisch opleiding*

De kenmerken van 'een goede arts' komen volgens de studenten uit derde bachelor en derde master grotendeels overeen met de kenmerken beschreven in het artikel van Van Mook[3]. In bijlage 6 is een mindmap te zien van de kenmerken gelinkt aan de CanMEDS-rollen[6]. Ook daar valt op dat alle rollen, met uitzondering van die van gezondheidspromotor, vertegenwoordigd worden in de interviews met de studenten. Ook de rol van professional wordt vaak in de interviews vermeld. Zo moet een goede arts volgens de geneeskundestudenten geduldig, verantwoordelijk, behulpzaam, openminded, eerlijk, gedreven en niet in het minst empathisch zijn.
Wanneer de kenmerken van 'een goede huisarts' vergeleken worden met de kerncompetenties van een huisarts volgens de WONCA-definitie, valt op dat ook hier elk antwoord van de studenten onder een kerncompetentie uit de definitie kan geplaatst worden[23]. In bijlage 7 werden deze kenmerken tevens gelinkt aan de CanMEDS-rollen[6]. Net zoals bij de kenmerken van een goede arts valt op dat de studenten ook bij de huisartsenidentiteit spontaan de rol van professional vernoemen. Zo moet een goede huisarts volgens hen onder andere toegankelijk, behulpzaam, openminded, empathisch en gedreven zijn. In tegenstelling tot bij de artsenidentiteit wordt hier ook de rol van gezondheidspromotor door enkele studenten vermeld. Oog hebben voor preventie lijkt volgens hen typisch een taak van de huisarts en minder een taak van de specialist.
Het is dus duidelijk dat het CanMEDS-model en de WONCA-definitie voor huisartsgeneeskunde goede maatstaven zijn om de competenties van toekomstige huisartsen te evalueren. Het lijkt zinvol om de studenten op basis van deze modellen te beoordelen en feedback te geven over welke competenties nog verder moeten getraind worden. Op die manier hebben ze een duidelijk beeld van hoe ze bepaalde zaken nog kunnen verbeteren.

De voornaamste reden die de studenten geven om geneeskunde te studeren, is de combinatie van wetenschappen en het sociale aspect. De voornaamste reden om huisartsgeneeskunde te studeren, is dat het allesomvattend en gevarieerd is. Ook de unieke arts-patiëntrelatie, de vrijheid in het beroep en de goede balans tussen werk en privé zijn aantrekkelijke aspecten voor de studenten geneeskunde.
Het moment waarop de studiekeuze voor geneeskunde gemaakt wordt, varieert heel sterk. In beide studiegroepen lijkt de keuze even vaak in de kindertijd reeds gemaakt te zijn dan pas in het middelbaar of na andere hogere studies. Dit in tegenstelling tot de specifieke keuze voor huisartsgeneeskunde, die zich typisch meer en meer vormt naargelang de opleiding vordert. Vermoedelijk omdat de studenten de opleiding geneeskunde aanvatten met een algemeen beeld van wat de job als arts zal inhouden, maar zonder duidelijke notie van wat de verschillende specialisaties precies zullen voorstellen. Dit laatste wordt pas tijdens de stagejaren duidelijk, waarna de definitieve keuze voor huisartsgeneeskunde meestal volgt. *Studie- en informatiedagen voor toekomstige studenten kunnen helpen om de studenten een realistisch beeld te doen vormen van hun toekomstig beroep. Bovendien lijken stages essentieel in de keuze voor een specialisatie. Hoe vroeger stages in de opleiding dus geïntroduceerd worden, hoe sneller de studenten een correct beeld krijgen van de verschillende specialisaties (en dus ook van huisartsgeneeskunde) en hoe sneller de studenten een definitieve keuze zullen maken voor huisartsgeneeskunde.*

Uit de interviews blijkt dat geen enkele student zich al als een volwaardige arts of huisarts beschouwt. Zij hebben dus nog niet alle stappen van de professionele identiteitsontwikkeling doorlopen en beantwoorden nog niet aan het gegeven van 'denken, voelen en zich gedragen als een echte arts'. Ze hebben met andere woorden nog niet het stadium 'is', het laatste stadium uit de piramide van Miller, bereikt. In de literatuur wordt vermeld dat studenten angst ondervinden om de kennis onvoldoende te beheersen om volwaardig arts te kunnen zijn[16]. Ook in de praktijk lijkt de voornaamste reden om zich nog geen (huis)arts te voelen het gebrek aan kennis. Zelfs na

zes jaar universitaire studies voelen ze zich nog niet competent genoeg om het artsenberoep uit te voeren. Vooral praktische zaken, zoals medicatiebeleid, of zelfstandig beslissingen nemen, ontbreken nog bij de meeste studenten. *Naast de vaardigheids- en communicatietraining dient er in de opleiding dus nog meer aandacht besteed te worden aan het inoefenen van praktijkkennis. Dit kan bijvoorbeeld door middel van OSCE's. Bovendien doen de studenten meer praktijkervaring op als er tijdens de stages meer aandacht is voor zelfstandig werken. Dit kan bijvoorbeeld door de studenten zélf raadplegingen te laten voeren. Dergelijke stages met extra aandacht voor zelfstandig werken binnenin eenzelfde team kunnen trouwens ook het gevoel van leiderschap bij de studenten aanwakkeren.* Het feit dat sommige studenten zich qua karakter nog geen arts voelen, wijst erop dat ook hiervoor tijdens de opleiding aandacht moet zijn. *Praten over bijvoorbeeld empathie en omgaan met verantwoordelijkheid tijdens mentorsessies kan hierbij helpen*.

Bij de studenten uit derde bachelor wordt de professionele identiteit voor het grootste deel gevormd door de lessen, omdat de lessen op dat moment de essentie van de opleiding vormen. *In het blok 'Gezondheid en Maatschappij' wordt de professionalrol op bachelorniveau toegelicht.* Ook de aankoop van medisch materiaal en het dragen van een witte jas blijkt voor de studenten uit derde bachelor een belangrijke rol te spelen in het gevoel van arts-worden. *Hoewel het merendeel van de huisartsen vandaag de dag geen witte jas meer draagt, lijkt het daarom toch aangewezen om het dragen van een witte jas in de opleiding te behouden, zodoende PIF te bevorderen. Het invoeren van bepaalde 'wittejasceremonies' kan helpen om het eenheidsgevoel tussen de studenten te versterken en het proces van socialisatie te stimuleren. Ook de dissecties lijken voor veel bachelorstudenten een rol te spelen bij PIF en vormen een eerste voeling met 'het echte werk'. Daarnaast kunnen workshops rond persoonlijke ontwikkeling en bepaalde keuzevakken rond ethiek bijdragen tot het proces van PIF op bachelorniveau.*

De studenten uit derde master geven aan dat de invloed van lessen achteraf gezien eerder beperkt blijkt en dat de professionele identiteit voornamelijk door klinische ervaringen en stages bepaald wordt. Ook in de literatuur wordt vermeld dat de professionele identiteit zich voornamelijk door interactie met anderen ontwikkelt: het proces van socialisatie[2,16]. *Hoe vroeger klinische ervaringen en patiëntencontacten in de opleiding worden ingevoerd, hoe beter dus. Het feit dat de huisartsenstage in het huidige zesjarig curriculum een jaar later valt, lijkt dus niet ideaal.* Bovendien zijn het vooral de stages waarbij de student een grote verantwoordelijkheid en zelfstandigheid krijgt die het grootste effect hebben op de leercurve en de ontwikkeling van de professionele identiteit. *Passieve stages waarbij de student vanop een stoel de raadplegingen meevolgt, dienen zo veel mogelijk vermeden te worden. Hoe sneller de student kan ingeschakeld worden in de praktijk, hoe beter. Dit werkplekleren helpt bovendien om een realistisch beeld te schetsen van de realiteit. Reflectie over deze klinische ervaringen bevordert bovendien het proces van PIF. Dit kan bijvoorbeeld door middel van reflecterend schrijven, het bijhouden van portfolio's en het bijwonen van mentorsessies.*

Daarnaast lijken niet alleen klinische ervaringen, maar ook persoonlijke ervaringen bij heel wat studenten een rol te spelen in het proces van PIF. *Het lijkt dus niet onlogisch om de studenten ook op persoonlijke ervaringen te laten reflecteren: 'Wat heeft de student al meegemaakt in zijn of haar persoonlijk leven dat hem of haar gevormd heeft? Wat wil de student hierover kwijt? Kan hierover gereflecteerd worden?' Ook hier kan gewerkt worden met portfolio's en mentorsessies.*

Ook de rol van rolmodellen blijkt niet te onderschatten. Opmerkelijk is de invloed van mentoren aan de universiteit en stagementoren in de studiekeuze en de vorming naar arts. Feedback van deze mentoren kan de professionele identiteitsvorming maken of kraken. *Gezien hun prominente rol lijkt het aangewezen om strenge kwaliteitscriteria in te bouwen bij de aanwerving en opleiding van mentoren aan de universiteit of op stageplaatsen. Ook de studenten zelf zouden na elke stage verplicht de mentoren moeten beoordelen om de kwaliteit te garanderen.*

De rol van andere gezondheidsmedewerkers lijkt dubieus. *Zo lijkt het uit deze studie weing zinvol om studenten geneeskunde te laten meelopen met verpleegkundigen, zorgkundigen of andere paramedici tijdens hun opleiding. Het kan handig zijn om de student te laten kennismaken met een medische context, maar de grootste leercurve lijkt te verwachten bij stages met andere artsen of assistenten.* Dit wordt bevestigd door de ervaringen die de studenten delen over de COPC-week, hun eerste aanraking met een multidisciplinair team in eerste lijn, waarbij vooral het patiëntencontact de studenten achteraf sterk bijblijft, niet de samenwerking met andere zorgverleners.

Ook de rol van de media, zoals TV-series als 'Topdokters' of 'Wetsdokters', lijkt een grotere impact te hebben op PIF dan men misschien aanvankelijk vermoedt. De toegenomen medialisering laat bij de jeugd een steeds grotere indruk na. *Tijdens de lessen duiding geven bij wat in de media verschijnt, kan daarom zinvol zijn.*

Bovendien lijkt de invloed van 'peers' doorheen de opleiding toe te nemen. Familie en vrienden lijken ook een invloed te hebben, maar hoe verder in de opleiding, hoe groter het belang van peers. Een goede vriendengroep binnen geneeskunde lijkt heel waardevol te zijn. Niettemin is het samenhorigheidsgevoel in de richting niet altijd even groot. *Teambuildingactiviteiten en initiatieven zoals de paasshow of halftime- en fulltimeweekend zouden het samenhorigheidsgevoel kunnen aanwakkeren en op die manier onrechtstreeks het proces van PIF kunnen bevorderen.*

De rol van het gezondheidszorgsysteem op zich is volgens de studenten eerder miniem in het proces van PIF. Toch worden de sociale verwachtingen van de maatschappij ten aanzien van de studenten soms vermeld tijdens de interviews. Zo geven enkele studenten aan dat ze schrik hebben voor het publieke leven als huisarts. Maar ook de veranderde perceptie die vrienden buiten geneeskunde hebben ten opzichte van hen, komt vaak terug.

Uit het onderzoek blijkt bovendien dat bij veel studenten de persoonlijke en professionele identiteit (nog) niet overeenstemmen. Aangezien volgens de theorie van identiteitsvorming verschillende identiteiten los van elkaar kunnen bestaan, hoeft het niet per se een probleem te vormen dat de professionele identiteit nog niet volledig geïntegreerd is in de persoonlijke identiteit.

Net als bij de ontwikkelingsstadia volgens Kegan wordt gezien dat emotionele controle vaak een gunstige evolutie kent doorheen de opleiding. Aangezien de professionele identiteit bij de meeste studenten nog niet bereikt is, hebben de meesten onder hen hun emoties nog niet altijd onder controle. *Leren omgaan met de eigen emoties lijkt een essentieel gegeven bij de ontwikkeling als professional. Gezien uit de studie blijkt dat de gunstige evolutie van emotiebeheersing voornamelijk te wijten is aan stage-ervaringen en patiëntencontacten, wordt ook hier opnieuw het belang van vroege klinische ervaringen tijdens de opleiding benadrukt.*

Wat zelfreflectie betreft, lijken de meeste studenten ook in toenemende mate stil te staan bij gebeurtenissen tijdens hun opleiding. Vooral rond klinische ervaringen, maar ook rond persoonlijke ervaringen wordt vaak gereflecteerd. *Ook hier wordt opnieuw het belang van reflectieopdrachten aangehaald, waarin meegemaakte ervaringen kunnen neergepend en/of geventileerd worden. Nagenoeg alle geïnterviewde studenten waren heel lovend over het gebruik van mentorsessies. Wederom kan het nuttig zijn om tijdens deze sessies niet alleen stil te staan bij de klinische, maar ook bij de persoonlijke ervaringen of zaken waar de studenten op dat moment mee worstelen. Het format dient dus opengetrokken te worden naar een algemene ventilatiesessie. De studenten geven tijdens de interviews ook zelf aan dat de mentorsessies het meest waardevol zijn als de mentor niet te strikt de richtlijnen volgt, maar praat over wat de studenten op dat moment aanbelangt. Hij of zij behoudt weliswaar een moderatorrol om alles in goede banen te leiden en advies te geven waar nodig. Aangezien enkele studenten ook aangeven dat ze soms té veel stilstaan bij hun handelen, kan speciale aandacht hiervoor bij sommige studenten aangewezen zijn.*

Zoals reeds aangehaald, is het samenhorigheidsgevoel tussen de studenten niet altijd even groot. Voornamelijk studenten die geen huisartsgeneeskunde willen volgen, zijn volgens de studenten in de studie zeer competitief ingesteld. Dit competitiemilieu binnen geneeskunde wordt mede door de opleiding zelf gestuurd. Hoge examenresultaten halen, is in de meeste gevallen immers een vereiste om tot een specialisatie te worden toegelaten. De grote prestatiedruk wordt door nagenoeg alle studenten aangehaald als voornaamste reden om negatieve gevoelens te ervaren tijdens de opleiding. De slechte organisatie van het curriculum volgt op nummer twee. Door deze toenemende prestatiedruk binnen de opleiding denken er ook steeds meer studenten aan om de opleiding te beëindigen. *Het afschaffen van deze prestatiementaliteit is een utopie, maar de opleiding kan wel de prestatiedruk verlichten door waar mogelijk het 'pass/failsysteem' bij bepaalde examens toe te passen. Ook een goede organisatie van het curriculum met duidelijke uurroosters en haalbare examenroosters kan de studenten heel wat stress besparen.*

Bovendien schrikken vooral de slechte balans tussen werk en privé en de mentale belasting van de job de studenten af om later huisarts te worden. Ook tegen het uitvoeren van administratieve taken wordt opgekeken. *Een positiever en realistischer beeld van de huisarts tijdens de stages zou de angst voor burn-outs moeten ontkrachten. Tegenwoordig lijken de meeste jonge artsen er immers in te slagen om werk en privé te combineren. Door de komst van onder andere de georganiseerde wachtdiensten en de huisartsenwachtposten hoeft de huisarts bijvoorbeeld niet langer continu beschikbaar te zijn. Ook de komst van groepspraktijken heeft geleid tot een betere work-life balans. Daarenboven kan de toenemende digitalisering de werkdruk bij administratieve taken verlichten. Toch kunnen nog extra inspanningen geleverd worden om het huisartsenberoep aantrekkelijker te maken en meer studenten te overtuigen van de richting. Het gebruik van meer afgebakende werkschema's bij de studenten tijdens de basisopleiding (naar analogie met het WOP-schema bij HAIO's) is hier een voorbeeld van. Bovendien zou de implementatie van lessen rond boekhouding en administratie een meerwaarde bieden binnen de opleiding tot basisarts.*

3.4.2. Overkoepelende hypotheses in de masterproef als tweeluik

Wanneer beide masterproeven naast elkaar gelegd worden, kunnen enkele overkoepelende conclusies getrokken worden. Zo blijkt dat alle antwoorden op de eigenschappen van 'een goede huisarts' onder de CanMEDS-rollen kunnen onderverdeeld worden. En dit zowel bij de studenten als bij de afgestudeerde huisartsen. Dat is niet vanzelfsprekend, aangezien de oudere huisartsen nog nooit met dit model tijdens hun opleiding in aanraking kwamen. *Dit bevestigt nogmaals onbevooroordeeld de geschiktheid en toepasbaarheid van het CanMEDS-model in het medisch onderwijs. Zowel tijdens de basisopleiding als bij de vervolgopleiding kan dit model ingezet worden om de competenties van (toekomstige) huisartsen te evalueren.*

Ook de redenen om voor huisartsgeneeskunde te kiezen, vertonen in beide onderzoeken grote gelijkenissen. Zo zijn bij praktiserende huisartsen de langdurige opvolging van patiënten, de unieke arts-patiëntrelatie en de holistische benadering van de patiënt de belangrijkste aspecten om voor huisartsgeneeskunde te kiezen. Dit komt grotendeels overeen met de redenen die de studenten aanhalen, namelijk de continuïteit van zorg, het feit dat de huisarts dicht bij de patiënt staat en het feit dat huisartsgeneeskunde qua discipline heel algemeen en breed is.

In tegenstelling tot de geïnterviewde studenten blijkt dat de ondervraagde huisartsen professionele identiteit en huisartsenidentiteit niet van elkaar kunnen loskoppelen. Doordat zij reeds enkele tot tientallen jaren in het vak staan, identificeren ze zich op professioneel vlak volledig als huisarts. In tegenstelling tot de geïnterviewde studenten hebben zij wel al alle stappen van de professionele identiteitsontwikkeling doorlopen, waardoor ze 'denken, voelen en zich gedragen als een arts'. Ze hebben met andere woorden het stadium 'is', het laatste stadium uit de piramide van Miller, bereikt.

De ondervraagde huisartsen geven aan dat ze zich voor het eerst écht arts voelden op het moment dat ze de verantwoordelijkheid van een volwaardig arts kregen en het gevoel hadden dat ze alle aspecten van huisartsgeneeskunde onder de knie hadden. Praktijkervaring lijkt hierbij van belang. Dit komt overeen met de antwoorden van de geneeskundestudenten, bij wie het gebrek aan competentie de voornaamste reden vormt om zich nog geen (huis)arts te voelen en bij wie een toegenomen verantwoordelijkheid tijdens de stages het gevoel van arts-zijn positief beïnvloedt. *Ook hier volgt opnieuw een pleidooi voor werkplekleren waarbij de student zo zelfstandig mogelijk in de praktijk wordt ingezet. Dit vergroot immers het gevoel van competentie bij de student en bij uitbreiding het gevoel van arts-zijn.*

Het valt wel op dat er bij de praktiserende huisartsen verdeeldheid bestaat over welke positie de huisartsenidentiteit mag innemen binnen de persoonlijke identiteit. Niet elke arts vindt immers dat de professionele identiteit geïntegreerd moet worden in de persoonlijke identiteit. De meerderheid van de huisartsen vindt het zelfs belangrijk om beide identiteiten van elkaar te scheiden. Ze zijn huisarts, maar daarnaast zijn ze nog veel meer dan dat. Bovendien stellen enkele afgestudeerde artsen dat, hoewel 'een goede huisarts' aan enkele eigenschappen moet voldoen, de eigenheid van het karakter van elke arts bewaard moet blijven. De unieke persoonlijkheid van elke arts maakt immers wie hij of zij is en trekt een eigen populatie van patiënten aan. Ook één student uit deze masterproef deelt deze mening. Anderzijds zijn er enkele huisartsen die zeggen dat ze beide identiteiten niet meer kunnen loskoppelen van elkaar, dat hun professionele identiteit volledig verweven is met hun persoonlijke identiteit. Dit wordt voornamelijk vermeld door huisartsen met reeds tientallen jaren ervaring. Het feit dat de persoonlijke en professionele identiteit bij de meeste geïnterviewde studenten niet overeenstemt, hoeft dus geen probleem te vormen bij de ontwikkeling van de artsenidentiteit. Het al dan niet scheiden van beide identiteiten lijkt namelijk min of meer een bewuste keuze van de huisarts zelf en heeft geen implicaties op zijn of haar competenties als huisarts. Meer nog, het kan zelfs een beschermende factor spelen bij het behouden van de work-life balans. *Het kan dus aangewezen zijn om deze informatie mee te delen in de lessen rond PIF, aangezien veel studenten het niet overeenstemmen van beide identiteiten als stressor ervaren.*

Daarnaast geven de geïnterviewde artsen, net als de studenten, aan dat zeer veel factoren een invloed hebben op de ontwikkeling van de professionele identiteit. Ook zij bevestigen het belang van persoonlijke en klinische ervaringen en de invloed van personen uit de directe omgeving bij het proces van PIF tijdens de studentenjaren. Ze erkennen de huisartsgerelateerde lessen tijdens de opleiding als zeer waardevol in de ontwikkeling tot huisarts, maar bevestigen dat de belangrijkste beïnvloedende factor de gevolgde stages zijn. Dit komt helemaal overeen met wat de studenten uit derde master vermelden. Door middel van stages kan de theoretische kennis immers omgezet worden in de praktijk. Bovendien vermelden de huisartsen dat de sfeer op de stageplek en het contact met de patiënten en stagementoren een cruciale rol spelen. Positieve of negatieve feedback op stage kan volgens hen de professionele identiteitsvorming maken of kraken. Net als bij de studenten uit derde master lijkt de invloed van 'peers' bij afgestudeerde huisartsen van belang. Zo vermelden de ondervraagde huisartsen dat het contact met collega's van belang is bij de verdere professionele identiteitsvorming, ook na het afstuderen. De invloed van peers lijkt dus toe te nemen naarmate de professionele identiteit zich vormt.

Toch lijken enkele beïnvloedende factoren te verschillen in beide studies. De invloed van TV-series of media bij PIF is bijvoorbeeld vooral bij de studenten aanwezig. Vermoedelijk komt dit door de toenemende belangstelling van geneeskunde in de media. Vroeger waren programma's als 'Topdokters' en 'Wetsdokters' immers niet op tv.
Bovendien treden andere factoren meer naar de voorgrond eenmaal men in het werkveld staat. Zo lijkt het gezondheidszorgsysteem een toenemende invloed te hebben op de vorming van de professionele identiteit nadat men is afgestudeerd. Daar waar het gezondheidszorgsysteem voor de studenten een 'ver-van-mijn-bed-show' is, komen afgestudeerde huisartsen hier wel degelijk mee in aanraking.

Ook bij de vermelde heikele punten van het huisartsenberoep zijn er zowel overeenkomsten als verschillen tussen beide studies. Bij huisartsen worden onder andere de scheiding tussen werk en privé, de continue beschikbaarheid, omgaan met veeleisende patiënten en de beperkte ondersteuning van de mentale gezondheid van artsen vermeld. Ook de studenten vrezen het omgaan met lastige patiënten, de slechte work-life balans en het feit dat huisarts-zijn mentaal belastend is. Daarnaast wordt in beide studies de administratie als extra last vermeld.
Over het publieke leven en mogelijk slecht imago later als huisarts lijken enkel de studenten zich zorgen te maken. Door geen enkele afgestudeerde arts worden deze aspecten als hinderlijk ervaren. Bovendien lijkt de angst voor een burn-out of bore-out bij de studenten overschat. Ondanks het feit dat veel huisartsen de werkdruk en verantwoordelijkheid van het beroep onderschat hebben als student, blijkt dat geen van de geïnterviewde artsen omwille van deze redenen denkt aan stoppen. Dit in tegenstelling tot de studenten, die vaker overwegen om de opleiding te beëindigen. Wanneer afgestudeerde artsen toch beslissen om te stoppen met het uitvoeren van het artsenberoep is dit omwille van persoonlijke of familiale gezondheidsproblemen, de administratieve last of het niet slagen van een samenwerking. *Hulp bij het uitvoeren van en educatie rond administratieve taken , alsook educatie rond zelfzorg en rond het vormen van samenwerkingsverbanden kan uitval in het beroep mogelijk helpen voorkomen.*

3.4.3. Bedenkingen bij deze masterproef

Hieronder volgen enkele persoonlijke bedenkingen met betrekking tot het uitgevoerde onderzoek. Een van de grote sterktes van deze masterproef is dat er onderzoek werd gedaan naar de professionele identiteit bij toekomstige huisartsen. Aangezien in de huidige literatuur weinig tot geen informatie te vinden is rond de professionele identiteit bij huisartsen en rond huisartsenidentiteit, kan deze studie op dat vlak als baanbrekend beschouwd worden.

Bovendien hoort deze masterproef als tweeluik bij de masterproef van Anne-Sophie Vandenecker, die de professionele identiteit bij reeds praktiserende huisartsen onderzocht. Op deze manier wordt overkoepelend een globaal beeld geschetst van wat professionele identiteit betekent voor élke toekomstige of reeds praktiserende huisarts.

Een bijkomend sterk punt van deze masterproef is dat er diepte-interviews werden afgenomen, wat een rijkere bron van informatie geeft dan bijvoorbeeld online surveys, waarbij de deelnemers slechts kunnen kiezen tussen een beperkt aantal antwoordmogelijkheden en/of waarbij er weinig ruimte is voor interactie tussen de deelnemer en de onderzoeker. Door het afnemen van diepte-interviews in deze masterproef kon er doorgevraagd worden op de antwoorden van de deelnemers, konden er bijvragen gesteld worden en werden zo de nodige nuances gelegd.

Een zwakte van deze masterproef is dan weer het aantal geïnterviewde studenten. Ondanks het feit dat er uiteindelijk twintig studenten geïnterviewd werden, terwijl het oorspronkelijk doel tien was, blijft dit een klein aantal om gegeneraliseerde conclusies uit te trekken.

Niettegenstaande de vrij heterogene verdeling van geslacht, leeftijd, woonplaats, sociale klasse en vooropleiding in beide studiepopulaties, zijn er bovendien ook enkele overeenkomsten in de sociodemografische en socio-economische factoren. Met uitzondering van één student uit Vlaams-Brabant en één student uit Limburg zijn bijvoorbeeld alle studenten afkomstig uit Oost- en West-Vlaanderen. Dit omdat enkel de studenten aan de Universiteit Gent werden bevraagd. Bijgevolg zijn nagenoeg alle geïnterviewde studenten van het Kaukasische ras en hebben ze de Belgische nationaliteit en Westerse cultuur. Ook qua geloofsovertuiging werden er enkel niet-gelovige of christelijke studenten geïnterviewd. De diversiteit in beide studiepopulaties kan dus zeker beter.

Wat bovendien opvalt bij de populatiebeschrijving is dat het merendeel van de studenten vrij geëngageerd is en dit zowel in derde bachelor als derde master. De meesten zijn lid van een vereniging of doen vrijwilligerswerk en het merendeel is geïnteresseerd om vrijwillige stages te doen. Dit kan mogelijk verklaard worden door selectie bias. De studenten die geïnterviewd werden, zijn immers studenten die reageerden op een schriftelijke of mondelinge oproep om deel te nemen aan de studie. Aangezien studenten die op dergelijke oproepen reageren doorgaans de meer geëngageerde studenten zijn, kan dit bijgevolg een vertekend beeld geven.

Daarnaast valt het ook op dat de examenresultaten van de geïnterviewde studenten uit derde master doorgaans beter zijn dan deze van de geïnterviewde studenten uit derde bachelor. Zo heeft het merendeel van de studenten uit derde master nog nooit herexamens gehad. Ook dit kan mogelijk verklaard worden door selectie bias. Zo werd de oproep om deel te nemen aan het onderzoek in augustus rondgestuurd, een moment waarop vooral derde bachelorstudenten in tweede zittijd in Gent aanwezig waren en de Facebookgroep van geneeskunde in het oog hielden. Niettegenstaande de verblijfplaats geen inclusiecriterium was om deel te nemen, kan dit wel een invloed hebben gehad op welke studenten deelnamen aan de studie. Voor de studenten uit derde master geldt deze redenering niet, aangezien zij op het moment van de oproep allemaal basisstages hadden en geen vakantie of herexamens.

Wat ook opvalt in de studie is dat de competitiedrang binnen geneeskunde iets is waar elke geïnterviewde student tegen opziet. Een persoonlijke bedenking hierbij is dat ook dit bias kan zijn, aangezien competitieve studenten misschien minder tijd zullen investeren in het afnemen van vrijblijvende interviews.

Bovenstaande bedenkingen in het achterhoofd zal verder onderzoek bij grotere en diversere studiepopulaties moeten uitwijzen of de conclusies in deze masterproef bevestigd dan wel weerlegd worden.

4. Conclusie

Professionele identiteitsvorming is het proces waarbij de waarden, normen en gedragingen van het beroep geïntegreerd worden met de persoonlijke waarden, normen en gedragingen, wat resulteert in een individu die 'denkt, voelt en zich gedraagt als een professional' (in dit geval als een arts). De kenmerken van 'een goede (huis)arts' komen volgens de geneeskundestudenten grotendeels overeen met de CanMEDS-rollen en de WONCA-definitie voor huisartsgeneeskunde.

Daarnaast wordt de studiekeuze voor geneeskunde voornamelijk bepaald door de combinatie van wetenschappen en het sociale aspect. De keuze voor huisartsgeneeskunde vormt zich typisch tijdens de stagejaren en wordt voornamelijk bepaald door het brede aspect, de variatie en vrijheid in het beroep, de arts-patiëntrelatie en de goede balans tussen werk en privé.

Zowel in derde bachelor als in derde master voelen de meeste studenten zich nog geen (huis)arts. Dit komt voornamelijk door het gebrek aan competentie en praktijkervaring. In derde bachelor hebben vooral de lessen, de aankoop van medisch materiaal en het dragen van een witte jas een invloed op de professionele identiteitsvorming. Bij de studenten uit derde master spelen vooral klinische ervaringen en stages een prominente rol. Ook persoonlijke ervaringen, rolmodellen in de media, stagementoren en mentoren aan de universiteit spelen bij beide groepen een belangrijke rol. De invloed van peers neemt bovendien toe naarmate de opleiding vordert.

De meest voorkomende factoren voor identiteitsdissonantie zijn de grote prestatiedruk binnen de opleiding en de slechte organisatie van het curriculum. Vooral de slechte work-life balans, de mentale belasting en de administratieve taken schrikken de studenten af om later huisarts te worden.

Om het proces van professionele identiteitsvorming te faciliteren en de studenten te ondersteunen bij de zoektocht naar hun professionele identiteit, wordt daarom aangeraden om professionele identiteitsvorming binnen de opleiding geneeskunde te onderrichten. Reflectieopdrachten rond klinische en persoonlijke ervaringen, alsook het vroegtijdig invoeren van stages met bijzondere aandacht voor zelfstandig werken, zijn hierbij enkele suggesties. Ook kwaliteitsbewaking bij mentoren en een aangepast curriculum met aandacht voor de prestatiedruk en voor administratie en boekhoudkunde binnen de opleiding zouden kunnen helpen. Het CanMEDS-model en de WONCA-definitie voor huisartsgeneeskunde lijken bovendien goede maatstaven om de competenties van toekomstige (huis)artsen te evalueren.

5. Referenties

1. Rees CE, Monrouxe LV. Who are you and who do you want to be? Key considerations in developing professional identities in medicine. Med J Aust. 2018 Aug 3;209(5):202-203.
2. Caza B., Creary J. The construction of professional identity. Retrieved 2016, from Cornell University, SHA School site: http://scholarship.sha.cornell.edu/articles/878
3. Van Mook W., Scheltus J. Van Luijk, et al. Professioneel gedrag in de opleiding geneeskunde. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 2009;153.
4. Holden MD, Buck E, Luk J, et al. Professional identity formation: creating a longitudinal framework through TIME (Transformation in Medical Education). Acad Med. 2015 Jun;90(6):761-7.
5. Van Royen P., Michels N., Bombeke K. De ontwikkeling tot professional binnen de artsenopleiding: van leerresultaten tot concrete invulling en toetsing. Tijdschr. voor Geneeskunde, 75, nr. 7, 2019. 465.
6. Frank JR, Danoff D. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. Med Teach 2007 Sep;29(7):642-7.
7. Jarvis-Selinger S., Pratt. D., Regehr G. Competency is not enough: integrating identity formation into the medical education discourse. Acad Med 2012 Sep;87(9):1185-90.
8. Kegan Robert. In Over Our Heads: the Mental Demands of Modern Life. Cambridge, Harvard University Press. 1994. pp. 314-315.)
9. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, et al. A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educators. Acad Med. 2015 Jun;90(6):718-725.
10. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD et al. Reframing medical education to support professional identity formation. Acad Med. 2014 Nov;89(11):1446-51.
11. Cruess SR, Cruess RL, Steinert Y. Supporting the development of a professional identity: General principles. Med Teach. 2019 Jun;41(6):641-649.
12. Cruess RL., Cruess SR., Steinert Y. Teaching medical professionalism: supporting the development of a professional identity. McGill University. Cambridge University Press. April 2016
13. Goldie J. The formation of professional identity in medical students: considerations for educators. Med Teach. 2012;34(9):641-8.
14. Tagawa M. Development of a scale to evaluate medical professional identity formation. BMC Med Educ. 2019 Feb 28;19(1):63.
15. Wong A, Trollope-Kumar K. Reflections: an inquiry into medical students' professional identity formation. Med Educ. 2014 May;48(5):489-501.
16. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller's Pyramid to Include Professional Identity Formation. Acad Med. 2016 Feb;91(2):180-5.
17. Molkenboer H.F.A.M. Toetsen volgens de toetscyclus: deel 1. Enschede. Bureau voor Toetsen & Beoordelen. 2015. Raadpleegbaar via: https://www.e-xamens.nl/nieuws/toetstaal-1
18. Van Dale woordenboek. Raadpleegbaar via: https://www.vandale.be
19. KU Leuven. Onderwijsvisie Faculteit Geneeskunde. Juni 2016. Raadpleegbaar via: https://med.kuleuven.be/nl/ECO/onderwijsvisie
20. Bebeau MJ, Monson VE. Professional identity formation and transformation across the life span. In Learning Trajectories, Innovation and Identity for Professional Development. Springer Netherlands. 2012. p. 135-162.
21. Kay D., Berry A., Coles N. What Experiences in Medical School Trigger Professional Identity Development? Teaching and Learning in Medicine 2019 Apr. Vol.31.
22. Niemi PM. Medical students' professional identity: self-reflection during the preclinical years. Med Educ. 1997 Nov;31(6):408-15.
23. WONCA Europe. The European Society of General Practice Family. Huisartsgeneeskunde: de Europese definitie. 2002. Raadpleegbaar via: https://www.woncaeurope.org
24. Olive, Kenneth E. et al. Developing a Physician′s Professional Identity Through Medical Education. The American Journal of the Medical Sciences, Volume 353, Issue 2, 101-108.
25. Vivekananda-Schmidt P, Crossley J, Murdoch-Eaton D. A model of professional self-identity formation in student doctors and dentists: a mixed method study. BMC Med Educ. 2015 Apr 29;15:83.
26. Bombeke K. Symons I. Debaene I. et al. Help, mijn patiëntgerichtheid is bedreigd! Ervaringen van studenten geneeskunde en hun opleiders. Huisarts Nu Maart 2011; 40(2):70-78.
27. Crossley J, Vivekananda-Schmidt P. The development and evaluation of a Professional Self Identity Questionnaire to measure evolving professional self-identity in health and social care students. Med Teach. 2009 Dec;31(12):603-7.
28. Casterle B, Gastmans C, Bryon E. QUAGOL: a guide for qualitative data analysis. Int J Nurs Stud. 2012; 49(3):360-71.

6. Bijlagen

6.1. Bijlage 1: Syntax van de verschillende databases

			MEDLINE (PubMed interface)	**Embase (embase.com interface)**	**CENTRAL**	**CINAHL (EBSCOhost interface)**	**Web of Science**	**Scopus**
			US oriented bibliographic database which includes all aspects of clinical medicine, biological sciences, education and technology	*European oriented bibliographic database that covers similar topic to MEDLINE and includes biomedical and pharmaceutical international journals.*	*Register of controlled trials as part of The Cochrane Library*	*Bibliographic database with emphasis on nursing and other paramedical professions*	*Bibliographic database in sciences, social sciences, arts and humanities*	*Bibliographic database in science, technology, medicine, social sciences, arts and humanities*
Boolean operators			OR; AND; NOT	OR; AND; NOT	OR; AND; NOT	OR; AND; NOT	OR; AND; NOT	OR; AND; AND NOT
Subject Headings (SH)		Name	Medical SH (MeSH)	Emtree Term	Medical SH (MeSH)	CINAHL headings		
		Explode #	"x"[Mesh]	'x'/exp	[mh "x"]	MH "x+"	-	-
		Not explode	"x"[Mesh:NoExp]	'x'/de	[mh ^"x"]	MH "x"		
Search of single word in ...		title and abstract	"x" [TIAB] x [TIAB]	'x':ti,ab x:ti,ab	(x):ti,ab x :ti,ab	TI "x" OR AB "x" TI x OR AB x	-	TITLE-ABS(x)
		keywords	"x"[OT] x[OT]	'x':kw x:kw	(x):kw x:kw	-	-	KEY(x)
		title, abstract and keywords	"x"[TIAB] x[TIAB]	'x':ti,ab,kw x:ti,ab,kw	(x):ti,ab,kw x:ti,ab,kw	-	TS=("x") TS="x"	TITLE-ABS-KEY(x)
Search of phrase (combination of words next to each other) in ...		title and abstract	"x y" [TIAB] x y [TIAB]	'x y':ti,ab	("x y"):ti,ab "x y":ab,ti	TI "x y" OR AB "x y"	-	TITLE-ABS({x y}) (exact phrase) TITLE-ABS("x y") (loose phrase)
		keywords	"x y"[OT] x y[OT]	'x y':kw	("x y"):kw "x y":kw	-	-	KEY({x y}) (exact phrase) KEY("x y") (loose phrase)
		title, abstract and keywords	"x y"[TIAB] x y [TIAB]	'x y':ti,ab,kw	("x y"):ti,ab,kw "x y":ti,ab,kw	-	TS=("x y") TS="x y"	TITLE-ABS-KEY({x y}) (exact phrase) TITLE-ABS-KEY("x y") (loose phrase)

6.2. Bijlage 2: Verzoek tot advies van het Ethisch Comité

VERZOEK TOT ADVIES VAN HET ETHISCH COMITE BETREFFENDE EEN ONDERZOEKSPROJECT BIJ DE MENS IN HET KADER VAN DE MASTER-NA-MASTER HUISARTSGENEESKUNDE

1. TITEL VAN HET ONDERZOEK

HOE WORDT DE PROFESSIONELE IDENTITEIT GEVORMD EN WELKE FACTOREN SPELEN HIERBIJ EEN ROL: EEN KWALITATIEF ONDERZOEK BIJ GENEESKUNDESTUDENTEN.

2. GEGEVENS VAN DE BEGELEIDENDE EN SUPERVISERENDE ONDERZOEKER(S)

PROMOTOR

- NAAM: PROF. DR. PETER PYPE
- FUNCTIE: HUISARTS EN ACADEMISCH HOOFDDOCENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN/ VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG
- TELEFOONNUMMER: 09 332 06 65
- FAX: /
- E-MAIL: PETER.PYPE@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. SARA WILLEMS

CO-PROMOTOR

- NAAM: DR. JANIQUE LOBBESTAEL
- FUNCTIE: HUISARTS EN PRAKTIJKASSISTENT
- UNIVERSITEIT: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT/VAKGROEP OF OPLEIDINGSPRAKTIJK: FACULTEIT GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN/ VAKGROEP VOLKSGEZONDHEID EN EERSTELIJNSZORG/ OPLEIDINGSPRAKTIJK DE MOLENWAL MARIAKERKE (GENT)
- TELEFOONNUMMER: 0478 97 96 92
- FAX: /
- E-MAIL: JANIQUE.LOBBESTAEL@UGENT.BE
- NAAM VAKGROEPVOORZITTER: PROF. DR. SARA WILLEMS

3. GEGEVENS VAN DE ONDERZOEKER; HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM: ELINE DAELEMANS
- UNIVERSITEIT VAN INSCHRIJVING: UNIVERSITEIT GENT
- FACULTEIT: GENEESKUNDE EN GEZONDHEIDSWETENSCHAPPEN
- OPLEIDING: MASTER HUISARTSGENEESKUNDE
- TELEFOONNUMMER: 0478 42 32 18
- E-MAIL: ELINE.DAELEMANS@UGENT.BE

4. GEGEVENS VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK VAN DE HUISARTS-IN-OPLEIDING.

- NAAM PRAKTIJKOPLEIDER: DR. JANIQUE LOBBESTAEL
- ADRES: MOLENWALSTRAAT 57, 9030 MARIAKERKE (GENT)
- TELEFOONNUMMER: 09 330 05 67
- E-MAIL: INFO@DEMOLENWAL.BE
- TYPE-PRAKTIJK: DUO-PRAKTIJK

5. INDIEN HET MASTERPROJECT AANSLUIT BIJ EEN LOPEND ONDERZOEK

- PROJECTNUMMER ETHISCHE COMMISSIE: NVT
- NAAM ONDERZOEKER: NVT
- DATUM GOEDKEURING: NVT

6. PERIODE (BEGIN- EN EINDDATUM MAAND/JAAR)

- START ONDERZOEK: VANAF DATUM VAN GOEDKEURING DOOR HET ETHISCH COMITÉ
- EINDE ONDERZOEK: 31/08/2020

7. SOORT ONDERZOEK

X PROSPECTIEF OBSERVATIONEEL ONDERZOEK

- ❑ VERZAMELEN VAN PATIENTENGEGEVENS, DIE KLINISCH STANDAARD GEGEVEN ZIJN (=GEEN ENKEL AANVULLEND ONDERZOEK, BLOED- OF ANDERE STAALAFNAME)
- ❑ VRAGENLIJSTEN
- X **INTERVIEW**

❑ RETROSPECTIEF ONDERZOEK

- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN PATIËNTEN DOOR U PERSOONLIJK BEHANDELD
- ❑ GEGEVENSVERZAMELING VAN EEN GROEP PATIËNTEN VAN DE OPLEIDINGSPRAKTIJK WAAR U STAGE LOOPT MET EEN BEPAALDE PATHOLOGIE
  - ❑ WELKE PERIODE: ….

❑ INTERVENTIONEEL ONDERZOEK

- ❑ MET GENEESMIDDEL (ALLE ITEMS VAN TOEPASSING AANDUIDEN)
  - ❑ FASE I
  - ❑ FASE II
  - ❑ FASE III
  - ❑ FASE IV
  - ❑ PROEF VOOR GENTHERAPIE EN SOMATISCHE CELTHERAPIE
  - ❑ PROEF MET GENEESMIDDELEN DIE GENETISCH GEWIJZIGDE ORGANISMEN BEVATTEN
  - ❑ PROEF MET CELTHERAPIE MET XENOGENEN
- ❑ ANDERE SPECIFICEER (VB MEDICAL DEVICE, BLOEDAFNAME, RX,…)
  - ❑ MEDICAL DEVICE
  - ❑ BLOEDAFNAME, RX,…

8. GEEF EEN KORTE SAMENVATTING VAN HET PROTOCOL (MINIMUM 30 ZINNEN/ EEN HALVE PAGINA EN MAXIMUM ÉÉN PAGINA), VERSTAANBAAR VOOR MENSEN NIET GESPECIALISEERD IN DE MATERIE, VERWIJS NIET ALLEEN NAAR EEN BIJGEVOEGD PROTOCOL.

DEZE MASTERPROEF ZAL GAAN OVER DE PROFESSIONELE IDENTITEIT BIJ GENEESKUNDESTUDENTEN EN HOE DEZE IDENTITEIT EVOLUEERT GEDURENDE DE OPLEIDING.

WAT ZORGT ERVOOR DAT EEN GENEESKUNDESTUDENT ZICHZELF IDENTIFICEERT ALS GENEESKUNDESTUDENT EN AL DAN NIET ALS TOEKOMSTIG HUISARTS? HET IS GEKEND DAT VERSCHILLENDE FACTOREN MEESPELEN BIJ DE ONTWIKKELING VAN DE PROFESSIONELE IDENTITEIT. EEN AANTAL SUGGESTIES ZIJN: GESLACHT, LEEFTIJD, FAMILIALE ACHTERGROND … OP BASIS VAN DE LITERATUUR ZAL ECHTER MOETEN ACHTERHAALD WORDEN HOE PROFESSIONELE IDENTITEIT PRECIES GEDEFINIEERD WORDT EN WELKE FACTOREN HIERIN EFFECTIEF EEN CRUCIALE ROL SPELEN.

DAARNAAST BLIJKT DAT PROFESSIONELE IDENTITEIT GEEN VAST GEGEVEN IS, MAAR ZICH ONTWIKKELT GEDURENDE DE STUDIES EN LOOPBAAN. DAAROM ZAL ER BIJ VERSCHILLENDE LEEFTIJDSGROEPEN GEPEILD WORDEN NAAR WAT PROFESSIONELE IDENTITEIT VOOR HEN BETEKENT OP DAT MOMENT EN HOE DEZE GEËVOLUEERD IS DOOR DE JAREN. CONCREET ZAL DIT ONDERZOCHT WORDEN AAN DE HAND VAN KWALITATIEF ONDERZOEK, WAARBIJ IK GENEESKUNDESTUDENTEN TUSSEN 18 EN 25 JAAR INTERVIEW EN DIT EEN 3-TAL MOMENTEN TIJDENS DE OPLEIDING. EENZELFDE ONDERZOEK ZAL PLAATSVINDEN BIJ HUISARTSEN(-IN-OPLEIDING), ONDER LEIDING VAN ANNE-SOPHIE VANDENECKER.

DE DOELSTELLING IS OM TE ACHTERHALEN WAT DE BEWEEGREDENEN ZIJN VAN GENEESKUNDESTUDENTEN OM VOOR HUISARTSGENEESKUNDE TE KIEZEN EN OF DEZE VERANDERD ZIJN GEDURENDE DE OPLEIDING. ZO TRACHT IK MEER INZICHT TE VERKRIJGEN OVER HOE DE STUDENTEN ZICH VOELEN, HOE ZE EVOLUEREN VAN STUDENT NAAR ARTS IN WORDING EN WELKE SLEUTELMOMENTEN HIERBIJ EEN CRUCIALE ROL SPELEN.

ZOWEL DE RESULTATEN VAN HET LITERATUURONDERZOEK ALS DE RESULTATEN VAN HET VELDWERK ZULLEN GEPLAATST WORDEN BINNEN DE VOLGENDE TWEE THEORETISCHE KADERS. ENERZIJDS DE WONCA-DEFINITIE OF FAMILY MEDICINE, DEWELKE EEN EUROPESE OORSPRONG HEEFT. ANDERZIJDS DE CANMEDS-ROLLEN VAN CANADESE OORSPRONG. DE WONCA-DEFINITIE OF FAMILY MEDICINE DEFINIEERT DE KENMERKEN EN COMPETENTIES VAN DE DISCIPLINE EN HET SPECIALISME HUISARTSGENEESKUNDE. DE CANMEDS-ROLLEN BESTAAN UIT ZEVEN COMPETENTIEGEBIEDEN EN 28 KERNCOMPETENTIES, DEWELKE VAAK ALS MODEL WORDEN GEBRUIKT IN DE OPLEIDING GENEESKUNDE.

IK HOOP DANKZIJ DIT PROJECT EEN BETER INZICHT TE KRIJGEN IN DE ONTWIKKELING VAN DE PROFESSIONELE IDENTITEIT VAN GENEESKUNDESTUDENTEN EN WELKE ASPECTEN/OPLEIDINGSONDERDELEN HIER EEN INVLOED OP HEBBEN. DIT MET ALS DOEL OM EVENTUEEL LATER ONDERWIJS OMTRENT DIT ONDERWERP TE IMPLEMENTEREN IN DE HUIDIGE OPLEIDING GENEESKUNDE.

ZIE VOOR BIJKOMENDE UITLEG HET PROTOCOL IN BIJLAGE 4.

9. IS HET ONDERZOEK

- ❑ DIAGNOSTISCH
- ❑ FYSIOLOGISCH
- ❑ MORFOLOGISCH
- ❑ THERAPEUTISCH
- ❑ FYSIOPATHOLOGISCH
- X **EPIDEMIOLOGISCH**

10. ZIJN ER ZIEKENHUISDIENSTEN BETROKKEN?

- ❑ JA
- X **NEEN**

INDIEN JA

- ❑ 1 ZIEKENHUISDIENST
- ❑ MEERDERE ZIEKENHUISDIENSTEN
  - NAAM, ADRES, TEL, FAX EN E-MAIL VAN HET CENTRAAL ETHISCH COMITÉ: …
  - NAAM, ADRES,TEL, FAX EN E-MAIL VAN ANDERE ETHISCHE COMITÉ(S) DIE MEEWERKEN AAN HET ONDERZOEK + NAAM VAN DE LOKALE ONDERZOEKER: …

11. WIE IS DE OPDRACHTGEVER VAN DE NIET INDUSTRIE GESPONSORDE STUDIE

FACULTEIT GENEESKUNDE UNIVERSITEIT GENT

12. KEUZE VAN DE PROEFPERSONEN :

A. GEZONDE PROEFPERSONEN ?

- X **JA**
- ❑ NEEN

PATIËNTEN LIJDEND AAN : …

B. ZWANGERE VROUWEN OF VROUWEN DIE TIJDENS HET ONDERZOEK ZWANGER KUNNEN WORDEN ?

- ❑ JA
- X **NEEN**

C. AANTAL PROEFPERSONEN: 10-20

D. LEEFTIJD : STUDENTEN VAN 18-25 JAAR, 3-TAL MOMENTEN TIJDENS DE OPLEIDING

E. GESLACHT : ZOWEL MANNEN ALS VROUWEN

F. HOE WORDEN ZE GEREKRUTEERD? VIA MENTORGROEPJES

13. INFORMATIE EN TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN

A. GAAT HET OM WILSBEKWAME VOLWASSENEN?

- **X JA**
- ❑ NEEN

WORDT DE TOESTEMMING VAN DE PROEFPERSONEN BEKOMEN NA EEN KLARE EN OBJECTIEVE UITEENZETTING VAN HET DOEL VAN HET ONDERZOEK ?

SCHRIFTELIJK :

- **X JA**
- ❑ NEEN

MONDELING :

- **X JA**
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

WORDT IN DIT LAATSTE GEVAL DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- **X NEEN**

ZO JA, DOOR WIE ? …

ZIJN ER SPECIALE GROEPEN : NVT

B. GAAT HET OM WILSONBEKWAME VOLWASSENEN? (= SOMMIGE PSYCHIATRISCHE PATIENTEN, PERSONEN IN DE ONMOGELIJKHEID HUN WIL TE UITEN, ...)

- ❑ JA
- **X NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEGEVEN DOOR ANDEREN DAN DE PROEFPERSONEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO JA, DOOR WIE ?

C. GAAT HET OM KINDEREN?

- ❑ JA
- **X NEEN**

WORDT DE TOESTEMMING GEVRAAGD VAN HUN WETTELIJKE VERANTWOORDELIJKEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

IS ER EEN INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR KINDEREN VANAF 12 JAAR VOORZIEN?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

14. IS HET INFORMATIEFORMULIER VOOR DE PROEFPERSONEN IN BIJLAGE GEVOEGD

- **X JA**
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

15. IS HET FORMULIER VOOR SCHRIFTELIJKE TOESTEMMING IN BIJLAGE GEVOEGD ?

- **X JA**
- ❑ NEEN

ZO NEEN, WAAROM NIET ? …

16. VERZEKERING

IN PRINCIPE IS HET DE VERZEKERING VAN DE UNIVERSITEIT WAARAAN UW PROMOTOR VERBONDEN IS WAARDOOR U GEDEKT BENT.
WANNEER U EN/OF UW PROMOTOR EEN ANDERE VERZEKERING HEBBEN AFGESLOTEN, GELIEVE DAN DE VERZEKERINGSPOLIS BIJ TE VOEGEN.

17. WERD EEN ANALOOG ONDERZOEK REEDS ELDERS UITGEVOERD, HETZIJ IN ZIJN GEHEEL, HETZIJ GEDEELTELIJK ?

NEEN

18. WANNEER VERWACHT MEN VOORDEEL VOOR DE DEELNEMER

A. HEEFT HET EXPERIMENT EEN DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH DOEL DAT ONMIDDELLIJK VOORDEEL AAN DE ONDERZOCHTE ZAL BRENGEN ?
   - ❑ JA
   - **X NEEN**

B. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN DIAGNOSTISCH EN THERAPEUTISCH PLAN WAARVAN MEN MAG VERWACHTEN DAT DE RESULTATEN BINNEN AFZIENBARE TIJD VOOR ANDERE ZIEKEN NUTTIG ZULLEN ZIJN ?
   - ❑ JA
   - **X NEEN**

C. MAAKT HET EXPERIMENT DEEL UIT VAN EEN GEHEEL VAN ONDERZOEKEN WAARVAN HET DIAGNOSTISCH OF THERAPEUTISCH BELANG NIET ONMIDDELLIJK DUIDELIJK IS, MAAR WAARVAN MAG WORDEN VERWACHT DAT DE RESULTATEN LATER TOT DIAGNOSTISCHE OF THERAPEUTISCHE TOEPASSINGEN OF TOT EEN BETERE KENNIS VAN DE FYSIOPATHOLOGISCHE MECHANISMEN ZULLEN LEIDEN ?

❑ JA
X NEEN

19. REKENING HOUDEND MET DE HUIDIGE STAND VAN ZAKEN VAN DE WETENSCHAP:

A. MEENT U DAT DEZE STUDIE:

X WAARSCHIJNLIJK GEEN ENKEL RISICO INHOUDT

❑ EEN MOGELIJK RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

❑ ZEER WAARSCHIJNLIJK EEN RISICO INHOUDT.

WELK RISICO EN DE FREQUENTIE : …

B. WELKE ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE BIJWERKINGEN VAN HET PREPARAAT ONDER STUDIE ?
(DE BIJWERKINGEN MOETEN EVENEENS DUIDELIJK VERMELD WORDEN IN HET INFORMATIE- EN TOESTEMMINGSFORMULIER VAN DE DEELNEMER)

NIET VAN TOEPASSING. ER WORDT GEEN GEBRUIK GEMAAKT VAN GENEESMIDDELEN IN DEZE STUDIE.

20. ZULLEN DE PERSONEN IN DE LOOP VAN DEZE STUDIE VOORTDUREND ONDER MEDISCH TOEZICHT STAAN

❑ JA
X NEEN

A. WIE IS DE TOEZICHTHOUDENDE ARTS ?

B. ZAL DIT TOEZICHT, ZO NODIG, VERZEKERD KUNNEN WORDEN TIJDENS DE UREN DIE OP DE STUDIE VOLGEN ?
❑ JA
❑ NEEN

C. ALS DE PERSOON NAAR HUIS TERUGKEERT TIJDENS DE UREN DIE OP HET ONDERZOEK VOLGEN, ZAL IN GEVAL VAN NOOD SNEL CONTACT MET EEN ARTS KUNNEN OPGENOMEN WORDEN ?

❑ JA
❑ NEEN

D. NAAM VAN DEZE ARTS ?

INDIEN UW ONDERZOEK EEN INTERVENTIE BEVAT DIE AFWIJKT VAN STANDAARDDIAGNOSTISCH ONDERZOEK OF STANDAARDBELEID, GELIEVE OOK ONDERSTAANDE VRAGEN IN TE VULLEN (INTERVENTIONEEL ONDERZOEK)

➔ NIET VAN TOEPASSING, GEZIEN ER GEEN INTERVENTIONEEL ONDERZOEK ZAL PLAATSVINDEN.

21. WELKE ZIJN DE ARGUMENTEN (THEORETISCHE, EXPERIMENTELE OF ANDERE) DIE EEN VOORDEEL LATEN VERWACHTEN VAN DE TE TESTEN NIEUWE METHODE, VAN HET TE TESTEN NIEUWE PREPARAAT, ETC. BOVEN DE GEKENDE EN REEDS GEBRUIKTE ?

22. ZAL EEN CHEMISCHE SUBSTANTIE TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO JA: …

A. LANGS WELKE WEG ? …
B. NAAM EN OORSPRONG VAN DE SUBSTANTIE : …
C. AAN WIE WORDT DE ONTVANGST, OPSLAG, VERDELING EN TERUGSTUREN VAN NIET-GEBRUIKTE CHEMISCHE SUBSTANTIES TOEVERTROUWD ? …
D. ZULLEN RADIO-ISOTOPEN TOEGEDIEND WORDEN ?

- ❑ JA
  WELKE ? …
- ❑ NEEN

23. INDIEN HET OM EEN NIEUWE SUBSTANTIE GAAT, HEEFT DE ONDERZOEKER KENNIS GENOMEN VAN HET VOLLEDIG TOXICOLOGISCH, DIERFARMACOLOGISCH EN HUMAAN DOSSIER ?

- ❑ JA
- ❑ NEEN

ZO NEEN, LEG UIT : …

24. WELKE INTERVENTIES ZIJN SPECIFIEK VOOR DE STUDIE (NAAST DE STANDAARDBEHANDELINGEN), HOE FREQUENT EN GEDURENDE WELKE TIJD ?

A. ZUIVER KLINISCHE EVALUATIES, OM DE .....

B. FUNCTIETESTS OF DYNAMISCHE PROEVEN
WELKE .....
OM DE .....

C. RADIOGRAFISCHE EN/OF ISOTOPISCHE INVESTIGATIES
WELKE .....
OM DE .....

D. BLOEDAFNAMEN : .....

E. WEEFSELAFNAME : .....

F. ANDERE : .....

25. FINANCIËLE OVEREENKOMST

(INDIEN EEN DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST NOG NIET BESCHIKBAAR IS, DAN KAN EEN BUDGET PROPOSAL DAT TEGENGETEKEND IS DOOR EEN VERTEGENWOORDIGER VAN DE FINANCIERDER + ONDERZOEKER VOLSTAAN) INDIEN HET BEDRAG VAN DE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST HOGER IS DAN HET INGEDIENDE "BUDGET PROPOSAL", MOET DEZE DEFINITIEVE FINANCIËLE OVEREENKOMST ALSNOG TER GOEDKEURING VOORGELEGD WORDEN AAN HET ETHISCH COMITÉ)

X **NIET VAN TOEPASSING**

☐ AANWEZIG MET VOLGENDE ONDERVERDELING:

- ☐ ERELOON:
- ☐ VERGOEDING VOOR TECHNISCHE PRESTATIES:

IK VERKLAAR DE GEHELE VERANTWOORDELIJKHEID VAN HET HIERBOVEN VERMELD PROJECT OP MIJ TE NEMEN EN BEVESTIG DAT VOOR ZOVER DE HUIDIGE KENNIS HET TOELAAT, DE GEGEVEN INLICHTINGEN MET DE WERKELIJKHEID OVEREENSTEMMEN.

HUISARTS-IN-OPLEIDING

DATUM : 25/02/19
NAAM : ELINE DAELEMANS
HANDTEKENING :

PRAKTIJKOPLEIDER

DATUM : 25/02/19
NAAM : JANIQUE LOBBESTAEL
HANDTEKENING :

PROMOTOR

DATUM : 25/02/19
NAAM : PETER PYPE
HANDTEKENING :

CO-PROMOTOR

DATUM : 25/02/19
NAAM : JANIQUE LOBBESTAEL
HANDTEKENING :

DIENSTHOOFD VAKGROEP HUISARTSGENEESKUNDE UNIVERSITEIT WAARAAN PROMOTOR VERBONDEN (VOOR AKKOORD)

DATUM :
NAAM :
HANDTEKENING :

Bijlage A: Uitnodigingsmail

Beste student geneeskunde,

Ik ben Eline Daelemans, huisarts-in-opleiding in praktijk De Molenwal te Mariakerke (Gent). Naar aanleiding van mijn masterproef in het kader van mijn MaNaMa-opleiding huisartsgeneeskunde zou ik u graag interviewen over de professionele identiteit bij geneeskundestudenten en hoe deze identiteit evolueert gedurende de opleiding.

De doelstelling is om te achterhalen wat de beweegredenen zijn van geneeskundestudenten om voor huisartsgeneeskunde te kiezen en of deze beweegredenen veranderen gedurende de studies.

Ik zal dit onderzoeken aan de hand van kwalitatief onderzoek, onder de vorm van interviews. Ik zal geneeskundestudenten van 18 tot en met 25 jaar interviewen en dit een drietal momenten tijdens de opleiding. Op die manier zal getracht worden een volledig beeld te schetsen van wat professionele identiteit inhoudt voor elke geneeskundestudent.

Het interview zal ongeveer 30 minuten in beslag nemen. Ik hoop dankzij dit project een beter inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de professionele identiteit van geneeskundestudenten met als doel onderwijs omtrent dit onderwerp te implementeren in de huidige opleiding geneeskunde.

U kan me via mail laten weten of u wenst in te gaan op mijn voorstel op het volgende mailadres: Eline.Daelemans@UGent.be. Indien gewenst, kunnen we aansluitend een afspraak vast leggen.

In bijlage vindt u een informatieformulier met bijkomende uitleg terug, alsook de geïnformeerde toestemming dat u mij getekend dient te overhandigen aan de start van het interview.

Ik hoop op uw enthousiasme en uw medewerking.

Alvast bedankt!

Met vriendelijke groeten,

Eline Daelemans

Huisarts-in-opleiding

UNIVERSITEIT GENT

Bijlage B: Informatiebrief voor de deelnemers

Beste student geneeskunde,

Ik ben Eline Daelemans, huisarts-in-opleiding in praktijk De Molenwal te Mariakerke (Gent). Naar aanleiding van mijn masterproef in het kader van mijn MaNaMa-opleiding huisartsgeneeskunde wordt u uitgenodigd om deel te nemen aan een klinische studie. Neem, voor u beslist deel te nemen aan deze studie, voldoende tijd om deze informatiebrief aandachtig te lezen en dit te bespreken met de arts-onderzoeker of andere mensen. Neem ook de tijd om vragen te stellen indien er onduidelijkheden zijn of indien u bijkomende informatie wenst. Dit proces wordt 'informed consent' of geïnformeerde toestemming' genoemd. Eens u beslist heeft om deel te nemen aan de studie zal men u vragen het toestemmingsformulier achteraan deze bundel te ondertekenen.

Wat is het doel van de studie?

De doelstelling van de studie is om te achterhalen wat de beweegredenen zijn van geneeskundestudenten om voor huisartsgeneeskunde te kiezen en of deze beweegredenen veranderen gedurende de studies.

Ik zal dit onderzoeken aan de hand van kwalitatief onderzoek, onder de vorm van interviews. De studie loopt van april 2019 t.e.m. juni 2020. In deze periode zal ik 10 à 20 geneeskundestudenten van 18 tot en met 25 jaar interviewen en dit een drietal momenten tijdens de opleiding. Op die manier zal getracht worden een volledig beeld te schetsen van wat professionele identiteit inhoudt voor elke geneeskundestudent.

Ik hoop dankzij dit project een beter inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de professionele identiteit van geneeskundestudenten met als doel onderwijs omtrent dit onderwerp te implementeren in de huidige opleiding geneeskunde.

Procedure

Voor de start van het interview zal ik u vragen het toestemmingsformulier te ondertekenen. Het interview zelf zal ongeveer 30 minuten van uw tijd in beslag nemen. Dit interview is volledig vertrouwelijk en zal plaats vinden op de plek van uw keuze. U kan het interview op gelijk welk moment onderbreken zonder dat u daar een reden voor hoeft te geven. De mogelijkheid bestaat dat het interview zal opgenomen worden, zodat ik alle nodige materiaal in mijn bezit heb voor de analyses. Uw naam zal niet vermeld worden en enkel de onderzoekers zullen dit materiaal beluisteren. De gegevens zullen gepseudonimiseerd worden. Na afloop van het project wordt de opname ook vernietigd.

Op het einde van het project in juni 2020 kan ik u van de resultaten op de hoogte brengen via een rapport of een kort telefoongesprek. Indien u dat graag zou wensen, kan u op het einde van het interview of later nog aangeven hoe u dat het liefste zou hebben. U kan mij steeds per mail bereiken op Eline.Daelemans@UGent.be.

Wat zijn uw rechten bij deelname aan deze studie?

De deelname aan deze studie is volledig vrijwillig, er kan op geen enkele manier sprake zijn van dwang. U kunt weigeren om deel te nemen aan de studie en u kunt zich op elk ogenblik terugtrekken uit de studie zonder dat u hiervoor een reden moet opgeven en zonder dat dit op enige wijze een invloed zal hebben.

Uw deelname aan deze studie zal beëindigd worden als de arts meent dat dit in uw belang is. U kan ook voortijdig uit de studie teruggetrokken worden door de onderzoeker als u de in deze informatiebrief beschreven procedures niet goed opvolgt of u de beschreven items niet respecteert.

Indien u uit de studie gehaald wordt, zullen de reeds verzamelde gepseudonimiseerde gegevens in de databank blijven voor analyse, maar er zal geen nieuwe data toegevoegd worden.

Deze studie werd vooraf goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het Universitair Ziekenhuis van Gent en de Universiteit Gent. De studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan klinische studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de Commissie voor Medische Ethiek te beschouwen als een aanzet tot deelname aan deze studie.

Vertrouwelijkheid

In overeenstemming met de Algemene Verordening Gegevensbescherming (of GDPR) (EU) 2016/679 van 27 april 2016 die vanaf 25 mei 2018 in voege is, betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, zal uw persoonlijke levenssfeer worden gerespecteerd. Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden.

Alle informatie die tijdens deze studie verzameld wordt, zal gepseudonimiseerd worden (hierbij kan men uw gegevens nog terugkoppelen naar uw persoonlijk dossier). In het geval van pseudonimisering zal de sleutel tot deze codes enkel toegankelijk zijn voor de onderzoeker. Enkel de gepseudonimiseerde gegevens zullen gebruikt worden in alle documentatie, rapporten of publicaties (in medische tijdschriften of congressen) over de studie. Vertrouwelijkheid van uw gegevens wordt dus steeds gegarandeerd. De persoonlijke gegevens zullen verwerkt en bewaard worden gedurende minstens 20 jaar. De verwerkingsverantwoordelijke van de gegevens is de hoofdonderzoeker, Prof. Dr. Peter Pype. Zijn onderzoeksteam zal toegang krijgen tot uw persoonsgegevens. De Data Protection Officer

kan u desgewenst meer informatie verschaffen over de bescherming van uw persoonsgegevens. Contactgegevens: privacy@ugent.be.

Vertegenwoordigers van de opdrachtgever, auditoren, de Commissie voor Medische Ethiek en de bevoegde overheden, allen gebonden door het beroepsgeheim, hebben rechtstreeks toegang tot uw medische dossiers om de procedures van de studie en/of de gegevens te controleren, zonder de vertrouwelijkheid te schenden. Dit kan enkel binnen de grenzen die door de betreffende wetten zijn toegestaan. Door het toestemmingsformulier, na voorafgaande uitleg, te ondertekenen, stemt u in met deze toegang.

U heeft het recht om een klacht in te dienen over hoe uw informatie wordt behandeld, bij de Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving inzake gegevensbescherming:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35 – 1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: contact@apd-gba.be
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Verzekering

De opdrachtgever voorziet in een vergoeding en/of medische behandeling in het geval van schade en/of letsel ten gevolge van deelname aan deze klinische studie. Voor dit doeleinde is een verzekering afgesloten met foutloze aansprakelijkheid conform de wet inzake experimenten op de menselijke persoon van 7 mei 2004 (Allianz Global Corporate & Specialty – polisnummer BEL000862). Indien de arts-onderzoeker van mening is dat er verband met de studie mogelijk is (er is geen verband met de studie bij schade ten gevolge van het natuurlijke verloop van een ziekte of ten gevolge van gekende bijwerkingen van een standaardbehandeling), zal hij/zij de aangifteprocedure bij de verzekering starten. Op dat ogenblik kunnen uw gegevens doorgegeven worden aan de verzekeraar. In het geval van onenigheid met de arts-onderzoeker of met de door de verzekeringsmaatschappij aangestelde expert, en steeds wanneer u dit nodig acht, kunnen u, of in geval van overlijden uw rechthebbenden, de verzekeraar rechtstreeks in België dagvaarden (Allianz Global Corporate & Specialty; Uitbreidingstraat 86, 2600 Berchem; Tel: +32 33 04 16 00).

Wat zijn de risico's en verwachte voordelen bij deelname aan deze studie?

Deelname aan deze studie brengt voor u waarschijnlijk geen onmiddellijk voordeel.

De waarschijnlijkheid dat u door deelname aan deze studie enige schade ondervindt, is extreem laag.

Zijn er kosten verbonden aan de deelname aan deze studie?

Uw deelname aan deze studie brengt geen extra kosten mee voor U.

Tot wie kunt u zich richten in geval van problemen of indien u vragen heeft?

Als er een letsel optreedt ten gevolge van de studie, of als u aanvullende informatie wenst over de studie of over uw rechten en plichten, kunt u in de loop van de studie op elk ogenblik contact opnemen met de arts-onderzoeker of een medewerker van zijn of haar team:

Naam: Daelemans Eline (huisarts-in-opleiding)

Lobbestael Janique (praktijkopleider en co-promotor)

Adres: Molenwalstraat 57, 9030 Mariakerke (Gent)

Telefoonnummer: 09/330 05 67

Bijlage C: Geïnformeerde toestemming voor de deelnemers

Referentienummer van de deelnemer voor deze studie	

Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers" van pagina 2 t.e.m. pagina 5 gelezen en begrepen en ik heb er een kopij van gekregen. Ik heb uitleg gekregen over de aard, het doel, de duur, de te voorziene effecten van de studie en over wat men van mij verwacht. Ik heb uitleg gekregen over de mogelijke risico's en voordelen van de studie. Men heeft me de gelegenheid en voldoende tijd gegeven om vragen te stellen over de studie en ik heb op al mijn vragen een bevredigend antwoord gekregen.	
Ik stem ermee in om volledig samen te werken met de arts-onderzoeker.	
Ik begrijp dat deelname aan de studie vrijwillig is en dat ik mij op elk ogenblik uit de studie mag terugtrekken zonder een reden voor deze beslissing op te geven..	
Ik ben me ervan bewust dat deze studie werd goedgekeurd door een onafhankelijke Commissie voor Medische Ethiek verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent en dat deze studie zal uitgevoerd worden volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en de verklaring van Helsinki, opgesteld ter bescherming van mensen deelnemend aan experimenten. Deze goedkeuring was in geen geval de aanzet om te beslissen om deel te nemen aan deze studie.	
Men heeft mij ingelicht dat de persoonlijke gegevens worden verwerkt en bewaard gedurende minstens 20 jaar. Ik stem hiermee in en ben op de hoogte dat ik recht heb op toegang en op verbetering van deze gegevens. Aangezien deze gegevens verwerkt worden in het kader van medisch-wetenschappelijke doeleinden, begrijp ik dat de toegang tot mijn gegevens kan uitgesteld worden tot na beëindiging van het onderzoek. Indien ik toegang wil tot mijn gegevens, zal ik mij richten tot de arts-onderzoeker die verantwoordelijk is voor de verwerking.	

Ik stem in om deel te nemen aan de volgende delen van de studie:

1) Ik ben akkoord dat een interview wordt afgenomen 2) Ik ben akkoord dat de gepseudonimiseerde gegevens gebruikt zullen worden in de studie	

Naam en voornaam van de deelnemer	Handtekening	Datum
Naam en voornaam van de arts-onderzoeker*	Handtekening	Datum

2 kopieën dienen te worden vervolledigd. Het origineel wordt door de onderzoeker bewaard in het ziekenhuis gedurende 20 jaar, de kopie wordt aan de deelnemer gegeven.

* Aankruisen door de onderzoeker indien akkoord

Ik verklaar de benodigde informatie inzake deze studie (de aard, het doel, en de te voorziene effecten) mondeling te hebben verstrekt evenals een exemplaar van het informatiedocument aan de deelnemer te hebben verstrekt.	
Ik bevestig dat geen enkele druk op de deelnemer is uitgeoefend om hem/haar te doen toestemmen tot deelname aan de studie en ik ben bereid om op alle eventuele bijkomende vragen te antwoorden.	

Bijlage D: Studieprotocol

Hoe wordt de professionele identiteit gevormd en welke factoren spelen hierbij een rol: een kwalitatief onderzoek bij geneeskundestudenten.

Deel 1: Uitvoeren van een literatuurstudie omtrent:

- Professionele identiteit
  - Wat is professionele identiteit?
  - Welke factoren vormen de professionele identiteit?
  - Evolutie van de professionele identiteit
- Theoretische kaders
  - CanMeds-rollen
  - WONCA-definitie van family medicine

Deel 2: Uitvoeren van een kwalitatief onderzoek naar de perceptie van studenten geneeskunde over de eigen professionele identiteit en op welke manier deze evolueert gedurende de opleiding.

- Aanschrijven van geneeskundestudenten, geselecteerd via mentorgroepjes aan UGent, over dit onderzoek met de vraag of ze aan de studie wensen deel te nemen (cfr bijgevoegde uitnodigingsmail)
- Afspraak voor een interview plannen
- Voorafgaand aan het interview het ondertekenen van informed consent bij de deelnemende studenten
- Afnemen van het interview over professionele identiteit
- Na gegevensverzameling volgt de data-analyse met als doel een beter inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de professionele identiteit bij geneeskundestudenten
- De gegevens worden nadien geplaatst binnen twee theoretische kaders, namelijk de WONCA-definitie of Family Medicine en de CanMeds-rollen

6.3. Bijlage 3: Goedkeuring van het Ethisch Comité

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg
Kliniekgebouw 3 - 6de Verdieping
Dr. Peter PYPE
ALHIER

contact	telefoon	e-mail	
Sandra De Paepe Commissie voor medische Ethiek	+32 (0)9 332 26 88	Ethisch.comite@uzgent.be sandra.depaepe@uzgent.be	
Ons kenmerk	**Uw kenmerk**	**datum**	**pagina**
2019/0354		29-apr-19	1/2

Betreft :

Advies voor monocentrische studie met als titel:

Hoe wordt de professionele identiteit gevormd en welke factoren spelen hierbij een rol: een kwalitatief onderzoek bij geneeskundestudenten - MaNaMa Eline Daelemans

Belgisch Registratienummer: B670201940226

* Antwoord onderzoekers
  dd 23/04/2019 (Ontvangen dd 24/04/2019) op opmerkingen EC dd 15/04/2019
* Adviesaanvraagformulier
  (Herwerkte versie n.a.v. opmerkingen EC dd 15/04/2019) Versie 3 dd. 25/02/2019
* Informatieformulier (bijlage 2) - versie 3 dd. 19/04/2019
* Toestemmingsformulier (bijlage 3) - versie 3 dd. 19/04/2019
* Protocol (bijlage 4) - versie 3 dd. 19/04/2019
* Interviewguide (bijlage 5) - versie 3 dd. 19/04/2019
* Uitnodigingsmail (bijlage 1) - versie 3 dd. 19/04/2019

Advies werd gevraagd door:
Dr. P. PYPE ; Hoofdonderzoeker

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Matthys

SECRETARIS
Prof.dr. J. Decruyenaere

STAFMEDEWERKER
Muriel Fouquet
T +32(09) 332 33 36
Sabine Van de Moortele
T +32(09) 332 68 54
Sara De Smet

SECRETARIAAT
Wendy Van de Velde
T +32(09) 332 56 13
Sandra De Paepe
T +32(09) 332 26 88
Ann Haenebalcke
T +32(09) 332 22 66
Davine Verbeke
T +32(09) 332 22 66

INGANG 75
ROUTE 7522

BOVENVERMELDE DOCUMENTEN WERDEN DOOR HET ETHISCH COMITÉ BEOORDEELD. ER WERD EEN POSITIEF ADVIES GEGEVEN OVER DIT PROTOCOL OP 24/04/2019. INDIEN DE STUDIE NIET WORDT OPGESTART VOOR 23/04/2020, VERVALT HET ADVIES EN MOET HET PROJECT TERUG INGEDIEND WORDEN.

Vooraleer het onderzoek te starten dient contact te worden genomen met Bimetra Clinics (09/332 05 00).

THE ABOVE MENTIONED DOCUMENTS HAVE BEEN REVIEWED BY THE ETHICS COMMITTEE.
A POSITIVE ADVICE WAS GIVEN FOR THIS PROTOCOL ON 24/04/2019. IN CASE THIS STUDY IS NOT STARTED BY 23/04/2020, THIS ADVICE WILL BE NO LONGER VALID AND THE PROJECT MUST BE RESUBMITTED.

Before initiating the study, please contact Bimetra Clinics (09/332 05 00).

DIT ADVIES WORDT OPGENOMEN IN HET VERSLAG VAN DE VERGADERING VAN HET ETHISCH COMITE VAN 21/05/2019

THIS ADVICE WILL APPEAR IN THE PROCEEDINGS OF THE MEETING OF THE ETHICS COMMITTEE OF 21/05/2019

UZ GENT
UNIVERSITEIT GENT
Universitair Ziekenhuis Gent
C. Heymanslaan 10 | B 9000 Gent
www.uzgent.be

- *Het Ethisch Comité werkt volgens 'ICH Good Clinical Practice' - regels*
- *Het Ethisch Comité beklemtoont dat een gunstig advies niet betekent dat het Comité de verantwoordelijkheid voor het onderzoek op zich neemt. Bovendien dient U er over te waken dat Uw mening als betrokken onderzoeker wordt weergegeven in publicaties, rapporten voor de overheid enz., die het resultaat zijn van dit onderzoek.*
- *In het kader van 'Good Clinical Practice' moet de mogelijkheid bestaan dat het farmaceutisch bedrijf en de autoriteiten inzage krijgen van de originele data. In dit verband dienen de onderzoekers erover te waken dat dit gebeurt zonder schending van de privacy van de proefpersonen.*
- *Het Ethisch Comité benadrukt dat het de promotor is die garant dient te staan voor de conformiteit van de anderstalige informatie- en toestemmingsformulieren met de nederlandstalige documenten.*
- *Geen enkele onderzoeker betrokken bij deze studie is lid van het Ethisch Comité.*
- *Alle leden van het Ethisch Comité hebben dit project beoordeeld. (De ledenlijst is bijgevoegd)*

- *The Ethics Committee is organized and operates according to the 'ICH Good Clinical Practice' rules.*
- *The Ethics Committee stresses that approval of a study does not mean that the Committee accepts responsibility for it. Moreover, please keep in mind that your opinion as investigator is presented in the publications, reports to the government, etc., that are a result of this research.*
- *In the framework of 'Good Clinical Practice', the pharmaceutical company and the authorities have the right to inspect the original data. The investigators have to assure that the privacy of the subjects is respected.*
- *The Ethics Committee stresses that it is the responsibility of the promotor to guarantee the conformity of the non-dutch informed consent forms with the dutch documents.*
- *None of the investigators involved in this study is a member of the Ethics Committee.*
- *All members of the Ethics Committee have reviewed this project. (The list of the members is enclosed)*

Namens het Ethisch Comité / On behalf of the Ethics Committee

Prof. dr. D. MATTHYS
Voorzitter / Chairman

CC: De heer T. VERSCHOORE - UZ Gent - Bimetra Clinics
FAGG - Research & Development; Victor Hortaplein 40, postbus 40 1060 Brussel
Dr. P. PYPE - UZ Gent - Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg

6.4. Bijlage 4: Interview guide

INTERVIEW GUIDE STUDENTEN

Voor de start… Socio-demografische factoren

a. Geslacht?
b. Leeftijd?
c. Nationaliteit/Herkomst?
d. Woonplaats?
e. Ras/cultuur/religie?
f. Socio-economische klasse?
   Uit welk gezin kom je? Opleiding van de ouders? Familieleden in de medische sector?

DEEL 1: peilen naar de persoonlijke identiteit van de geneeskundestudent

1. We kennen elkaar nog niet zo goed. Kan je iets meer vertellen over jezelf?
   a. Welk jaar in de opleiding?
   b. Reeds gevolgde opleiding(en) voor aanvang van geneeskundestudies?
   c. Welke stages werden reeds gelopen?
   d. Hoe zijn jouw resultaten tot nu toe?
   e. Buitenschoolse activiteiten (hobby's/ interesses)?
   f. Lid van vereniging?
   g. Vrijwillige stages? Vrijwilligerswerk?
2. Hoe zou jij jezelf als persoon in enkele woorden omschrijven?

DEEL 2: peilen naar de professionele identiteit van de (huis)arts volgens de student

1. Welke van deze eigenschappen (cfr deel 1 vraag 2) zijn volgens jou noodzakelijk om een goed arts te worden? Leg uit.
2. Hoe zou jij een 'goede arts' definiëren? Welke eigenschappen moet een goede arts volgens jou nog bezitten?
3. Hoe zou jij een 'goede huisarts' definiëren? Zijn er nog bijkomende eigenschappen die een goede huisarts volgens jou moet bezitten?

DEEL 3: peilen naar het proces van identiteitsvorming bij de geneeskundestudent

1. Hoe ben je tot de keuze voor geneeskunde gekomen? Wanneer en waarom heb je besloten om geneeskunde te studeren?
2. Hoe ben je tot de keuze/interesse voor huisartsgeneeskunde gekomen? Wanneer en waarom heb je besloten om huisartsgeneeskunde te studeren?
3. Hoe zeker ben je van die keuze?

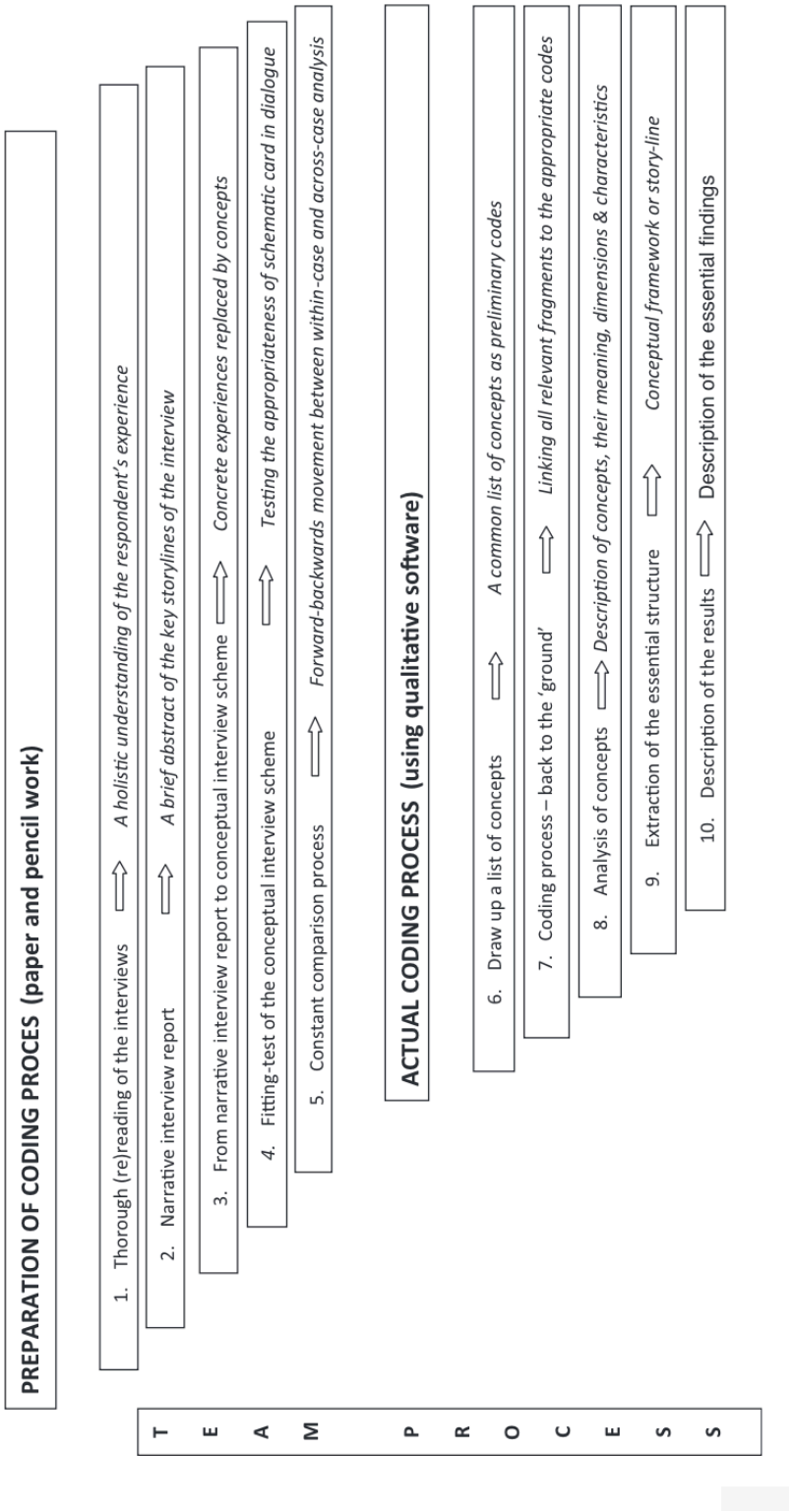
4. In welke mate voel jij je al dan niet reeds een (huis)arts op dit ogenblik in jouw opleiding? Leg uit.
5. Welke factoren en sleutelmomenten speelden hierbij een cruciale rol volgens jou?
6. Zijn er bepaalde gebeurtenissen/events die voor jou tekenend waren in dit proces van (huis)arts worden? Dit kunnen zowel positieve als negatieve ervaringen zijn.
    a. Persoonlijke ervaringen?
    b. Klinische ervaringen?
7. Wat is volgens jou de invloed van jouw omgeving in het proces van (huis)arts worden?
    c. Van bepaalde rolmodellen?
    d. Van familie?
    e. Van vrienden?
    f. Collega's?
    g. Van mentoren?
    h. Van patiënten?
    i. Andere gezondheidsmedewerkers
    j. Maatschappij? Sociale verwachtingen?
8. Wat is volgens jou de invloed van het curriculum in het proces van (huis)arts worden?
9. Moest deze vraag eerder in de opleiding reeds gesteld zijn, zou je dan anders geantwoord hebben? Zo ja, wat/welke factoren zijn veranderd?

10. In welke mate reflecteer jij over bepaalde gebeurtenissen tijdens jouw opleiding?
    a. Leg uit; voorbeelden?
    b. Welke gedachten gingen er in je om?
    c. Hoe voelde je je daarbij?
    d. Hoe ga je daarmee om?
    e. Heb je daar iets uit geleerd?
11. In welke mate reflecteer jij over jouw eigen denken of handelen in de praktijk?
    a. Leg uit; voorbeelden?
    b. Hoe ga je daarmee om?
12. In welke mate spelen jouw emoties een rol bij jouw denken en handelen in de praktijk?
13. In welke mate voel jij je thuis in de groep geneeskundestudenten of in welke mate heb je de indruk van een vreemde eend in de bijt te zijn? Leg uit.
14. In welke mate vind je dat je volledig jezelf kan zijn in de praktijk? Leg uit.

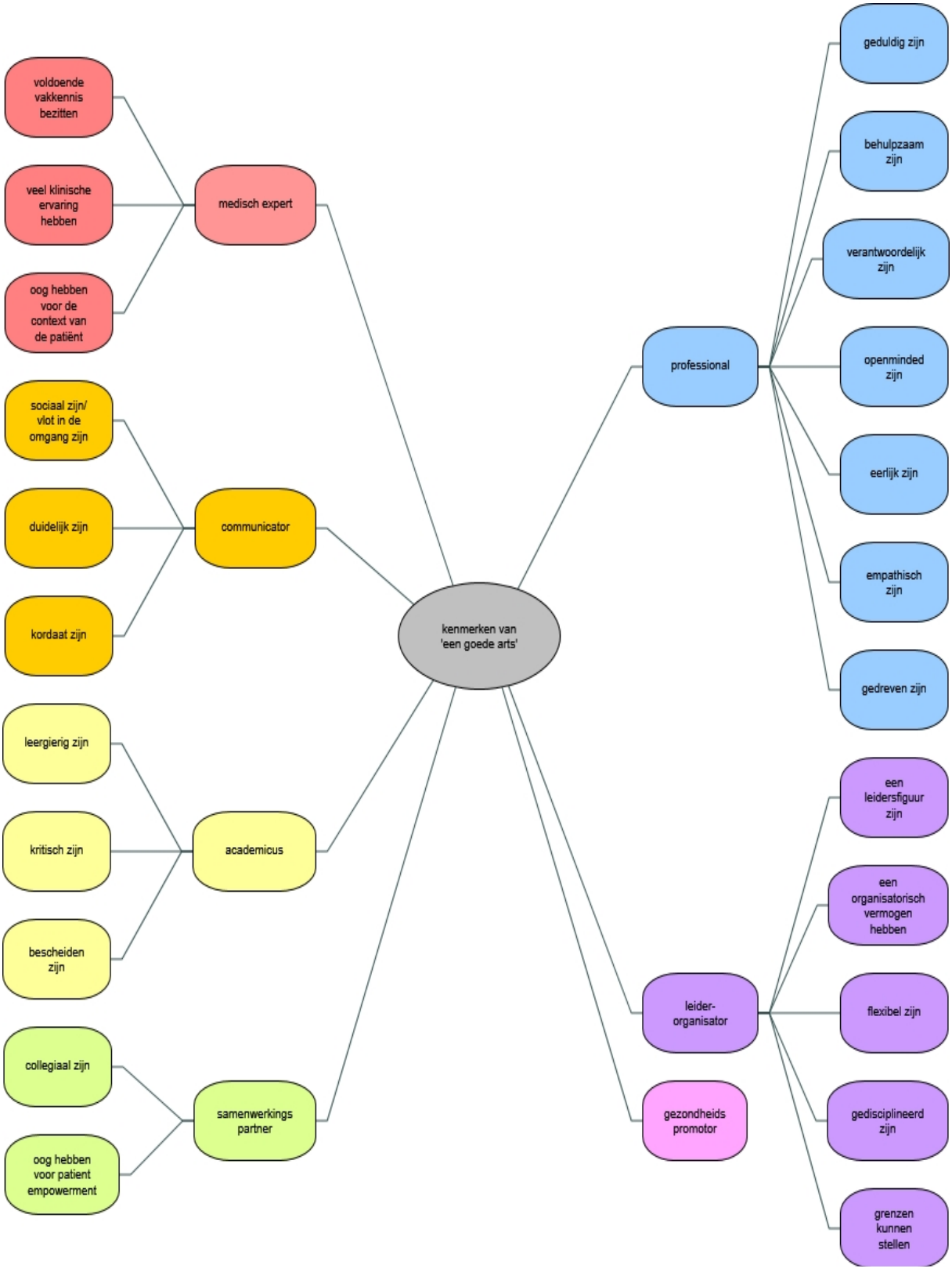
DEEL 4: peilen naar eventuele identiteitsdissonantie

1. Als je nadenkt over jouw job later, jouw rol als een 'goede (huis)arts', zijn er dan bepaalde aspecten waar je je niet mee vereenzelvigd of tegenop ziet? Leg uit.
2. In welke mate geeft jouw opleiding jou positieve gevoelens?
3. In welke mate geeft jouw opleiding jou negatieve gevoelens?
4. Heb je er ooit aan gedacht om jouw opleiding te stoppen?
    a. Zo ja, waarom?

6.5. Bijlage 5: QUAGOL-stappenplan bij de analyse van kwalitatieve data



6.6. Bijlage 6: Kenmerken van ‘een goede arts’ gelinkt aan de CanMEDS-rollen



6.7. Bijlage 7: Kenmerken van ‘een goede huisarts’ gelinkt aan de CanMEDS-rollen

