Hoe wordt de professionele identiteit gevormd en welke factoren spelen hierbij een rol: een kwalitatief onderzoek bij huisartsen(-in-opleiding)

Anne-Sophie Vandenecker
Universiteit Gent

Promotor: Prof. Dr. Peter Pype, Universiteit Gent

Co-promotor: Dr. 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.

Abstract

Context

De ontwikkeling van de professionele identiteit als arts is een complex proces. Onderzoek naar de evolutie van geneeskundestudent tot arts is volop lopende. Heel wat factoren spelen een rol in de ontwikkeling van de artsenidentiteit. Echter, er bestaat nog veel onduidelijkheid over de ontwikkeling van de huisartsidentiteit en welke factoren dit proces beïnvloeden. Waarop wordt de keuze voor huisartsgeneeskunde gebaseerd en zijn deze elementen representatief voor de huisartsgeneeskunde? Hoe kan onderwijs rond professionele identiteitsvorming optimaal geïmplementeerd worden in het huidig curriculum?

Doelstellingen

Het doel van deze kwalitatieve studie is het in kaart brengen van de betekenis van professionele identiteit en huisartsidentiteit en van de factoren die dit proces van identiteitsvorming beïnvloeden. Daarnaast worden de beweegredenen van praktiserende huisartsen om te kiezen voor huisartsgeneeskunde onderzocht en hoe de kijk op huisartsgeneeskunde evolueert gedurende de loopbaan.

Methode

Een kwalitatieve onderzoekstudie over het concept professionele identiteit en huisartsidentiteit werd gerealiseerd door middel van semigestructureerde interviews. De huisartsen uit de huisartsenkring van Oudenaarde ontvingen een persoonlijke uitnodiging via mail om zich kandidaat te stellen voor een interview. Vijftien huisartsen namen deel aan deze studie. Hun antwoorden werden geanalyseerd met behulp van het programma NVivo 12 en getoetst aan de bestaande literatuur over dit onderwerp.

Resultaten

De ontwikkeling van de huisartsidentiteit is een spontaan evoluerend proces dat start vanaf het begin van de opleiding geneeskunde en verder loopt gedurende de carrière. Aanvankelijk beïnvloeden personen uit de omgeving zoals familie, peers, stagementoren en rolmodellen dit proces gecombineerd met persoons- en opleidingsgebonden factoren. Eenmaal men verder in de professionele identiteitsontwikkeling staat komen daar werkgerelateerde en maatschappelijke factoren bij. De CanMEDS-rollen blijken een goede maatstaaf te zijn om te evalueren of geneeskundestudenten en huisartsen(-in-opleiding) de vereiste competenties om te functioneren als huisarts verworven hebben. Daarnaast blijkt de WONCA-definitie van huisartsgeneeskunde een complete beschrijving te geven van wat de discipline huisartsgeneeskunde inhoudt. Het zou bij de keuze van geneeskundestudenten voor huisartsgeneeskunde gebruikt kunnen worden om te verifiëren of de kandidaten een correct beeld hebben van wat verwacht wordt van een huisarts.

Conclusie

Hoewel reeds uitgebreid onderzoek is gebeurd naar de professionele identiteitsontwikkeling, blijkt er weinig gekend te zijn over de ontwikkeling tot huisarts. Verder onderzoek is noodzakelijk om geneeskundestudenten nog beter te sturen in hun keuze voor huisartsgeneeskunde, te begeleiden tijdens de opleiding en voor te bereiden op de toekomst.

Inhoud

Abstract 3

Inhoud 4

Dankwoord 6

Afkortingen 7

1. Inleiding 8

1.1. Keuze van het onderwerp 8

1.2. Doelstellingen 8

1.3. Samenwerking 8

1.4. Stand van zaken 9

2. Oriënterend literatuuronderzoek 10

2.1. Inleiding 10

2.2. Methodologie 10

2.3. Resultaten 11

2.3.1. Enkele begrippen 11

2.3.2. Proces van persoonlijke identiteitsvorming 12

2.3.3. Definitie van professionele identiteit 12

2.3.4. Proces van professionele identiteitsvorming 13

2.3.5. Beïnvloedende factoren bij professionele identiteitsvorming 14

2.3.6. Definitie van artsenidentiteit 15

2.3.7. Onderwijs rondom PIF bij artsen 16

2.3.8. Definitie van huisartsenidentiteit 18

2.3.9. Het proces van huisartsidentiteitsontwikkeling 18

2.3.10. De keuze voor huisartsgeneeskunde 18

2.3.11. De kenmerken van huisartsgeneeskunde 19

2.3.12. De beoordeling van de kwaliteit van de gezondheidszorg 20

3. Veldwerk 21

3.1. Methodologie 21

3.2. Resultaten 22
3.2.1. Populatiebeschrijving 22
3.2.2. Huisartsidentiteit 22
3.2.3. Huisartsgeneeskunde 30
3.2.4. Identiteitsdissonantie 35
3.3. Discussie 38
3.3.1. Professionele identiteit versus huisartsidentiteit 38
3.3.2. Beïnvloedende factoren 39
3.3.3. Ontwikkeling van de professionele identiteit 41
3.3.4. Kenmerken van een “goede” huisarts 41
3.3.5. Beoordeling van de professionele identiteitsvorming 43
3.3.6. Kenmerken van huisartsgeneeskunde 43
3.3.7. Keuze voor huisartsgeneeskunde 45
3.3.8. Werkpunten binnen de huisartsgeneeskunde 45
3.3.9. Identiteitsdissonantie 46
3.3.10. Zwakte van de studie 46
3.3.11. Aanbevelingen voor de toekomst 46
4. Conclusie 48
5. Referentielijst 49
Bijlage 1: Uitnodigingsmail 51
Bijlage 2: Informatiebrief voor deelnemers 52
Bijlage 3: Toestemmingsformulier voor de studiedeelnemers 55
Bijlage 4: Studie protocol 56
Bijlage 5: Interview guide 57
Bijlage 6: Gunstig advies van Commissie van Medische Ethiek 60

Dankwoord

Met deze masterproef sluit ik mijn opleiding huisartsgeneeskunde af. Graag wil ik enkele mensen in het bijzonder bedanken.

Ten eerste Mathieu Decock, mijn vriend, voor alle steun en motivatie die ik de afgelopen jaren heb mogen ontvangen. Door jouw begrip, eindeloos geduld en oppeppende woorden kon ik ook de minder leuke momenten tijdens de opleiding aan.

Mijn ouders, voor de mogelijkheid om deze opleiding te starten en voor alle morele steun. Door jullie ben ik de huisarts geworden die ik nu ben.

Eline Daelemans, collega-HAIO en vriendin, voor de fijne en efficiënte samenwerking gedurende de afgelopen twee jaar.

Prof. dr. Peter Pype, promotor, en dr. Janique Lobbestael, co-promotor, voor de sturing, begeleiding en motiverende woorden bij het schrijven van deze masterproef.

Eva Verhoeyen, mijn PO, om me de tijd en de ruimte te bieden om te werken aan mijn masterproef, voor de hulp bij de rekrutering van de huisartsen en haar feedback over de interviewguide.

Ten slotte alle huisartsen die hun steentje hebben bijgedragen door zich beschikbaar te stellen voor het afnemen van interviews.

Afkortingen

CanMEDS	Canadian Medical Education Directions for Specialists
CINAHL	The Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
EMBASE	Excerpta Medica dataBASE
MCQ	Multiple Choice Questions
PIF	Professional Identity Formation
PG	Professioneel Gedrag
PSSP	Personaliteit en Sociale Structuur Perspectief
QUAGOL	Qualitative Analysis Guide of Leuven
TIME	Transformation In Medical Education
WONCA	World Organisation of Family Doctors

1. Inleiding

1.1. Keuze van het onderwerp

De keuze voor dit onderwerp is gebaseerd op mijn eigen ervaringen als studente en jonge arts. De drijfveer om huisarts te worden heeft zich bij mij gevormd gedurende de opleiding, hoewel er al van in het begin een aanwezige voorliefde was voor huisartsgeneeskunde. Doorheen de jaren heb ik ervaren dat er verschillende factoren een invloed hebben gehad op mijn ontwikkeling tot huisarts. Dit gaat over persoonlijke en sociale factoren, invloed van mensen uit mijn omgeving, maar ook opleidingsgebonden zaken zoals theorielessen, vaardigheidstraining en zeker niet te vergeten de doorlopen stages. De ontwikkeling tot huisarts is een proces van groeien, leren en doen met als doel jezelf compleet te voelen als huisarts.

Meer en meer wordt er onderzoek gedaan naar de professionele identiteitsvorming bij geneeskundestudenten. Desondanks blijkt er nog steeds veel onduidelijkheid te bestaan. Hoe kan onderwijs rond professionele identiteitsvorming optimaal geïmplementeerd worden in het huidig curriculum? Hoe zet de professionele identiteitsvorming zich verder eenmaal men arts is en de vervolgopleiding tot huisarts (of specialist) aanvat? Welke factoren hebben een invloed op die professionele identiteitsontwikkeling tot (huis)arts en hoe evolueren die?

1.2. Doelstellingen

De doelstelling van deze masterproef is dubbel:

Graag willen we in kaart brengen wat professionele identiteit en huisartsidentiteit betekenen voor huisartsen en welke factoren een rol spelen bij het proces van deze identiteitsvorming.

Daarnaast willen we de beweegredenen van praktiserende huisartsen om te kiezen voor huisartsgeneeskunde achterhalen en nagaan of die veranderd zijn gedurende de loopbaan.

In deze masterproef wordt onderzocht wat professionele identiteit betekent voor huisartsen(-in-opleiding). De onderzoeksvraag wordt dan ook als volgt geformuleerd: “Hoe wordt de professionele identiteit gevormd en welke factoren spelen hierbij een rol: een kwalitatief onderzoek bij huisartsen(-in-opleiding).”

1.3. Samenwerking

Deze masterproef is tot stand gekomen vanuit een nauwe samenwerking met mijn collega-HAIO, Eline Daelemans. Bijgevolg bestaat de masterproef uit twee delen. Het eerste deel beschrijft de gemeenschappelijke literatuurstudie. Het tweede deel bespreekt het kwalitatief onderzoek, uitgevoerd bij huisartsen(-in-opleiding).

Finaal hopen we aanbevelingen te kunnen formuleren om de opleiding geneeskunde verder te kunnen optimaliseren inzake onderwijs rond professionele identiteitsvorming.

1.4. Stand van zaken

De studie geneeskunde doorlopen vraagt een grote portie doorzettingsvermogen. Sommige studenten weten bij het begin van de studies al welke richting ze later uitwillen, voor anderen is dit nog een blinde vlek. De keuze voor een specialisatie, huisartsgeneeskunde of arbeidsgeneeskunde is niet gemakkelijk. Als eerstejaarsstudent wordt aan de opleiding begonnen met een rugzakje gevuld met de eigen levenservaringen van de afgelopen 18 jaar. Gaandeweg vult het rugzakje zich verder op met medische kennis, vaardigheden en praktijkervaring. Stap voor stap wordt de weg naar het arts-zijn verder opgebouwd. Het ultieme doel is het vergaren van die professionele identiteit als arts.

Professionaliteit en professioneel gedrag vormen een belangrijk aspect van het arts-zijn en zijn essentieel voor een efficiënte en kwaliteitsvolle praktijkvoering(1). 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 (vb. gedragscodes binnen geneeskunde) en tot deze van andere collega's of patiënten. Een sterke professionele identiteit stimuleert het vertrouwen in zichzelf (zowel van zichzelf als van anderen), bevordert het vormen van goede samenwerkingsverbanden en vergroot het persoonlijk welbevinden in het beroep(2). 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).

Omtrent de verschillende fases die geneeskundestudenten doorlopen doorheen de ontwikkeling van de professionele identiteit bestaat reeds enige literatuur. Als er gekeken wordt naar de verdere ontwikkeling tot huisarts, valt het op dat er relatief weinig gekend is over dit onderwerp. Wat houdt huisartsidentiteit in en welke factoren hebben hier een invloed op? Er bestaan enkele theoretische kaders over huisartsgeneeskunde. Echter bestaat er geen onderzoek naar de professionele identiteitsvorming van huisartsen. Wel hebben we een goed uitgewerkte beschrijving over de kenmerken van de discipline huisartsgeneeskunde alsook de competenties die van een arts vereist worden.

Zo heeft WONCA Europe in een *consensus statement* de kenmerken van huisartsgeneeskunde vastgelegd. Daarnaast beschrijft het welke kerncompetenties vereist zijn en wat de professionele taken van een huisarts zijn(4). Anderzijds bestaat er ook een internationaal model, namelijk het CanMEDS-model. Dit is een theoretisch kader afkomstig uit Canada dat de capaciteiten omschrijft die een zorgverlener/arts moet bezitten. De opleiding geneeskunde baseert zich op het CanMEDS-model om de eindtermen te formuleren(5).

Om dit onderwijs rond professionele identiteitsvorming verder uit te bouwen, moet in eerste instantie onderzocht worden wat professionaliteit, professioneel gedrag en professionele identiteit precies inhouden, welke factoren een rol spelen bij het vormen van de professionele identiteit en hoe de professionele identiteit evolueert doorheen de loopbaan. Pas als deze zaken voldoende gekend zijn, zouden aanpassingen kunnen gedaan worden aan het medisch onderwijs.

2. Oriënterend literatuuronderzoek

2.1. Inleiding

Met het oog op het opstellen van een werkbare interviewguide wordt in de literatuur gezocht naar mogelijke antwoorden op de onderzoeksvraag. Na het doornemen van de bestaande literatuur, kan gestart worden met het formuleren van de interviewguide. Vervolgens kunnen de interviews afgenomen worden.

2.2. Methodologie

Allereerst wordt de databank van de masterproeven op de ICHO-website doorzocht op zoek naar masterproeven inzake professionele identiteit of identiteitsvorming bij huisartsen. Dit levert echter geen resultaten op.

Als tweede stap wordt gezocht naar relevante artikels over professionele identiteit op HuisartsNu, in het Tijdschrift voor Geneeskunde en in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Hierbij worden de zoektermen 'professionele identiteit', 'professional', 'professioneel', 'identiteit', 'huisartsenidentiteit' en 'studenten geneeskunde' gebruikt. Dit eerste zoekproces vindt plaats met als doel een basisinzicht opbouwen om verder dieper literatuuronderzoek op te baseren.

Vervolgens wordt er gestart met het uitvoeren van de zoekopdracht in Pubmed, CINAHL, Web of Science en Embase. De literatuurstudie is gebaseerd op een combinatie van de volgende zoektermen: 'professional identity', 'medical student', 'medical education', 'professional identity formation', 'professionalism'. Deze artikels worden gescreend op basis van titel en abstract.

Eenmaal een interessant artikel zich presenteert, wordt bijkomend de referentielijst doorgenomen om na te gaan of er nog interessante artikels kunnen toegevoegd worden aan het literatuuronderzoek (sneeuwbalmethode).

Verder wordt literatuur opgezocht over de professionele identiteit bij huisartsen, de specifieke doelgroep van deze masterproef. De zoektermen 'family medicine' en 'professional identity development' worden hiervoor gebruikt. Daarnaast wordt gekozen voor artikels die niet ouder zijn dan 10 jaar. Deze worden eveneens gescreend op basis van titel en abstract.

Finaal wordt in de literatuur via Pubmed en Google Scholar over de volgende onderwerpen literatuur opgezocht:

- CanMEDS-rollen
- WONCA-definitie van huisartsgeneeskunde
- Quadruple Aim

2.3. Resultaten

Wat opvalt bij het zoeken naar artikels rond professionele identiteitsvorming 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. Enkele andere namen die frequent in de zoekresultaten voorkomen, zijn onder andere 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(6). Volgens de Oxford English Dictionary wordt identiteit omschreven als een reeks eigenschappen of een beschrijving dat een persoon of ding onderscheidt van anderen(7).

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(2). Belangrijk hierbij is dat iemands identiteit eerder gedefinieerd wordt door subjectieve ervaringen dan door de objectieve realiteit van wie men écht is(8).

Volgens verschillende onderzoeksgroepen zijn identiteiten meervoudig: elk individu kan afhankelijk van de context verschillende identiteiten hebben (een persoonlijke, een professionele, enzovoort)(2,8–10). Daarnaast zijn identiteiten dynamisch (ze veranderen continu doorheen de tijd) en relationeel (ze ontstaan telkens in relatie tot anderen)(9,10).

De identiteiten van geneeskundestudenten worden op verschillende niveaus ontwikkeld en beïnvloed (figuur 8)(9,11). Allereerst is er de *ego identiteit*(9,11). Die omvat de persoonlijke karaktereigenschappen van het individu, die beïnvloed zijn door intrapsychische en biologische factoren(9). Het tweede domein is de *persoonlijke identiteit.* Dit niveau omvat de overtuigingen die het individu 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, mentoren en collega's(11). Tenslotte is er nog de *collectieve identiteit* of *sociale identiteit*(9,11). Tot deze laatste groep behoort de invloed van sociale groepen waartoe het individu behoort(11). De geneeskundestudent staat onder druk om te voldoen aan de identiteiten gevormd door culturele en maatschappelijke normen(9). De onderzoeksgroep van Cruess en Steinert stelt dat de identiteit van een individu op een gegeven moment steeds de som van bovenstaande identiteiten is(7,11).

De term *professionalisme* 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(7). Het is een maatschappelijk of institutioneel bepaalde morele houding die empathie, integriteit en een goede balans tussen werk en privé inhoudt. Anderen definiëren professionalisme als een set van individuele competenties of gedragingen die men moet verwerven vanuit een interactief leerproces(1).

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). Professioneel gedrag resulteert uit een reeks persoonlijke onderhandelingen tussen concurrerende aspecten van professionalisme die specifiek zijn aan de context van elke situatie(7).

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(8).

2.3.2. Proces van persoonlijke identiteitsvorming

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. 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. Weliswaar doorloopt niet elk individu alle stadia. Zo blijkt het merendeel van de volwassen bevolking (58% om precies te zijn) zich in stadium 3 te bevinden. In dit stadium worden de eigenwaarde en het wereldbeeld gevormd door externe bronnen. Een onafhankelijk gevoel van eigenwaarde ontbreekt, omdat zo veel van wat ze denken, geloven en voelen afhankelijk is van hoe ze denken dat anderen hen ervaren. Slechts een beperkt deel van de bevolking (35% volgens het onderzoek van Kegan) bereikt stadium 4, waarin men zichzelf kan definiëren 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 de eigenwaarde continu gecreëerd door exploratie van multipele identiteiten. Men stelt zichzelf in vraag in dit stadium, waardoor de identiteit continu evolueert. Men kan verschillende identiteiten tegelijkertijd bezitten en zaken vanuit verschillende perspectieven bekijken. Hoe meer stadia doorlopen worden, hoe complexer de identiteit dus wordt(12).

2.3.3. Definitie van professionele identiteit

Naar analogie van 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. Dit op basis van gedrag, overtuigingen, waarden, motieven en ervaringen in relatie tot het beroep(2,8). De professionele identiteit is het resultaat van het proces van professionele identiteitsvorming, waarbij de waarden, normen en gedragingen van het (medisch) beroep geïntegreerd worden met de persoonlijke waarden, normen en gedragingen(7,10), wat resulteert in een individu die denkt, voelt en zich gedraagt als een professional (in dit geval als een arts)(7,11).

Met andere woorden, waar professionalisme verwijst naar toegewezen gedragingen die de maatschappij verwacht van een bepaalde beroepsgroep, verwijst professionele identiteit naar de geïnternaliseerde waarden en normen, als een representatie van de professionele zelf, die tot uiting komen in een voelen, denken en handelen eigen aan die beroepsgroep (13).

Bovendien kan eenzelfde individu 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 zijn(2,8).

2.3.4. Proces van professionele identiteitsvorming

Professionele identiteitsvorming (PIF) van een arts is eenvoudig gesteld 'het wordingsproces' van student tot arts: het proces waarbij een individu van student naar arts transformeert(10,13). Tijdens dit proces gaat een individu zichzelf 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(9,10,14,15). Professionaliteit en PIF beïnvloeden elkaar bidirectioneel(10).

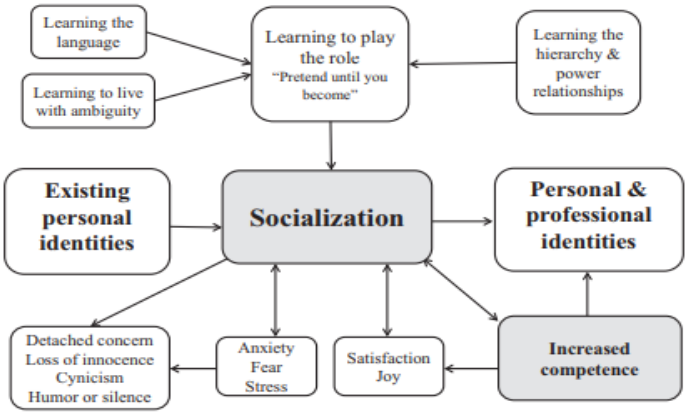
In het Personaliteit en Sociale Structuur Perspectief volgens House wordt dit weergegeven. De sociale structuur is de manier waarop de maatschappij is georganiseerd, 'de manier waarop dingen in geneeskunde gedaan worden'. Het omvat tradities, regels, waarden en normen. Voorbeelden hiervan zijn de dissecties, het dragen van een witte jas of de lange werkuren binnen de medische wereld. 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(9).

Net als de persoonlijke identiteit is de professionele identiteit een dynamisch gegeven dat continu verandert en zich ontwikkelt doorheen de tijd(11,15). In overeenstemming met de identiteitsvorming volgens Kegan, wordt verondersteld dat de professionele identiteit van artsen zich doorheen stadia 2 t.e.m. 4 ontwikkelt. In stadium 2 kan men de professionele rollen wel vermoeden, maar domineren nog vooral 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 beschouwd 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. Tenslotte 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(11).

De professionele identiteit wordt dus gradueel gevormd in stadia(7,11,15). Dit proces is niet lineair, maar evolueert rond kritische gebeurtenissen(15). Bovendien ontwikkelt de professionele identiteit zich door interactie met anderen(8,14). Dit proces wordt 'socialisatie' genoemd en is essentieel bij professionele identiteitsvorming en interprofessionele identiteitsvorming bij geneeskundestudenten(11). Door dit proces van socialisatie zal elke student gradueel gaan denken, voelen en zich gedragen als een echte arts(7). 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. Deze theorie heet de 'social learning theory'(11). De basis van dit principe is de socioculturele theorie van Lev Vygotsky, ook wel de sociale ontwikkelingstheorie genaamd. 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(10). Door de interactie met anderen leert men de verwachtingen binnen het beroep(8,9). Om van een volledige participatie binnen de geneeskunde- of artsengemeenschap te kunnen spreken, moet men de identiteit van die gemeenschap verworven

hebben(11). Het gevoel erbij te horen is hierbij een belangrijk gegeven. Elk individu dat erbij wil horen, moet zich aan de normen houden die door het beroep worden opgelegd. Wie dat niet doet, ondergaat sancties of wordt uitgesloten.

De mate waarin iemand klaar is om de nieuwe identiteit te internaliseren varieert. Dit kan leiden tot 'identiteitsdissonantie' (figuur 1). Identiteitsdissonantie ontstaat wanneer iemand moeite heeft met het samenvoegen van de nieuwe identiteit (gevormd door de waarden en normen van de gemeenschap) met de oude identiteit (de bestaande persoonlijke identiteit). De gevolgen hiervan zijn onder andere verminderde interesse, cynisme, angst en stress. Wanneer het proces van socialisatie succesvol doorlopen wordt, leidt dit tot voldoening, vreugde en een toegenomen competentieniveau(9,11). Het doel van het medisch onderwijs is om dit transformatieproces naar nieuwe manieren van denken, voelen en handelen te faciliteren(9).



Figuur 1: Een schematische weergave van het proces van socialisatie en de mogelijke gevolgen(11).

2.3.5. 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 bij artsen beïnvloeden(11,15).

Afhankelijk van hoe ver men staat in de ontwikkeling van de professionele identiteit zullen bepaalde factoren meer of minder doorwegen. Zo zal het gezondheidszorgsysteem bij een beginnende student weinig invloed hebben, maar is dit wel een belangrijke factor bij een praktiserende huisarts(11).

Zoals reeds vermeld ontwikkelt de professionele identiteit zich vanuit sociaal contact met anderen(8,14). Dit proces van socialisatie is afhankelijk van persoonlijke ervaringen. Deze ervaringen kunnen zowel klinisch als niet-klinisch zijn(11).

Rolmodellen en mentoren spelen een cruciale rol in het proces van socialisatie. Door middel van observatie, imitatie en oefening wordt kennis op een bewuste manier overgedragen van opleider naar student. Patronen van gedrag worden dan weer onbewust doorgegeven. Tijdens stages wordt men beoordeeld door stagementoren, wat een positieve dan wel negatief effect kan

hebben op PIF(7). Rolmodellen kunnen bijvoorbeeld een negatieve impact hebben op het professioneel gedrag, wanneer studenten verkeerd gedrag gaan overnemen(11).

Reflectie over ervaringen met rolmodellen en mentoren zijn fundamenteel in het proces(10,11). Het creëert een herhaald patroon beginnende bij het ontdekken van nieuwe kennis en ervaringen tot het opslaan van dit alles in de bestaande identiteit. Door actief gestimuleerd te worden tot reflecteren, draagt men persoonlijk bij tot PIF(11).

Formeel leren kan een belangrijke invloed hebben, omdat opleiders van PIF een leerdoel op zich kunnen maken. Het doel is om de normen en standaarden eigen aan het beroep te vertegenwoordigen en het koesteren van het ideaal van de gemeenschap(11). Een gezonde en open leeromgeving leidt tot aangepast gedrag, terwijl een negatieve leeromgeving de professionele identiteitsvorming afbreekt. Onder leeromgeving verstaan we in de eerste plaats de universiteit en onderwijzers. Daarnaast bepalen het gezondheidszorgsysteem, de medestudenten, theorie- en praktijklessen mee de leeromgeving (7).

Symbolen en rituelen gekoppeld aan de opleiding geneeskunde zijn eveneens factoren die bijdragen tot PIF. Door rituelen, zoals het dragen van een stethoscoop rond de nek, voelen geneeskundestudenten dat ze binnen getreden zijn in de medische wereld. Door speciale klinische ervaringen, zoals voor de eerste keer een operatie bijwonen, ervaren studenten dat ze meer en meer toegelaten worden binnen de medische wereld(11). Patiëntencontacten bieden dan weer unieke leermomenten (bv. het meemaken van een geboorte of een overlijden) en deze leren studenten op een empathische manier medische zaken efficiënt te communiceren(7,11).

Familie, vrienden en de thuisomgeving kunnen de ontwikkeling van de professionele identiteit beïnvloeden door hun steun en opbouwende kritiek dan wel tegenwerking gedurende de opleiding(7,11,14).

Uiteraard bepalen persoonlijke factoren mee de professionele identiteitsvorming. Deze persoonsgebonden factoren kunnen onderverdeeld worden in *nature* en *nurture*. *Nature* houdt in genetica, geslacht, ras en persoonlijke karaktereigenschappen. *Nurture* wordt beïnvloed door de eigen levenservaringen, cultuur, religie, socio-economische status, opleiding en seksuele geaardheid(11).

2.3.6. Definitie van artsenidentiteit

Er leeft een bepaald ideaal van ‘de goede arts’. Het gedrag van elke arts wordt steeds geleid (en soms ook beperkt) door dit ideaalbeeld(7).

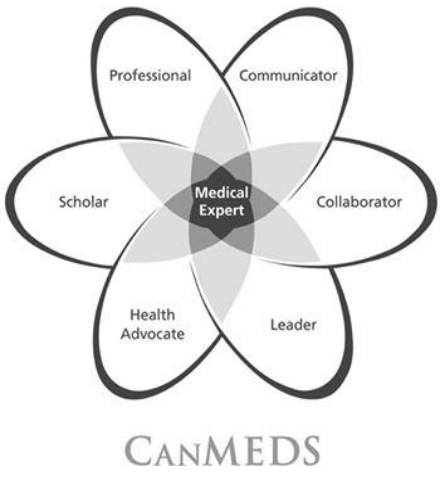
In enkele artikels worden de kenmerken van ‘een goede arts’ vermeld. Niemi et al. stelt dat een goede arts zich kenmerkt door het bezit van kennis en persoonlijke en interpersoonlijke vaardigheden. Bovendien is hij of zij in staat tot zelfreflectie(16). Volgens Wong en Trollope-Kumar kenmerkt een goede arts zich dan weer door professionaliteit, zelfbewustzijn, communicatievaardigheden, empathie, compassie, ethische correctheid, rechtvaardigheid en waardigheid(14). Volgens Cruess en Steinert is een goede arts competent, zorgend, medelevend, eerlijk en integer(15). Verder worden in de TIME-studie 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(10). 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(3). De kenmerken van professioneel gedrag van artsen wordt in het artikel uitvoerig opgelijst(3). Dit overlapt grotendeels met de CanMEDS-rollen, waarbij een arts zeven competenties moet bezitten. Zo moet een arts in staat zijn tot communicatie, samenwerking, zorgorganisatie, gezondheidsbevordering, professionaliteit, kennisverwerving en medisch expertise(5).

2.3.7. Onderwijs rondom PIF bij artsen

In het boek 'Teaching Medical Professionalism: Supporting the Development of a Professional Identity' van de Canadese onderzoeksgroep van Richard en Cruess en Yvonne Steinert wordt het belang van onderwijs rond PIF beklemtoond(17). Ook heel wat andere auteurs stellen dat opleiding rond PIF een ultiem doel in het medisch onderwijs zou moeten zijn(1,7,10,11,18). Het doel van dit onderricht is om de studenten de ware aard van professionele identiteit te leren kennen en hen te ondersteunen bij hun zoektocht naar hun eigen professionele identiteit(7,11). Zo stelt Cooke et al. dat geneeskundestudenten over het algemeen de studies geneeskunde aanvatten met slechts een oppervlakkig begrip van de waarden en normen die het medisch beroep inhouden. Ze vatten nog niet de diepte en complexiteit van het beroep als arts(11). Om deze waarden en normen bij te brengen, kan PIF een hulpmiddel zijn(7,11).

Medisch onderwijs is vandaag de dag dus meer dan enkel een bepaald niveau van kennis bereiken en relevante vaardigheden ontwikkelen(9). Zoals reeds aangehaald wordt het CanMEDS-model gebruikt als structurerend kader voor het huidige curriculum geneeskunde. Dit theoretisch kader wordt gebruikt omwille van het educatief vermogen en de controleerbaarheid ervan. De CanMEDS-rollen (figuur 2) zijn ontwikkeld in Canada en beschrijven het gedrag dat mag verwacht worden van een arts aan de hand van zeven kerncompetenties. Op die manier wil men garanderen dat er kwalitatieve gezondheidzorg wordt verleend. Ook daar vormt professionaliteit één van de kerncompetenties binnen geneeskunde. Dit naast andere competenties zoals 'medisch en vakkundig handelen', 'communicatie', 'samenwerken', 'organisatie en financiering', 'maatschappelijk handelen en preventie' en 'kennis en wetenschap'(5,19).

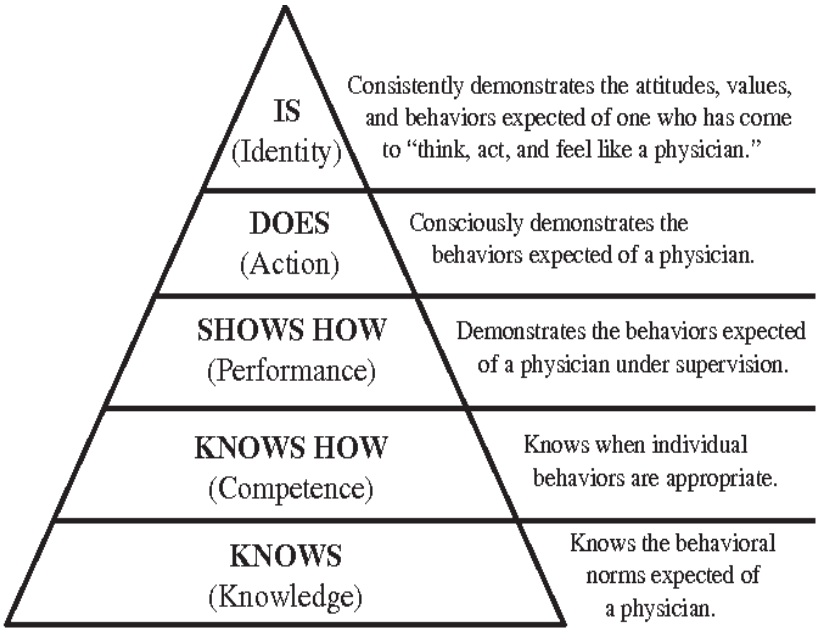


Figuur 2: De CanMEDS-competentiegebieden. De rol van professional vormt één van de zeven kerncompetenties(5).

Bij het implementeren van PIF in het medisch onderwijs moet 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 correleert met een specifieke beoordelingsmethode. Naar deze analogie worden studenten geneeskunde vandaag in verschillende trappen onderricht. Bij elke trap hoort een adequate toetsing van de bijhorende competentie. Bij het niveau 'weten' bijvoorbeeld wordt kennis aan de hand van MCQ-examens of (bij geneeskunde eerder in uitzonderlijke gevallen) open vragen getoetst. Bij de competenties 'weten hoe' en 'laten zien' worden inzicht en vaardigheden aan de hand van vaardigheidstraining (het zogenaamde 'Skillslab' aan de Universiteit van Gent) en stationsproeven getoetst. Bij het niveau 'doen' wordt gekeken of de geneeskundestudenten de kennis en vaardigheden correct kunnen uitvoeren. Videoconsultaties zijn hier een voorbeeld van(15).

Naar analogie suggereert men om aan deze piramide nog een vijfde niveau toe te voegen: 'is'. Dit als representatie van de professionele identiteit(15). 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 3).

Sinds enkele jaren wordt dit vijfde niveau, de rol van professional en professioneel gedrag, meer en meer geïmplementeerd in het curriculum geneeskunde. Zo komt de professionalrol aan de Gentse universiteit tijdens de bachelorjaren voornamelijk tot uiting in de E(Exploratie)-lijn. Tijdens de masterjaren wordt aan de hand van het portfolio nadruk gelegd op het stilstaan bij en het reflecteren over eigen handelen. Zowel persoonlijke reflecties als reflecties over collega's kunnen uitgewerkt worden. Daarnaast kent het leerproces naar aanleiding van vaardigheidstrainingen en communicatieoefeningen een weerslag in het portfolio. In dit stadium gebeurt toetsing voornamelijk door observatie gedurende de praktijkstages(1).



Figuur 3: De aangepaste piramide van Miller: toevoeging van een vijfde niveau 'is' als representatie van de professionele identiteit(15).

2.3.8. Definitie van huisartsenidentiteit

Ondanks de uitgebreide zoekstrategie worden er geen artikels gevonden rond de professionele identiteit van huisartsen. Dit blijkt in de wetenschappelijk literatuur onontgonnen gebied. Reden te meer dus om via het kwalitatief onderzoek in deze masterproef hier meer kennis rond te vergaren.

2.3.9. Het proces van huisartsidentiteitsontwikkeling

Ditzelfde geldt voor het literatuuronderzoek specifiek gericht op de professionele identiteitsontwikkeling bij huisartsen. Hoe de huisartsidentiteit zich vormt en hoe de evolutie van de huisartsidentiteit zich verder zet doorheen de jaren, is weinig onderzocht. Dit wordt letterlijk vernoemd in de artikels en dit blijkt eveneens uit de weinige literatuur die voor handen is over dit onderwerp(20,21).

2.3.10. De keuze voor huisartsgeneeskunde

De studie van Rodriguez stelt vast dat de keuze van geneeskundestudenten voor een bepaalde vervolgopleiding beïnvloed wordt door verschillende factoren. Dit gaat van persoonlijke tot sociale factoren. Echter wordt er weinig gekozen voor huisartsgeneeskunde door een gebrek aan waardering voor het beroep. Dit zou te maken hebben met het idee dat er meer medische expertise en aanzien is verbonden aan specialistische richtingen. Daarnaast worden specialistische disciplines hoger gewaardeerd door het gezondheidszorgsysteem en de gemeenschap in het algemeen. Op die manier zouden ook studenten die initieel de richting van huisartsgeneeskunde willen uitgaan, tegen gehouden worden(21). Ditzelfde wordt geconstateerd in een Spaanse studie uit 2010 die onderzocht wat de reputatie en professionele identiteit van huisartsen inhoudt volgens geneeskundestudenten. Verschillende redenen worden opgesomd waarom er eerder voor specialistische disciplines wordt gekozen in plaats van voor huisartsgeneeskunde. De voornaamste reden is dat de discipline huisartsgeneeskunde ondergewaardeerd wordt. Dit is het gevolg van verscheidene zaken, onder andere het verschil in inkomsten, professionele status en het aantal technische aktes tussen specialisten en huisartsen(20).

De discipline wordt beschreven als grotendeels administratief werk zoals medicatie voorschriften en doorverwijzingen maken naar specialisten. Daarnaast verwacht men dat de patiënten die zich aanbieden gemakkelijk te diagnosticeren en te behandelen zijn. Hier zou bijgevolg geen uitdaging in gevonden worden. De functie van huisarts als zorgcoördinator wordt voornamelijk omschreven als het onderscheid kunnen maken tussen milde en ernstige problemen waarbij dan doorverwijzing noodzakelijk is. Men beoordeelt de kennis van de huisarts als breed maar oppervlakkig. Er wordt meer waarde gehecht aan grondige diepgaande kennis over een discipline. Het grootste probleem is het gebrek aan prestige dat de huisartsgeneeskunde geniet. Studenten beoordelen het gebrek aan prestige als een gebrek aan duidelijke professionele identiteit. Dit maakt het dus moeilijk om een goede beschrijving te geven van de huisartsidentiteit(20,21).

Studenten geneeskunde geven echter toe dat ze onvoldoende in contact komen met de huisartsgeneeskunde gedurende de opleiding om een correct beeld te krijgen van wat de discipline inhoudt. Studenten die stage lopen bij een huisarts ervaren dit wel als positief. Uit de studie blijkt dat een aantal factoren een invloed hebben op de keuze voor de vervolgopleiding huisartsgeneeskunde. Zo is het belangrijk dat het gezondheidszorgsysteem zich leent tot het uitoefenen van het beroep als huisarts. Daarnaast speelt de sociale druk die studenten ondervinden vanuit hun familie en de universiteit een belangrijke rol in de keuze voor een specialisatie dan wel huisartsgeneeskunde. Vaak wordt deze eerder als negatief ervaren(20).

2.3.11. De kenmerken van huisartsgeneeskunde

Ondanks het gebrek aan literatuur rondom de huisartsidentiteit, is wel reeds uitgebreid onderzoek gedaan naar de kenmerken en de kerncompetenties van huisartsgeneeskunde. De WONCA-definitie van huisartsgeneeskunde is een toonaangevend Europees model dat een beschrijving geeft van de discipline huisartsgeneeskunde, van de taken die een huisarts op zich moet nemen en het beschrijft de kerncompetenties van de huisarts. De WONCA-definitie werd geformuleerd door WONCA Europe, een academische en wetenschappelijke organisatie voor huisartsen in Europa(4).

Kenmerken van huisartsgeneeskunde

- Acute en chronische problemen
- Bevorderen van gezondheid en welzijn
- Continuïteit
- Patiënt centraal
- Arts-patiënt relatie
- Holistische benadering (fysiek, mentaal, sociaal, cultureel en existentieel)
- Vroeg ongedefinieerd ziektestadium
- Beslissingen maken op basis van incidentie en prevalentie
- Verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de gemeenschap
- Zorgcoördinatie en belangenbehartiging
- Eerste contact, laagdrempelig, alle gezondheidsproblemen

2.3.12. De beoordeling van de kwaliteit van de gezondheidszorg

Na het afwerken van de opleiding geneeskunde, blijft bijscholen en manieren uitwerken om de kwaliteit binnen de gezondheidszorg te blijven garanderen, een belangrijk topic. De Triple Aim heeft als doel de kwaliteit van het gezondheidszorgsysteem te verbeteren. Deze benadering richt zich op drie dimensies, namelijk het optimaliseren van de algemene gezondheid van de bevolking, het verhogen van de kwaliteit van de zorgervaringen van de patiënt en de maatschappelijke kosten drukken. Echter blijkt dit onvoldoende te zijn om de kwaliteit van zorg te garanderen. Er is namelijk nog steeds een groot probleem op gebied van de hoge werkdruk waaronder veel gezondheidszorgverleners lijden. De Quadruple Aim vormt een aanvulling op de Triple Aim. Deze bevat een vierde dimensie die zich richt op het verbeteren van de gezondheidszorg van de zorgverleners. Door dit aan te pakken zal de zorg in kwaliteit toenemen, zal de algemene gezondheid verbeteren en zullen de kosten lager worden.

Quadruple aim(22)

1. Het verbeteren van de zorg zoals die door het individu wordt ervaren

2. Het verbeteren van de gezondheidstoestand van de bevolking

3. Het verlagen van de zorgkosten

4. Professionelen in de gezondheidszorg ondersteunen zodat ze hun werk op een goede en duurzame manier kunnen doen

3. Veldwerk

3.1. Methodologie

Alvorens te starten met het onderzoeksproject, werd een protocol uitgestuurd naar het ethisch comité ter goedkeuring. Op 03/05/2019 werd een positief advies ontvangen van de Commissie Medische Ethiek van het UZ Gent.

Het kwalitatief onderzoek werd aangevat met het opstellen van een interview guide. Op basis van de verzamelde literatuur waaruit enkele definities en theoretische kaders konden weerhouden worden, werd de interview guide opgesteld. Deze werd eenmalig getest op een collega-huisarts. Hierna volgde onder andere op basis van feedback van deze huisarts, enkele aanpassingen in de vraagopstelling.

Eenmaal de interview guide af was, kon gestart worden met het rekruteren van de studiepopulatie. De enige inclusiecriteria waren het beschikken over het diploma 'Master of Medicine in de huisartsgeneeskunde' of bezig zijn aan deze opleiding.

Verder werd bij voorkeur een gelijke verdeling in onderstaande groepen nagestreefd, alsook een evenwichtige spreiding in het aantal vrouwelijke en mannelijke artsen.

Groep 1: huisartsen met > 10 jaar praktijkervaring

Groep 2: huisartsen met < 10 jaar praktijkervaring

De rekrutering gebeurde door middel van het uitsturen van een uitnodigingsmail naar alle huisartsen uit de Wachtkring van Oudenaarde. Finaal konden 15 huisartsen(-in-opleiding) geïncludeerd worden. Er was een mooie spreiding in leeftijd en geslacht. Interviews gingen door op een locatie gekozen door de deelnemende huisarts. De interviews werden met goedkeuring van de huisartsen opgenomen. Na opname werden alle interviews uitgeschreven.

De gegevens werden verwerkt volgens de QUAGOL (Qualitative Analysis Guide of Leuven)-methode. Dit is een tienstappenplan uitgewerkt om kwalitatieve data gestructureerd te kunnen analyseren. Gedurende de verwerkingsfase werden de interviews een aantal keer doorgelezen om goed voor ogen te hebben wat de precieze inhoud was, om kleine nuances correct te kunnen interpreteren en om de juiste conclusies te kunnen formuleren. Vervolgens werd schriftelijk een codeboom gecreëerd vanuit de interviews. Eenmaal de codeboom een aanvaardbare basisstructuur kende, werd verder gegaan in NVivo 12, een kwalitatief softwarepakket voor gegevensanalyse geproduceerd door QSR International. Het is ontworpen voor onderzoekers van kwalitatieve studies die werken met gegevens die veel tekst of multimedia bevatten en gegevensverwerking vereisen van zowel grote als kleine hoeveelheden data. Door gebruik te maken van NVivo 12 werd de codeboom verder uitgebouwd en werden de relevante quotes verbonden aan de bijbehorende 'nodes'. Op die manier werden de 'nodes' hiërarchische gestructureerd.

Na het bekomen van de definitieve codeboom kon gestart worden met het formuleren van hypotheses. De codeboom werd vervolgens overlopen door de collega-onderzoeker, die eveneens enkele hypotheses formuleerde. Enkele overkoepelde hypotheses werden neergeschreven. De bekomen hypotheses werden vervolgens getoetst aan de wetenschappelijke gegevens uit de literatuurstudie.

3.2. Resultaten

3.2.1. Populatiebeschrijving

In totaal worden 15 artsen uit de Wachtkring Oudenaarde geïnterviewd. Slechts twee huisartsen werken als solo-arts. De meeste huisartsen werken in duo- of groepsverband. De groep geïnterviewde huisartsen bestaat uit 8 vrouwen en 7 mannen, waarvan 6 meer dan 10 jaar praktijkervaring hebben en 9 minder dan 10 jaar. Er wordt gestreefd naar een evenwichtige verdeling in het aantal mannen en vrouwen alsook in het aantal artsen met meer of minder dan 10 jaar praktijkervaring. Tabel 1 geeft een schematisch overzicht van de geïnterviewde artsen

	Geslacht	Aantal jaren huisarts	Soort praktijk
Arts 1	V	28j	Duo (sinds dit jaar)
Arts 2	V	3j	Duo
Arts 3	M	5j	Duo
Arts 4	M	45j	Groep
Arts 5	V	15j	Groep
Arts 6	V	25j	Groep
Arts 7	V	8j	Duo
Arts 8	M	HAIO	Groep
Arts 9	V	HAIO	Groep
Arts 10	M	3j	Solo
Arts 11	M	27j	Solo binnen netwerk
Arts 12	V	1j	Duo
Arts 13	M	2j	Groep
Arts 14	M	20j	Groep
Arts 15	V	3j	Duo

Tabel 1: Geïnterviewde artsenpopulatie

3.2.2. Huisartsidentiteit

3.2.2.1. Opvattingen over professionele identiteit versus huisartsidentiteit

Bij het navragen van de definitie van professionele identiteit, spreken huisartsen automatisch over de huisartsidentiteit. Het is bijgevolg moeilijk om een goede beschrijving te geven van wat de professionele identiteit inhoudt voor de geïnterviewde huisartsen. Indien er toch een definitie gevormd kan worden die de professionele identiteit toelicht, is deze afkomstig van een jonge arts.

Quote (A10): “Voor mij de twee woorden apart. Hoe je omgaat en hoe je jezelf voelt in je job en hoe je dat uitstraalt naar anderen toe, los van je privéleven. Hoe ik mezelf toon aan de buitenwereld als professional.”

Alle overige artsen beschrijven de professionele identiteit vanuit het perspectief van een huisarts. De huisartsidentiteit wordt beschreven vanuit drie invalshoeken.

Ten eerste gaat dit over professionaliteit en professioneel gedrag als huisarts. Hoe gedraag je je correct ten opzichte van patiënten?

Quote (A6): “Ik heb als arts een andere ingesteldheid naar mijn patiënt toe dan naar mijn privé omgeving.”

Quote (A3): “Ik denk dat professionele identiteit inhoudt dat je toegankelijkheid moet uitstralen naar de patiënt en open-minded moet zijn, zonder te dicht bij de patiënt te staan. Je moet een zekere beroepsernst uitstralen. Maar ook weer niet te veel. Dat kenmerkt zich aan kledij en taalgebruik. Ik denk dat je als huisarts daarin meer tegemoet komt dan een specialist.”

Ten tweede gaat dit over hoe men zichzelf ziet als huisarts en wie men wil zijn als huisarts.

Quote (A11): “Er is geen eenvormige identiteit van de huisarts. Iedereen heeft zijn eigenheid. Mijn professionele identiteit is niet anders dan mijn persoonlijke identiteit. Dat is een verlengde ervan. Mijn eigenheid is belangrijk. We werken allemaal op onze uniek wijze en daardoor gaan we ook allemaal onze unieke patiënten gaan selecteren.”

Een derde belangrijk item is de scheiding werk-privé. Men ziet zichzelf als huisarts, maar is ook nog veel meer dan dat.

Quote (A15): “Huisarts-zijn is mijn job, maar ik ben ook niet enkel dat, ik ben ook nog veel daarnaast. Arts zijn is een van de delen van wie ik ben. Dat probeer ik ook bewust heel duidelijk af te bakenen.”

Quote (A3): “Je moet wel duidelijk maken aan de patiënt dat je in hoofdzaak bezig bent met hun gezondheid. Ik denk dat je daar best je privéleven zo veel mogelijk buiten houdt.”

Er moet dus volgens de meerderheid van de huisartsen een onderscheid gemaakt worden tussen hoe men omgaat met familie en vrienden enerzijds en hoe men omgaat met patiënten anderzijds. Dit heeft op zijn beurt dan ook weer invloed op het professioneel gedrag en op welke manier men zichzelf wil vertegenwoordigen als huisarts.

Toch blijkt het loskoppelen van de huisartsidentiteit en de persoonlijke identiteit niet vanzelfsprekend. Sommige huisartsen kunnen hun huisartsidentiteit loskoppelen van hun persoonlijke identiteit. Anderen ervaren hun huisartsidentiteit en persoonlijke identiteit als één en onlosmakelijk verbonden met elkaar. Dit is voornamelijk zo bij de oudere huisartsen, hoewel er ook een jonge mannelijke huisarts (A13) is die zegt moeite te hebben met grenzen te trekken tussen beide identiteiten. Echter vinden veel jonge huisartsen het belangrijk om een lijn te trekken tussen werk en privé, bijgevolg ook tussen hun huisarts- en persoonlijke identiteit. Op die manier willen ze duidelijk maken dat ze meer zijn dan enkel huisarts, ze hebben ook nog een eigen leven naast hun werk.

Quote (A15): “Huisarts-zijn is mijn job, maar ik ben ook niet enkel dat, ik ben ook nog veel daarnaast. Huisarts zijn is een van de delen van wie ik ben. Dat probeer ik ook bewust heel duidelijk af te bakenen.”

Quote (A13): “Ik merk wel dat ik mezelf vaak op de tweede plaats zet. Dat je bij jezelf zegt, dit gaat voor. Medische zaken en geneeskunde gaan voor. Mensen veronderstellen dat en dat is ook wel zo dat dat voorrang heeft op alles. Ik merk echt vaak dat mijn professionele identiteit boven mijn persoonlijke identiteit staat.”

3.2.2.2. Beïnvloedende factoren

De factoren die een invloed hebben op de professionele identiteit en op de huisartsidentiteit zijn grotendeels hetzelfde. Het is duidelijk dat dit, net zoals de definitie, moeilijk is om los van elkaar te beoordelen. Het zijn voornamelijk de jonge huisartsen die er in slagen om beide los van mekaar te bespreken. Factoren die een invloed hebben op PIF zijn opvoeding, persoonlijkheid, bepaalde levensgebeurtenissen, levenservaring en algemene werkervaring.

Quote (A3): "Je beroepservaring zal je professionele identiteit zeker veranderen. Ik denk vooral de ervaring over de jaren heen. Dat kan zowel positief als negatief zijn. Daar ga je dan de volgende keer meer op letten."

Quote (A2): "Hoe je zelf opgevoed bent, wat je eigen waarden en normen zijn."

Quote (13): "Ook persoonlijke factoren, leergierigheid, empathische vaardigheden. Dat bepaalt toch ook sterk je professionele identiteit en hoe dat verder evolueert."

Toch blijkt dat huisartsen bij het navragen van de factoren die een invloed hebben op de professionele identiteit automatisch spreken over de factoren die een invloed hebben op de ontwikkeling van de huisartsidentiteit. Deze factoren kunnen onderverdeeld worden in vijf grote groepen, namelijk persoonsgebonden factoren, sociale factoren, invloed van derden, opleidingsgebonden factoren en werkgerelateerde factoren.

3.2.2.2.1. Persoonsgebonden factoren

Een eerste groep van beïnvloedende factoren zijn de persoonsgebonden factoren. Dit houdt in de karaktereigenschappen, geslacht, opvoeding, ingrijpende levensgebeurtenissen en gezondheidsproblemen.

De geïnterviewde huisartsen geven aan dat het persoonlijk karakter hierin een zekere rol speelt. Volgens hen hoort een huisarts sterk te zijn in communicatieve vaardigheden. Daarvoor is de nodige empathie en zachtaardigheid nodig. Ook persoonlijke interesses spelen hierbij een rol. Deze zaken worden gedeeltelijk opgebouwd door de invloed van ouders en de opvoeding die men geniet. Twee jonge huisartsen vermelden dat hun ontwikkeling beïnvloed werd door de waarden en normen die hen vanuit de opvoeding werden aangeleerd. Deze vormen het handelen als mens en als professional. Daarnaast spelen ook ingrijpende levensgebeurtenissen zoals ouder worden of een geliefd persoon verliezen en gezondheidsproblemen bij zichzelf of familieleden een rol.

Quote (A15): "Mijn mama is vrij vroeg gestorven, toen ze 50 jaar was. Eigenlijk in de fleur van haar leven. De kinderen zijn het huis uit, je kan eindelijk gaan genieten. Dat werk kwam ook altijd op de eerste plaats. Daarom heb ik ook zeer bewust gekozen voor een goede *work-life balance*. Zodat ik die twee zo goed mogelijk kan combineren. Ik woon op drie minuten van waar ik werk, ik heb mijn vrije momenten. Dat hou ik wel in mijn achterhoofd, je leeft maar een keer. Je kan nog zo veel zeggen dat je later wel zal genieten of nu veel gaat werken om dan later minder te gaan doen wanneer je een mooie pot hebt opgebouwd. Maar je weet niet of die later er komt en dan heb je alles gemist. "

Quote (A6): “Ik ben zelf al heel erg ziek geweest. Ik weet heel goed wat het is om aan de andere kant van de tafel te zitten. Dat maakt ook dat ik heel goed weet wanneer mensen echt hun arts nodig hebben. Wanneer patiënten zeggen dat het echt niet meer gaat of wanneer ze een vraag hebben, weet ik hoe lastig het is om geen antwoord te krijgen op je vraag. Als ik onderzoeken plan bij iemand probeer ik ook altijd zo snel mogelijk de resultaten door te geven, omdat ik weet hoe lastig het is om te wachten op resultaten aangezien ik zelf jaarlijks op controle moet gaan. Het feit van zelf ziek geweest te zijn heeft zeker een invloed gehad op mijn medisch handelen.”

Er wordt een verschil ervaren in de ontwikkeling als huisarts tussen vrouw en man. Echter wordt dit verschil vooral ingekleurd door persoonlijk karakter en levenservaringen als vrouw of man. Het zijn hoofdzakelijk de patiënten die anders kijken naar hun huisarts als het een man dan wel een vrouw is. Een jonge arts wordt gemakkelijker serieus genomen als man dan als vrouw, zo ervaren jonge huisartsen. Anderzijds zou een vrouwelijke arts toegankelijker zijn voor gynaecologische of psychologische problemen.

3.2.2.2.2. Invloed van omgeving

Een tweede groep van beïnvloedende factoren zijn de mensen uit de omgeving: familie, vrienden, collega-huisartsen, mentoren, andere eerstelijnshulpverleners en patiënten.

Als het gaat over de invloed van familie en vrienden op de identiteitsontwikkeling, erkennen jonge huisartsen dit als zeer belangrijk. Volgens hen hebben familie (en vrienden) een relatief doorslaggevende invloed hierop, terwijl oudere artsen dit minder ervaren.

Quote (A15): “Ik ben altijd ondersteund geweest door mijn familie. Maar ik kan me voorstellen als je tegenkanting krijgt van je familie of als gezegd wordt dat je dat niet gaat kunnen, dan heeft dat zeker een invloed.”

De feedback van mentoren gedurende de opleiding is van zeer groot belang volgens de huisartsen. Positieve feedback kan iemand sterken in zijn keuze, negatieve feedback kan een student aan het twijfelen zetten of demotiveren. Enkele jonge artsen erkennen zelfs dat slechte commentaar van een stagementor tijdens de huisartsstage ervoor zou gezorgd hebben dat men zich niet capabel acht om huisarts te worden. Dit zou betekend kunnen hebben dat men zou stoppen.

Quote (A5): “Mocht ik veel negatieve feedback gekregen hebben zou me dat wel geraakt hebben en mij misschien van gedachten hebben doen veranderen.”

Alle artsen vinden dat collega-huisartsen een belangrijke invloed hebben op hoe ze in het veld staan. Zowel de manier van werken als de gesprekken op en naast de werkvloer zijn hierbij bepalend.

Quote (A13): “Ik denk dat je heel veel leert van collega’s. Ik denk dat je veel meer kennis opdoet dan mocht je solo-arts zijn.”

Huisartsen erkennen de positieve invloed van feedback van andere eerstelijnshulpverleners. Zij bekijken de situatie soms vanuit een ander perspectief of zien de patiënten vanuit de thuiscontext, waardoor ze soms meer inzicht hebben in de noden van de patiënten. Volgens de geïnterviewde huisartsen is daarom hun mening waardevol en kan die bijdragen aan een betere organisatie en kwaliteit van de zorg.

Quote (A4): “We werken samen met verpleegkundigen, kinesisten… Ik heb dat graag. Soms hebben zij een opmerking en dan luister ik altijd wat hun mening is en dan pas ik eventueel mijn beleid aan.”

Zowel positieve als negatieve feedback afkomstig van patiënten beïnvloedt de ontwikkeling als huisarts. Bij negatieve commentaar of een patiënt die de praktijk verlaat, gaat men zich afvragen waar het verkeerd is gelopen.

Quote (A1): “Je hebt mensen waarvoor je heel veel gedaan hebt, die je dan om duistere redenen laten vallen als een baksteen. Dat doet pijn.”

3.2.2.2.3. Maatschappelijke factoren

De derde groep zijn de maatschappelijke factoren. De meest besproken factor is de socio-economische status. Nog veel geneeskundestudenten en huisartsen zijn afkomstig uit een welstaand gezin waar ouders vaak hogere studies hebben gedaan en er op financieel gebied vaak geen tekortkomingen zijn. Dit maakt het volgens de huisartsen gemakkelijker om de studies aan te vatten. Studenten uit een lagere sociale klasse hebben vaak harder moeten werken om hun studies af te werken. Dit geldt eveneens voor het huisartsenberoep. Deze huisartsen erkennen dat zij vanuit hun eigen levenservaring vaak beter weten met welke zorgen hun patiënten te kampen hebben.

Quote (A11): “Men heeft mogelijks een andere ingesteldheid als men uit een arm gezin komt dan wel welgestelde familie. Het beïnvloedt hoe je dingen ziet of omgaat met bepaalde zaken.”

Sociale factoren die het vestigingsgebied kenmerken zoals kansarmoede bepalen volgens de geïnterviewde huisartsen met welke problematiek men dagelijks te maken krijgt en ook hierdoor groeit men als huisarts.

Quote (A11): “Als je in een streek werkt waar veel kansarmoede is zal je op een andere manier werken - bijvoorbeeld met derdebetalersregeling - dan als je in een streek zit met welgestelde gezinnen die goed rondkomen.”

Enkele huisartsen vermelden dat de actualiteit eveneens een invloed heeft. Een jonge arts vermeldt bijvoorbeeld dat de MeToo-beweging een invloed heeft gehad op het handelen van enkele van haar mannelijke collega’s.

Quote (A5): “Hetgeen heerst in de actualiteit beïnvloedt ook je handelen, je moet ook mee zijn met wat heerst. Je moet op de hoogte zijn en daar eventueel een eigen standpunt in nemen. Je moet weten hoe je daar tegenover staat als je daar vragen over krijgt van de patiënten.”

Ditzelfde geldt volgens de geïnterviewde huisartsen voor de financiële uitdagingen waar de geneeskunde voor staat. Het verstandig omgaan met de beschikbare middelen zoals laboratoriumbepalingen, beeldvorming en dergelijke. Als (huis)arts is het onmogelijk om alles altijd aan te vragen. Enkele huisartsen merken op dat er kritischer moet nagedacht worden en dat er moet afgewogen worden welke onderzoeken zinvol zijn om aan te vragen en welke overbodig zijn. Op die manier kunnen de kosten van de gezondheidszorg teruggedrongen worden. Dit vraagt naast enige educatie van de artsen zelf zeker ook enige opvoeding van de patiënten. Enkele huisartsen merken dat patiënten vaak met de verwachting van beeldvorming

of antibiotica naar de consultatie komen. Als behandelend huisarts moet dan de afweging gemaakt worden op basis van objectieve factoren of hier al dan niet op ingegaan wordt.

Het feit of men actief is op het platteland of in een stad, heeft een invloed op het functioneren als huisarts volgens de geïnterviewde artsen. Op het platteland zijn ziekenhuizen vaak verder gelegen waardoor meer in eigen beheer gebeurt en patiënten vaak bij de huisarts aankloppen als eerste aanspreekpunt. In steden zijn er vaker vluchtige contacten, krijgt men meer te maken met multiculturaliteit en moeilijke communicatie. De mentaliteit van platteland versus stad heeft een invloed op de ontwikkeling als huisarts.

Quote (A8): "Je merkt dat de mentaliteit helemaal anders is. In de stad zijn er toch nog meer tijdelijke, vluchtige contacten, terwijl je dat op het platteland veel minder hebt. Daar zijn de mensen zeer trouw aan hun huisarts en gaan ze steeds bij dezelfde arts."

3.2.2.2.4. Opleidingsgebonden factoren

Een andere belangrijke groep van factoren zijn de opleidingsgebonden factoren.

De middelbare schooltijd wordt beschouwd als een periode waarin interesses worden gevormd en in de latere jaren als voorbereiding op de wetenschappelijke kant van de geneeskunde.

Quote (A13): "Ik heb moderne talen-wetenschappen gedaan in het middelbaar. Wetenschappen omdat ik daar altijd in geïnteresseerd ben geweest, wat dan ook mijn keuze voor geneeskunde heeft ingeleid."

De universiteit is ook bepalend voor de verdere ontwikkeling als huisarts. De Gentse universiteit wordt als praktischer en pragmatischer gezien, terwijl Leuven eerder theoretisch en archaïscher is. De manier van opleiden beïnvloedt de manier van medisch handelen als huisarts.

Daarnaast spelen de specifieke huisartsgeneeskundige lessen een grotere rol dan de algemene theorielessen. Ze worden als zeer relevant en interessant beschouwd.

Quote (A5): "Ik vond onze opleiding al heel huisartsgericht. Ik vond zelf de huisartsspecifieke lessen zeer boeiend en dat heeft me zeker gesterkt in mijn beslissing om huisarts te worden."

Echter zijn de belangrijkste beïnvloedende factoren de gevolgde stages en de feedback van mentoren. Door middel van de stages kan men ervaring opdoen in de huisartsenpraktijk of in het ziekenhuis en kan men aan de praktijk ondervinden of dit hen ligt. Het geeft een realistischer beeld dan louter theorielessen. Echter wordt veel bepaald door de stagementoren en de sfeer op de stageplaats. Beiden kunnen een stage maken of kraken.

Quote (A15): "Het is heel moeilijk om je een beeld te vormen over het beroep arts. Die stages zijn super belangrijk en als je dan malchance hebt om een slechte stage hebt of een stage waarbij je een heel fout beeld krijgt van wat de job inhoudt dan geraak je dat beeld nog heel moeilijk kwijt. Een leuke stage kan ook een totaal verkeerd beeld geven. Dan lijkt een bepaalde specialisatie misschien heel tof gewoon omdat je samenwerkte met leuke collega's of een leuke werkplek, maar dan niet zo zeer de jobinhoud. Dat maakt dan wel dat je voor iets kiest dat dan niet overeenstemt met de realiteit."

3.2.2.2.5. Werkgerelateerde factoren

Een laatste groep van beïnvloedende factoren zijn de werkgerelateerde factoren. Dit gaat voornamelijk over ons gezondheidszorgsysteem in het algemeen, maar ook over algemene werkomstandigheden, de arts-patiënt relatie, de noodzaak tot bijscholen en de grens tussen werk en privé. De deelnemende huisartsen merken op dat het gezondheidszorgsysteem nog geen invloed heeft in de studentenjaren, omdat je je dan niet bewust bent van wat er allemaal speelt. Het heeft volgens hen echter wel een belangrijke invloed op de ontwikkeling als huisarts. De meeste huisartsen zijn over het algemeen tevreden over ons gezondheidszorgsysteem. Men vindt dat ons gezondheidszorgsysteem zich ertoe leent om te werken als huisarts. In vergelijking met het Amerikaans systeem waar heel veel zich in de privésector bevindt, is de gezondheidszorg in België zeer toegankelijk. De eerstelijnszorg is op zich al vrij goed uitgebouwd.

Quote (A6): "Bij elke huisarts heeft het gezondheidszorgsysteem wel een invloed. Er zijn landen waar eerstelijnszorg niets is (bijvoorbeeld de Verenigde Staten) en alles zich afspeelt binnen de privésector. Het systeem zorgt er steeds voor of er huisartsen komen of niet en het bepaalt ook of we al dan niet meer verantwoordelijkheid krijgen."

Echter bemerken de huisartsen dat de huisartsgeneeskunde nog meer naar de voorgrond mag treden onder andere door echelonering door te voeren. Gezien de eerste lijn nog te vaak gepasseerd wordt, hebben de huisartsen het gevoel dat ze zelf hun plaats moeten opeisen binnen ons gezondheidszorgsysteem.

Quote (A3): "Het is een feit dat de eerste lijn in België soms te snel gepasseerd wordt en niet serieus genomen wordt. Ik denk dat dat wel invloed heeft op de manier van werken. Ik denk dat ik probeer daar tegen in te gaan vanuit idealistische overwegingen.

3.2.2.3. Eigenschappen van een 'goede' huisarts

3.2.2.3.1. Persoonlijkheid

Wat betreft de persoonlijkheid van een huisarts vinden de meeste huisartsen het vooral belangrijk dat elke huisarts zijn eigenheid behoudt. Dit maakt elke huisarts uniek en zorgt ervoor dat patiënten een huisarts kunnen vinden die bij hen past. Op die manier krijgt elke huisarts zijn/haar eigen unieke patiëntenpopulatie.

De karaktereigenschappen die men bij een huisarts het belangrijkste vindt, zijn elementen die een rol spelen bij interactie met patiënten zoals empathie, open houding, sociaal vermogen en vriendelijkheid.

Quote (A10): "Je komt met alle personen uit alle lagen van de bevolking in contact. Daarom moet je open en ruimdenkend zijn."

3.2.2.3.2. Competenties

Wanneer gevraagd wordt aan de huisartsen wat volgens hen een 'goede' huisarts kenmerkt, komen verschillende aspecten aan bod. De meest besproken kenmerken zijn levenslang leren, empathisch zijn, communicatief sterk zijn, zich kunnen organiseren en de patiënt in zijn totaliteit behandelen. In de tabel hieronder is te zien welke kenmerken opgenoemd worden en door hoeveel huisartsen.

Kenmerken	Aantal keer vermeld
EBM toepassen	7
Levenslang leren	11
Eerlijk zijn	1
Empathisch zijn	9
Ethisch verantwoord handelen	3
Omgaan met eigen emoties	3
Verantwoordelijkheid nemen	3
Vriendelijkheid	1
Zelfzeker handelen	1
Communicatief sterk zijn	6
Goed luisteren	4
Uitleg geven	2
Vragen stellen	1
In overleg gaan met de patiënt	4
Op maat van de patiënt communiceren	4
Open en respectvolle houding	2
Maatschappelijke functie uitoefenen	3
Oog hebben voor preventie	7
Brede kennis hebben	1
Op maat van de patiënt handelen	5
Patiënt in zijn totaliteit behandelen	5
Coördinator zijn	2
Grenzen afbakenen	6
Zich kunnen organiseren	4
Samenwerken met andere hulpverleners	5

Tabel 2: Kenmerken van een "goede" huisarts

3.2.2.4. Ontwikkeling van de huisartsidentiteit

Wanneer we huisartsen vragen op welke moment in hun carrière zij zich echt huisarts voelden, was dit bij de meerderheid tijdens de HAIO-jaren. Enkele huisartsen uit de oudere generatie gaven aan reeds tijdens de stagejaren hun huisartsidentiteit gevormd te hebben. De reden hiervoor is voornamelijk het krijgen van verantwoordelijkheid.

Quote (A13): "Het was tijdens mijn HAIO-periode dat ik echt zelf verantwoordelijk was en zelf beslissingen kon nemen."

Twee huisartsen voelden zich pas echt huisarts wanneer ze de volledige huisartsopleiding afgerond hadden. Er zijn een aantal factoren die ervoor zorgen dat men zich op een bepaald moment echt huisarts voelt. Tijdens de interviews worden de volgende factoren benoemd: verantwoordelijkheid, zelfvertrouwen, zelfstandigheid, de waarde van de artsentitel en respect van patiënten.

Wanneer gepolst wordt naar de aspecten waarin men gegroeid is gedurende de jaren die men actief is als huisarts, komen ook de factoren die maken dat iemand zich echt huisarts voelt aan bod. Dit zijn onder andere verantwoordelijkheid, zelfstandig werken, zelfvertrouwen opbouwen,

praktijkervaring opdoen. Andere factoren die vermeld worden zijn persoonlijke ontwikkeling (assertiviteit, begrip, geduld, omgaan met onzekerheid), communicatie en efficiëntie.

Quote (A7): "Mijn praktijkopleider zei altijd dat het vijf jaar duurt voor je volledig gerodeerd bent. Dat is inderdaad ook zo. Je moet alles eens gezien hebben voor je er goed mee weg kunt. Dat klinkt lang, maar het duurt echt wel even voor je je draai gevonden hebt. Ervaring is heel belangrijk, als je iets een keer gezien hebt ga je het veel sneller herkennen de volgende keer. Die eerste jaren zijn niet zo gemakkelijk. Je moet leren omgaan met onzekerheid en het onderscheid maken tussen iets acuut of iets waarmee je langer kan wachten."

3.2.3. Huisartsgeneeskunde

3.2.3.1. Kenmerken van huisartsgeneeskunde

Huisartsen geven diverse kenmerken aan die typerend zijn voor huisartsgeneeskunde. De meest vermelde eigenschappen zijn de arts-patiëntrelatie, continuïteit (al hoeft deze niet door één arts opgenomen worden), een coördinerende rol hebben en spilfiguur zijn, eerste aanspreekpunt, de holistische benadering, levensloopgeneeskunde, omgaan met onzekerheid en het belang van de vertrouwensband. In onderstaande tabel worden de verschillende kenmerken alfabetisch opgesomd.

Kenmerken	**Aantal keer vermeld**
Acute en chronische zorg	4
Arts-patiënt relatie	8
Besliskunde	2
Brede kennis	1
Continuïteit	6
Coördinator	6
Dicht bij de patiënt staan	4
Eerste aanspreekpunt	7
Empathie	2
Holistische benadering	7
Huisbezoeken	1
Laagdrempelige zorg	5
Levensloopgeneeskunde	9
Met beperkte middelen een diagnose stellen	2
Omgaan met onzekerheid	9
Persoonsgerichte aanpak	5
Preventie	5
Sociale context	4
Spilfiguur	7
Teamplayer	2
Veelzijdigheid	4
Verantwoordelijkheid	3
Vertrouwensband	8
Vrijheid	3

Tabel 3: Kenmerken van huisartsgeneeskunde

Huisartsen vinden het heel belangrijk dat patiënten laagdrempelig bij hen terecht kunnen als eerste aanspreekpunt. Echter gebeurt het nog te vaak dat patiënten de eerste lijn passeren en onmiddellijk de tweede lijn consulteren. Hierdoor komen banale zaken terecht bij de specialist waardoor die minder tijd heeft voor de specialistische problemen en de wachtlijsten oplopen. Huisartsen erkennen de noodzaak tot het promoten van de eerstelijnsgeneeskunde als toegankelijk eerste aanspreekpunt, waarbij de financiële drempel laag blijft. Meerdere huisartsen zijn voorstander van echelonering, die alle patiënten eerst langs de huisarts laat passeren die dan als spilfiguur de zorg verder kan coördineren.
Quote (A10): "Eerste aanspreekpunt past bij laagdrempelig zijn. Ze moeten bij jou terecht kunnen, dat is je eerste lijn. Zowel bij de belangrijke als bij de minder belangrijke punten moet je er zijn. Ook bij de echt acute zaken word jij als eerste gecontacteerd. Dat maakt het heel kenmerkend."

De holistische benadering met aandacht voor alle dimensies en het opvolgen van patiënten over lange termijn zijn twee aspecten die typerend zijn voor huisartsgeneeskunde en die de meeste huisartsen aantrekken om te kiezen voor de discipline. De huisarts die aandacht heeft voor de patiënt in zijn totaliteit staat in schril contrast met de specialist die vaak enkel oog heeft voor één orgaan. Dit zorgt er tevens voor dat de huisarts kijkt naar de patiënt die voor hem/haar zit en een persoonsgerichte benadering biedt.

Quote (A3): "Daarnaast moet je het ook holistisch bekijken en niet binnen één vakje. De samenloop van de patiënt die je al kent met zijn levensverhaal en de familie die je kent. Het ziektegedrag van de patiënt dat je kent, in combinatie met de sociale context."

De unieke arts-patiëntrelatie ontstaat doordat de arts dicht bij de patiënt staat en op de hoogte is van de sociale context. Deze creëert bovendien een vertrouwensband die heel wat artsen zeer typerend vinden voor huisartsgeneeskunde.

Quote (A9): "Je staat heel dicht bij de patiënt en de sociale situatie. Je weet echt zo goed als alles omdat je alle roddels uit de buurt hebt gehoord. Je komt bij de mensen thuis, je weet hoe het daar is. Je weet hoe ze leven en hoe ze omgaan met elkaar. Ze vertellen ook veel meer thuis dan enkel over hun medische zaken."

Een ander belangrijk aspect van de huisartsgeneeskunde is het kunnen omgaan met onzekerheid. Veel huisartsen geven aan dat dit, zeker in de beginjaren, moeilijk is om mee om te gaan. Huisartsen moeten met beperkte middelen tot een diagnose komen, waarbij men zich baseert op de prevalentie en incidentie van ziekte binnen de eerste lijn. De deelnemende huisartsen erkennen dat zij moeten afgaan op hun pluis/niet-pluisgevoel.

Quote (A10): "Er zijn heel veel dingen in de huisartsgeneeskunde, vage klachten, initiële klachten, banale klachten die heel snel naar iets acuut kunnen gaan, waar je met een onzekerheid zit. Het is een mengelmoes van problemen, waarin jij triage moet doen. Pluis en niet-pluisgevoel."

Over de continuïteit in de zorg bestaat verdeeldheid. Sommige artsen vinden dit zeer belangrijk en krijgen hier veel voldoening van terug. Anderen vinden dat de continuïteit van de zorg niet noodzakelijk door één arts moet opgenomen worden. Met de opkomst van groepspraktijken

vinden meer en meer huisartsen dat de zorgcontinuïteit kan gedragen worden door meerdere artsen.

Quote (A3): “Er moet continuïteit zijn van de zorg, maar niet noodzakelijk door één arts. Daarom bestaan er ook groepspraktijken en wachtdiensten.”

Huisartsgeneeskunde behandelt acute en chronische gezondheidsproblemen. Dit hangt samen met het feit dat huisartsen patiënten over een lange periode volgen, de zogezegde levensloopgeneeskunde.

Quote (A10): “Die continuïteit, hangt ook samen met acute en chronische zorg. Het is heel belangrijk om te zien hoe een ziekte evolueert. Iets acuut kan zich ook vormen binnen die chroniciteit en omgekeerd kan iets acuut evolueren naar iets chronisch. Dat zijn allemaal geen statische dingen.

Quote (A15): “Je ziet mensen van bij de geboorte tot het sterven. Je leert ook relaties tussen bepaalde mensen kennen.”

Preventie wordt beschouwd als belangrijk topic binnen de huisartsgeneeskunde. Echter geven meerdere huisartsen toe dat er vaak een gebrek aan tijd is om voldoende aandacht te besteden aan alle preventieve maatregelen bij iedere individuele patiënt. Ze vinden de inbreng van de overheid daarom ook belangrijk en noodzakelijk.

Quote (A11): “Het zou een belangrijke taak van de huisarts moeten zijn. Maar er kruipt veel tijd in en vaak wordt dat in de wind geslaan. Wat tot veel frustratie kan leiden. Misschien moet dat voor een stuk uit onze handen genomen worden door de overheid of andere zorgverleners. Er zijn genoeg huisartsen, maar we zouden beter omkaderd moeten worden.”

3.2.3.2. Keuze voor huisartsgeneeskunde

De redenen waarom men als student heeft gekozen voor huisartsgeneeskunde zijn divers.

De invloed van mensen uit de omgeving, voornamelijk dan de ouders, speelt hierin zeker een rol.

Quote (A14): “Mijn vader zei altijd: “Kijk dit is mijn opvolger”. Ik heb dat dan maar gewoon gedaan, nooit veel bij stil gestaan. Ik was een heel goeie student. Ik ben er eigenlijk in gerold.”

Een andere drijfveer is het hebben van bepaalde rolmodellen zoals een eigen huisarts waar men naar op kijkt.

Quote (A4): “Ik ben geboren in Asper en wij hadden een arts, dr. Diericks, die ook burgemeester was en in alle activiteiten zat. Toen ik een jong ventje was stond mij dat aan. Ik keek op naar hem. Dat leek me leuk, ik wou worden zoals hij. Hij was een voorbeeldfiguur voor mij.”

Negatief staan tegenover het ziekenhuismilieu blijkt ook een belangrijke reden te zijn waarom men kiest voor huisartsgeneeskunde.

Quote (A9): Mocht ik in een ziekenhuis werken, dacht ik, zou ik altijd moeten blijven opboksen tegen mijn collega’s. Ik dacht dat ik me veel meer op mijn gemak zou voelen als ik dicht bij mijn patiënt kan zijn en veel meer mijn eigen ding kan doen, in plaats van te moeten opboksen tegen collega’s die het altijd beter willen doen.”

Een aantal factoren hebben dan weer te maken met de kenmerken van huisartsgeneeskunde, zoals de arts-patiëntrelatie, de holistische kijk op de patiënt, het volgen van patiënten over de jaren heen.

De meest aangehaalde reden was de variatie aan klachten en breedte van het vak.

Quote (A6): "Het leek me een zeer boeiend beroep. De variëteit aan klachten. Ik ben iemand die zich zeer snel vastrijdt op routine. Hele dagen bezig zijn met enkel het oor, de lever, het hart leek me nogal saai. Ik heb elke dag nieuwe uitdagingen nodig en toen ik begon dacht ik dat in de huisartsgeneeskunde het meest aanwezig zou zijn."

Een derde van de deelnemende huisartsen gaf aan dat ze reeds op jonge leeftijd wisten dat ze huisarts wilden worden. De helft gaf aan de keuze gemaakt te hebben tijdens de stageperiodes door de ervaringen die men dan opdoet zowel in ziekenhuismilieu als in de huisartspraktijk. Twee huisartsen waren pas echt overtuigd om voor huisartsgeneeskunde te kiezen tijdens de HAIO-jaren.

3.2.3.3. Evolutie binnen huisartsgeneeskunde

Alle huisartsen erkennen dat er de afgelopen jaren veel veranderd is binnen de huisartsgeneeskunde. De grootste veranderingen deden zich voor op gebied van praktijkorganisatie, met onder andere de komst van de georganiseerde week- en weekendwachten en de huisartsenwachtpost die het aantal wachten doet afnemen.

Quote (A1): "Nu is dat geëvolueerd sinds de week- en weekendwacht. Ik hou me daar ook aan. Elke avond zet ik mijn antwoordapparaat aan op het moment dat ik gedaan heb en in het weekend ook. Ik probeer mijn beroep zo goed mogelijk te doen, maar dan wel tijdens de uren dat ik het wil."

Meer en meer huisartspraktijken nemen ook een secretaresse aan om te helpen bij de triage van de vele telefoons, om afspraken vast te leggen en om te ondersteunen bij de administratieve taken.

Quote (A1): "Samen met de secretaresse zal het ook mogelijk zijn om zich beter te organiseren. Ik ben het beu om constant gestoord te worden door de telefoons."

Huisartsen werken bovendien steeds vaker in een samenwerkingsverband.

Quote (A4): "Ik vind dat de samenwerking tussen artsen een positieve evolutie is. Je kan een casus bespreken met elkaar zodat je samen oplossingen kan zoeken. Je hebt meer vrije tijd. Je staat er niet meer alleen voor."

Dit alles zorgt ervoor dat de werkdruk verlaagd kan worden. Ondanks de vereenvoudiging door de digitalisering, blijven er te veel administratieve taken die moeten gebeuren naast het patiëntencontact.

Quote (A7): "Alles rond administratie is al veel verbeterd. Het mag nog minder zijn. Alle attesten die digitaal zijn. Dat is een verbetering. Dat heeft ook een keerzijde. Je bent heel veel bezig met alles van papierwerk. Het gaat wel efficiënter dan enkele jaren geleden. Dat is volgens mij de grootste evolutie die ik nu al merk.

3.2.3.4. Verbeteringspunten binnen huisartsgeneeskunde

Bij het navragen van de verbeteringspunten die volgens de deelnemende huisartsen aangepakt zouden moeten worden opdat de rol als huisarts nog beter zou kunnen beoefend worden, komen verschillende zaken aan bod. De onderstaande tabel vermeldt alle opgesomde verbeteringspunten die huisartsen aanhalen tijdens het interview.

Verbeteringspunten	**Aantal keer vermeld**
Administratieve last	4
Echelonering	6
Financiering	2
Ondersteuning van eerstelijnsmedewerkers	2
Opleiding	1
Opwaardering van huisartsgeneeskunde	1
Organisatie	3
Sensibilisering	1
Terugbetalingscriteria	2
The bigger picture in acht nemen	5
Up to date houden van medische kennis	2

Tabel 4: Verbeteringspunten binnen de huisartsgeneeskunde

Het meest aangehaalde punt is de echelonering waardoor betere doorverwijzing kan plaatsvinden en er minder nodeloze onderzoeken moeten uitgevoerd worden.

Quote (A11): "Getrapte verwijzing moet er misschien wel komen zodat de huisarts een poortfunctie krijgt. Het zou zeker kostenbesparend zijn voor de overheid."

Quote (A6): "Ik zou het ook niet meer toelaten dat er aan medisch shoppen kan gedaan worden, dat onderzoeken verschillende malen gebeuren, nutteloze bloedonderzoeken. Als jij dit wilt als patiënt, dan moet je het zelf betalen. Ik zou snoeien in het uitvoeren van nutteloze onderzoeken die eigenlijk overbodig zijn."

Daarnaast ijveren ze voor het verder inperken van de administratieve last.

Quote (A11): "Er zou ook een heel pak attesten moeten verdwijnen. Een simpel afwezigheidsattest moet voor sommige beroepen anders zijn. Attesten voor leger en politie. Aparte vormen van geneeskunde, dat kan gewoon niet. Bf-attesten, eigenlijk moet dat allemaal niet. Je moet het natuurlijk wel correct voorschrijven."

3.2.4. Identiteitsdissonantie

3.2.4.1. Moeilijke aspecten

Wanneer we huisartsen vragen naar de moeilijke aspecten van het beroep komen een aantal onderwerpen aan bod. De meeste artsen hebben het zwaar met de scheiding tussen werk en privé. Dit hangt samen met de vraag om continu beschikbaar te zijn.

Quote (A15): “Het feit dat mensen je kennen. Ik woon waar ik werk. Ik zeg wel dat je je werk en privé goed gescheiden moet houden. Maar je komt dan je patiënten elders tegen en dan gaan ze toch medische vragen stellen.”

Quote (A7): “Afbakenen. In het begin lukt dat heel goed, maar na verloop van tijd niet meer. Het loopt ook allemaal in mekaar door. Je woont waar je werkt. Ook met de school van de kinderen en die vriendjes komen dan bij jou spelen en dan plots zitten ze voor jou als patiënt. Ik vind het moeilijk om altijd te switchen tussen verschillende rollen en af te bakenen. Dat is ook een beetje wie je bent als persoon.”

Het afbakenen van grenzen en het omgaan met eisende patiënten is eveneens een struikelblok voor een aantal artsen.

Quote (A3): “Nee kunnen zeggen. Je wil de mensen helpen, maar je bent ook geen winkel. Ze zijn geen cliënten maar patiënten. Soms is jouw agenda toch anders dan wat de patiënt van jou verwacht. Soms komen mensen ook bij jou met niet dringende klachten, maar zijn ze toch heel opdringerig.

Daarnaast blijft het omgaan met onzekerheid een struikelblok, net zoals omgaan met eigen emoties. Hoewel men dit beter leert plaatsen doorheen de jaren, blijft het een belangrijke eigenschap van het beroep.

Quote (A6): “Omgaan met onzekerheid, dat wordt beter met de jaren. Je moet beseffen dat je als huisarts niet alles kan weten en je moet dat ook durven toegeven aan de patiënt. Geneeskunde is geen kookboek, niet alles is uit de boeken te halen. Niet alles is een perfect schoolvoorbeeld en soms weten we het ook gewoon niet.”

Quote (A10): “Het moeilijkste vind ik de psyche. Fysiek is huisarts geen zware job, maar naar de psyche durft dat wel eens zwaar te zijn. Het blijft ook een eenzame job, dat durf ik ook wel zeggen. Je ziet veel mensen, maar het is altijd binnen dat professioneel kader waardoor je met je eigen gevoel achter blijft. Dat wordt ook niet zo gehoord. Het beroepsgeheim maakt het nog moeilijker, als je al eens een verhaal wilt vertellen. Hoe ga je daar mee om? Dat lukt nu wel, maar dat kan soms toch wel lastig zijn. Zeker als het dan nog eens een drukke praktijk is waarbij je enkele zware gevallen na elkaar hebt en die zich opstapelen en waarbij je geen tijd hebt om ze weg te werken.”

3.2.4.2. Onderschatte aspecten

Zaken die men het meest onderschat heeft als student, zijn de werkdruk en de verantwoordelijkheid. Het besef bestaat wel dat de werkdruk hoog zal zijn, maar dit is zeer moeilijk in te schatten zolang men niet in het veld staat. Als stagiair wordt er vaak niet bij stilgestaan wat er naast de consultaties bijkomt, zoals bijvoorbeeld de administratieve taken.

Quote (A1): "In het eerste jaar als arts dacht ik: het zijn toch echt lange dagen. Van 's morgens vroeg tot 's avonds laat. Van 8u tot 20-21u 's avonds. Geen wachtdiensten. Zaterdag ook nog tot ongeveer 14u. Dat is toch wel zwaar."

Quote (A12): "Als student kan je niet inschatten wat huisartsgeneeskunde is. Je doet op stages ook enkel huisbezoeken of raadplegingen, maar alle andere zaken zie je niet zoals administratie en resultaten doorgeven aan patiënten."

Enkele huisartsen geven aan dat dit onvoldoende aan bod komt in de opleiding.

Quote (A15): "Al de administratie en boekhouding. We hebben daar in ons artsenopleiding niets over gezien, niets van boekhouding. Plots sta je daar dan als je bent afgestudeerd en moet je alles bijhouden en aan denken en systemen in vinden. Dat heeft je nooit iemand uitgelegd en dat is wel iets wat ik zwaar onderschat heb!"

De grote verantwoordelijkheid die men heeft als huisarts is, wordt eveneens zwaar onderschat. Men weet pas wat die verantwoordelijkheid precies inhoudt en met welke stress die gepaard gaat wanneer men in de praktijk staat.

Quote (A13): "De verantwoordelijkheid. Daar heb ik in het begin veel moeite mee gehad. Het gaat soms over leven of dood. Iemand in een acuut longoedeem. Jij moet het doen, inspuitingen geven, doorverwijzen en ziekenhuis opbellen. Ik vind dat moeilijk, maar achteraf haal je er wel voldoening uit als je merkt dat je het juiste gedaan hebt."

Quote (A8): "Ik heb de verantwoordelijkheid onderschat. Ik lig vaak in mijn bed en denkt: "Wat moet ik daarmee doen? Wat zou die hebben?"

3.2.4.3. Voldoening

De meeste voldoening halen huisartsen uit de positieve feedback van patiënten. Het gevoel hebben dat mensen tevreden zijn en waardering tonen, is zeer belangrijk.

Quote (A15): "Als een patiënten je oprecht dankjewel komen zeggen. Of als je veel tijd hebt gestoken in een patiënt en als die patiënt dan gewoon nog eens een afspraak maakt om te komen zeggen dat het nu veel beter gaat."

Het effectief helpen van mensen schenkt eveneens voldoening.

Quote (A6): "Als ik weet aan het einde van de dag dat ik mensen geholpen heb, dat ik problemen opgelost heb. Dan ga ik goed gaan slapen."

Andere zaken zijn correcte diagnostiek, aangename samenwerking met collega's, positieve reacties van specialisten en een mooie verloning.

3.2.4.4. Stoppen als huisarts

Ondanks de moeilijke en veeleisende aspecten van het huisartsenberoep blijkt toch dat huisartsen niet gauw denken aan stoppen. Mochten de deelnemende huisartsen toch denken aan stoppen dan zou dit voornamelijk te maken hebben met persoonlijke beweegredenen zoals gezondheidsproblemen bij zichzelf of de kinderen.

Quote (A6): "Ja, ik heb al een paar keer gedacht aan stoppen, maar dan voornamelijk omwille van gezondheidsproblemen en niet omdat ik het niet meer met genoeg passie doe."

Als het gaat over werkgerelateerde zaken liggen de administratieve last, de hoge werkdruk en het mislukken van een samenwerking waardoor men gedemotiveerd geraakt aan de basis van het stoppen als huisarts.

Quote (A15): "Ik heb wel een vriendin die recent gestopt is. Zij heeft zo malchance gehad om in een omgeving terecht te komen waar je collega's veel meer van je verwachten dan wat je zelf kan bieden. Zij heeft niet de courage gehad om op tafel te kloppen en haar eigen identiteit te gaan zoeken en te gaan bewaken. Zij is even lang bezig als ik en al gestopt omdat ze een volledige degout heeft gekregen.

3.3. Discussie

3.3.1. Professionele identiteit versus huisartsidentiteit

Wanneer gevraagd wordt wat professionele identiteit inhoudt voor de desbetreffende huisarts, weten de meesten niet goed wat bedoeld wordt. Vooral bij de oudere artsen is deze materie nooit aan bod gekomen gedurende de opleiding. Vaak wordt finaal een beschrijving gegeven over de huisartsidentiteit, eerder dan over de professionele identiteit.

Uit de interviews blijkt dus dat huisartsen professionele identiteit en huisartsidentiteit niet van elkaar kunnen loskoppelen. Vermoedelijk komt dit door het feit dat het grootste deel van de huisartsen intussen reeds enkele tot tientallen jaren in het vak staat, waardoor ze zich professioneel volledig identificeren als huisarts. Zij hebben alle stappen van de professionele identiteitsontwikkeling doorlopen en ze 'denken, doen en voelen als een arts'. Ze hebben met andere woorden het stadium 'is', het laatste stadium uit de piramide van Miller bereikt(15).

Huisartsen benoemen de professionele identiteit als huisarts op drie manieren. Ze spreken ten eerste over professionaliteit en professioneel gedrag. Tijdens de beroepsuitoefening zijn de waarden en normen eigen aan het beroep van toepassing(1,3). Ten tweede wordt bij professionele identiteit als huisarts nagedacht over wie men wil zijn als huisarts en hoe men zichzelf wenst te profileren. Dit past binnen de definitie van identiteit zoals beschreven in de literatuur(8). Een laatste topic is de scheiding tussen werk en privé. Het valt op dat er verdeeldheid bestaat over welke positie de huisartsidentiteit mag innemen. Het blijkt belangrijk te zijn om alle stadia van de professionele identiteitsvorming te hebben doorlopen, zoals voorgesteld volgens de piramide van Miller(15). Echter vindt niet elke arts dat die professionele identiteit geïntegreerd moet worden in de persoonlijke identiteit. De meerderheid van de huisartsen vindt het belangrijk om beide identiteiten van elkaar te scheiden. Ze zijn huisarts, maar daarnaast zijn ze nog veel meer. Dit stemt overeen met het idee dat mensen meerdere identiteiten kunnen hebben zowel de persoonlijke versus de professionele identiteit, als verschillende professionele identiteiten onderling (bijvoorbeeld arts en opleider)(2,8). Vermoedelijk heeft dit ook te maken met de vervrouwelijking van het beroep. Op 31/12/2018 bestond, volgens de statistieken van volksgezondheid, namelijk de groep huisartsen jonger dan 40 jaar voor 75% uit vrouwen(23). Ondanks de toenemende gendergelijkheid in huishoudelijke taken, blijken vrouwen nog steeds het grootste deel van het huishouden en de zorg voor de kinderen op zich te nemen. Dit zorgt ervoor dat zij vaak niet de mogelijkheid hebben om enkel gericht te zijn op hun carrière zoals hun mannelijke collega's in het verleden, waardoor de huisartsidentiteit minder boven andere identiteiten wordt gesteld.

Anderzijds zijn er enkele huisartsen die zeggen dat ze beide niet meer kunnen loskoppelen van elkaar, dat hun professionele identiteit volledig verweven is met hun persoonlijke identiteit. Dit wordt voornamelijk aangehaald door huisartsen met tientallen jaren ervaring.

Desondanks blijkt dat meer en meer jonge huisartsen bewust hun persoonlijke en professionele identiteit wensen te scheiden. Niet alleen omwille van de tijd die ze op die manier vrij maken voor hun persoonlijk leven, maar ook omdat dit is hoe zij zichzelf hun rol als huisarts zien opnemen en hoe zij zichzelf wensen te profileren als huisarts. We zouden dus kunnen zeggen dat het min of meer een bewuste keuze van de huisarts is op welke manier deze identiteiten ingevuld worden en in hoeverre deze overlappen. Uit het onderzoek van mijn collega, Eline Daelemans, blijkt dat studenten zich zorgen maken over het feit of men die huisartsidentiteit

voldoende laat integreren in de persoonlijke identiteit. Echter blijkt dat die zorgen niet nodig zijn en dat deze beide los van elkaar kunnen bestaan zonder dat dit invloed heeft op het al dan niet een 'goede huisarts' zijn.

3.3.2. Beïnvloedende factoren

De geïnterviewde artsen erkennen dat er zeer veel factoren een invloed hebben op de ontwikkeling van de professionele identiteit. Tijdens de studentenjaren zijn vooral persoonlijke identiteitsontwikkeling, levenservaring, stages en invloed van personen uit de omgeving van belang. Eenmaal men praktijkervaring opdoet treden andere factoren naar de voorgrond, zoals contact met collega's, het gezondheidszorgsysteem en de werkomstandigheden. In welke mate bepaalde factoren doorwegen evolueert mee met de stadia waarin de (toekomstige) arts zich op professioneel vlak bevindt. Hoe verder men staat en hoe competenter men is, hoe meer of minder bepaalde zaken zullen doorwegen(11).

Vanaf de geboorte start de identiteitsvorming. Erikson beschrijft acht verschillende stadia van ontwikkeling(10). Eenmaal een student de opleiding geneeskunde start is de identiteit gedeeltelijk gevormd op basis van *nature* en *nurture*(11). Dit stemt overeen met fase 5 van de ontwikkelingstheorie van Erikson(10). Onder andere op basis van deze voorlopige identiteit wordt de professionele identiteit verder opgebouwd. Uit de literatuur blijkt dat zowel *nature* als *nurture* een invloed hebben op de professionele identiteitsontwikkeling. *Nature* houdt in genetica, geslacht, ras en persoonlijke karaktereigenschappen. *Nurture* wordt beïnvloed door de eigen levenservaringen, cultuur, religie, socio-economische status, opleiding en seksuele geaardheid(11). Uit de interviews blijkt dat niet alle huisartsen even overtuigd zijn van elke factor van *nature* en *nurture*. Huisartsen achten persoonlijke levenservaringen en opvoeding als het meest belangrijke. Religie en seksuele geaardheid worden niet vernoemd. Maar globaal kan er wel gezegd worden dat een combinatie van *nature* en *nurture* een invloed heeft op de professionele identiteitsontwikkeling. In welke mate elke factor doorweegt, lijkt individueel verschillend te zijn.

Vanaf het moment dat men de opleiding aanvat, treedt het proces van socialisatie naar de voorgrond. Uit de literatuur wordt het belang van rolmodellen en mentoren in het proces van socialisatie onderstreept. Rolmodellen en mentoren geven bewust kennis door aan de hand van observatie, imitatie en oefening. Onbewust worden patronen van gedrag doorgegeven(11). De geïnterviewde huisartsen erkennen dat de invloed van stagementoren een belangrijke rol heeft gespeeld tijdens de studentenjaren. Mochten stagementoren zich negatief geuit hebben ten opzichte van de keuze voor huisartsgeneeskunde, zou dit de identiteitsvorming tot huisarts in de weg hebben kunnen staan.

De sociale leertheorie van Bandura en Walter sluit hierbij aan. Deze stelt dat nieuw gedrag kan verworven worden door anderen te observeren en na te bootsen. Leren is een cognitief proces dat plaatsvindt in een sociale context en kan gebeuren door observatie of directe instructie. De socioculturele theorie van Lev Vygotsky treedt hierin bij en acht interactie met mentoren en later collega's als een effectieve manier om vaardigheden en strategieën te ontwikkelen om met bepaalde situaties om te kunnen gaan(10).

De geïnterviewde huisartsen erkennen dat de opleiding en de huisartsgerelateerde lessen zeer waardevol zijn in de ontwikkeling tot huisarts. Doch de belangrijkste beïnvloedende factor

gedurende de opleiding, naast de rolmodellen en mentoren, zouden de gevolgde stages zijn. Door middel van stages kan de opgedane theoretische kennis omgezet worden in de praktijk. Bovendien bieden de stages een realistisch beeld van de praktijk, hoewel de sfeer op de stageplek en stagementoren de meest bepalende factoren zijn in het al dan niet goed voelen gedurende een stage. In de literatuur wordt bevestigd dat via het curriculum geneeskundestudenten leren over de geschreven en ongeschreven beleidsregels, over hiërarchische verhoudingen en over ethische kwesties(14). Binnen het proces van socialisatie blijken werkplekleren, stages en advies van mentoren van onschatbare waarde te zijn(7).

Familie en vrienden zijn belangrijke personen in iemands leven waardoor ze een impact hebben op de professionele identiteitsvorming(11). Volgens de geïnterviewde huisartsen hebben personen uit de nabije omgeving zoals ouders of grootouders een zekere invloed op de professionele identiteitsontwikkeling. Deze bevinding sluit aan bij de literatuur waaruit blijkt dat steun en opbouwende kritiek van familieleden een positieve invloed hebben op de ontwikkeling. Tegenkanting leidt dan weer tot meer onzekerheid over het eigen functioneren(7,11,14). Bovendien valt op dat jongere huisartsen de invloed van de ouders als zeer belangrijk beschouwen, terwijl huisartsen met meerdere jaren ervaring dit niet in dezelfde mate benoemen. Mogelijks komt dit door het feit dat het bij hen langer geleden is dat zij dit proces hebben doorgemaakt. Zij hebben zich reeds meerdere jaren volkomen geïdentificeerd met het huisartsenberoep, waardoor ze weinig tot geen onzekerheid meer voelen over hun huisartsidentiteit. Hieromtrent wordt in de literatuur geen uitspraak gedaan.

Een andere factor die een invloed heeft volgens de literatuur zijn naast vroegere ervaringen, rolmodellen en sociale verwachtingen ontmoetingen met patiënten. Geneeskundestudenten moeten leren van patiëntencontacten en belangrijke leermomenten. Ze moeten ervaring opdoen en zich professioneel leren gedragen in het bijzijn van patiënten door empathie te tonen maar ook efficiënt te zijn in hun handelen(14). De geïnterviewde huisartsen erkennen dat patiënten een zeer belangrijke invloed hebben op de professionele ontwikkeling. Positieve reacties van patiënten sterken huisartsen in hun medisch handelen en bevestigen het gevoel van arts te zijn. Gunstige ervaringen van patiënten op een ingesteld beleid sterken de huisarts om in de toekomst een bepaald probleem op eenzelfde manier aan te pakken.

Eenmaal men afgestudeerd is en verdere praktijkervaring opdoet, blijkt dat het gezondheidszorgsysteem meer en meer invloed heeft op de professionele identiteit(11). De ondervraagde huisartsen zijn globaal tevreden over de gezondheidszorg in België, aangezien deze zeer toegankelijk en bereikbaar is. De eerstelijnszorg is op zich goed uitgebouwd. De positie die huisartsen bekleden binnen het gezondheidszorgsysteem beïnvloedt de manier van werken. De geïnterviewde huisartsen ervaren dat de eerste lijn vaak te snel gepasseerd wordt. Hierdoor wordt de ingesteldheid en de manier van werken beïnvloed. Uit idealistische overwegingen proberen ze zelf hun plaats op te eisen binnen het gezondheidszorgsysteem.

Onder het moto van levenslang leren dragen bijscholingen en opleidingen bij tot het verfijnen van de professionele identiteit. Naast het gezondheidszorgsysteem blijken collega-(huis)artsen en andere zorgverleners een belangrijke rol te spelen binnen de verdere evolutie van de professionele identiteit(11). Het proces van socialisatie versterkt zichzelf met toenemende competentie, aangezien dit leidt tot een toenemende zelfzekerheid(7).

3.3.3. Ontwikkeling van de professionele identiteit

De geïnterviewde huisartsen geven drie verschillende momenten aan waarop ze zich echt huisarts voelden, namelijk tijdens de stages, tijdens de HAIO-periode en na het afstuderen. Dit moment heeft te maken met de verantwoordelijkheid die ze mogen ervaren op dat moment en het gevoel alle aspecten van de huisartsgeneeskunde onder de knie te hebben.

Dit past binnen de bevindingen van de studie van Holden et al. In deze studie worden drie stadia van professionele identiteitsontwikkeling beschreven. Deze stadia worden niet gedefinieerd door tijd, maar door de mate van inzet en verantwoordelijkheidsgevoel. In de laatste fase is de professionele identiteit volledig ontwikkeld. Dit heeft te maken met het verantwoordelijkheidsgevoel dat men ten volle erkent en het besef van de ernst van de functie(10). Dit sluit bovendien aan bij de theorie van Miller waarbij men in het hoogste stadium 'denkt, doet en voelt als een arts'. Dit stadium wordt bereikt aan het einde van de professionele identiteitsontwikkeling(15). De socioloog Robert Merton formuleert het finaliseren van de professionele identiteit als volgt. Wanneer een arts de medische opleiding vervolledigt, wordt verwacht dat hij niet alleen klinisch competent is om de geneeskunde te kunnen praktiseren, maar ook voldoet aan de waarden en normen die verwacht worden van een medisch professional(11).

De huisartsen die deelnamen aan de studie erkennen dit ook. Ze voelen zich namelijk echt huisarts op het moment dat patiënten voor hen kiezen en dat ze zich gerespecteerd voelen door patiënten. Op dat moment ervaren huisartsen dat ze voldoen aan de verwachtingen van de patiënten. Van een arts wordt verwacht dat die zich houdt aan bepaalde normen die door het beroep worden opgelegd. Men staat onder druk om te voldoen aan de identiteit die gevormd wordt door de culturele en maatschappelijke normen binnen de medische wereld(9).

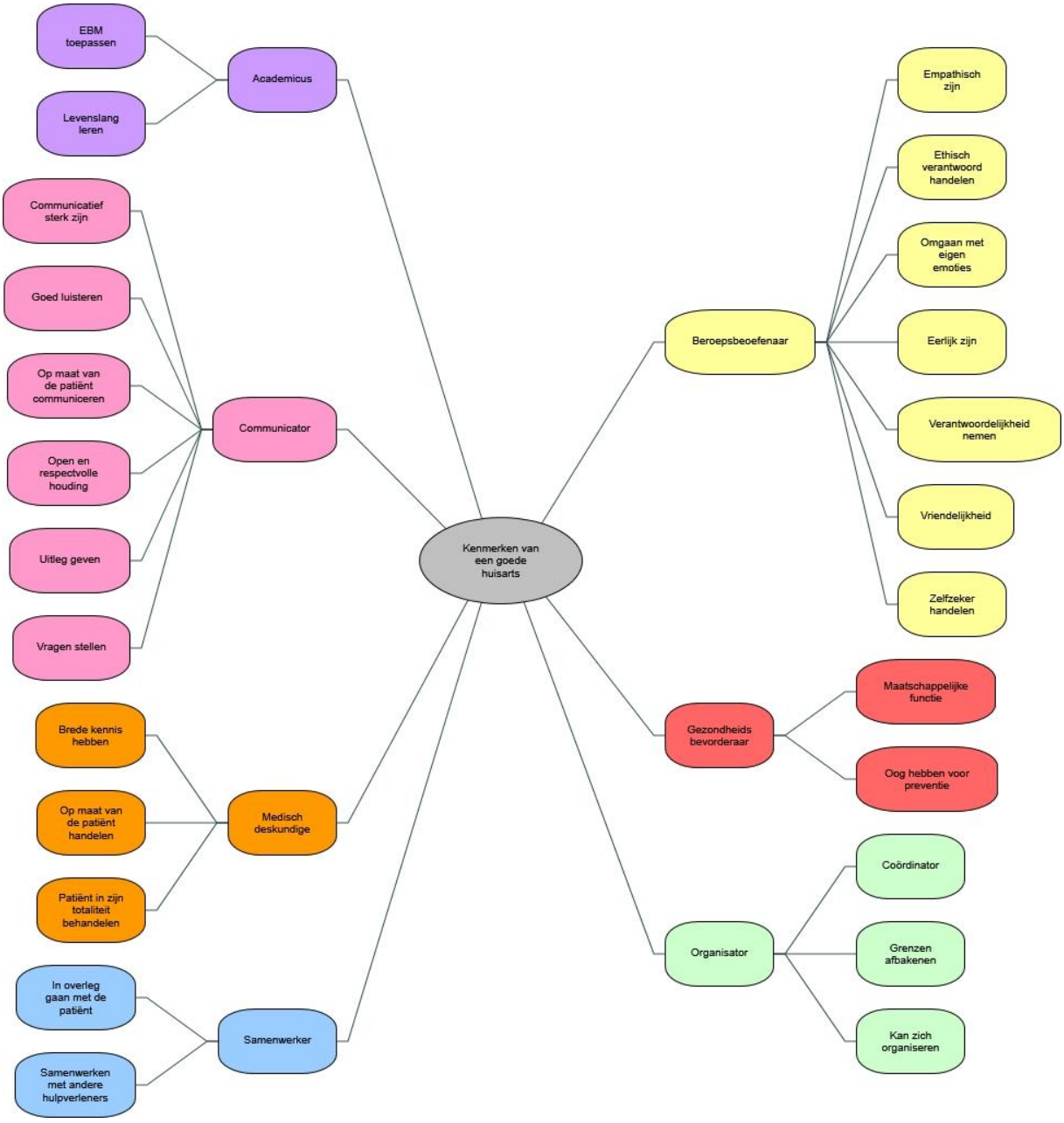
De geïnterviewde huisartsen zelf bevestigen dat ze ook na het afstuderen verder groeien als huisarts. Dit heeft voornamelijk te maken met het verder verwerven van praktijkervaring en nog beter leren omgaan met verschillende medische situaties. Daarnaast wordt de verdere evolutie van de huisartsidentiteit beïnvloed door de toenemende verantwoordelijkheid en het nemen van eigen beslissingen.

3.3.4. Kenmerken van 'een goede huisarts'

De kenmerken van 'een goede huisarts' aangehaald door de deelnemende huisartsen komen in grote mate overeen met de CanMEDS-rollen(5). Eén jonge huisarts verwoordt het zelfs letterlijk.

Quote (A13): "We moeten al die taken van de CanMEDS-rollen ter harte nemen en alles in teken van de patiënt zetten. Preventie, gezondheidsbevordering, organisatie, communicatie… Ik weet nog dat ik dat tijdens mijn studies zever vond, maar het is inderdaad zo dat we heel veel van die taken op ons nemen."

In onderstaande mindmap (mindmap 1) zijn de verschillende rollen visueel voorgesteld. Aan elke rol zijn de door de geïnterviewde huisartsen vermelde topics gekoppeld. Het is opvallend dat deze kenmerken overeenstemmen met de CanMEDS-rollen, want als we huisartsen vragen naar hun kennis over het CanMEDS-model, is dit theoretisch kader enkel bij de jonge generatie gekend vanuit de opleiding.



Mindmap 1: De kenmerken van een "goede" huisarts

Holden et al. formuleert de kerneigenschappen die elke arts zou moeten bezitten als volgt. Artsen zouden flexibel, altruïstisch, nieuwsgierig, empathisch, ethisch correct, eerlijk, reflecterend, verantwoordelijk, zelfbewust en betrouwbaar moeten zijn(10). Volgens Wong et al. kenmerkt een 'goede huisarts' zich onder andere door professionaliteit, zelfbewustzijn, communicatievaardigheden, moreel redeneren, empathie, compassie, rechtvaardigheid en waardigheid(14). Deze kenmerken worden rechtstreeks of onrechtstreeks bevestigd tijdens de interviews en zijn terug te vinden in het CanMEDS-model(5).

3.3.5. Beoordeling van de professionele identiteitsvorming

Het blijkt bijgevolg dat de CanMEDS-rollen een goede maatstaaf zijn om te evalueren in welke mate studenten bepaalde competenties verworven hebben. Binnen de opleiding huisartsgeneeskunde worden deze rollen reeds gebruikt. In 2013 werd door de faculteiten geneeskunde een leerresultatenkader voor de medische opleiding opgesteld. Dit kader sluit aan bij de CanMEDS-rollen vanuit internationale en Europese invalshoek en bij de internationale standaarden van de World Federation for Medical Education. De eindtermen werden uitgeschreven op basis van de zeven rollen van het CanMEDS-model. Er wordt een duidelijk verschil opgemerkt tussen de competenties op bachelor- en masterniveau. In de masterjaren moeten de competenties in praktijk uitgevoerd kunnen worden, terwijl in de bachelorjaren deze competenties enkel gekend en toegelicht moeten worden(1,5,19).

Tijdens de HAIO-jaren gebeurt zelfreflectie op basis van het CanMEDS-model en beoordelingen stoelen vaak op dit concept, zoals het mondeling examen in het laatste jaar. Aangezien de geïnterviewde huisartsen onrechtstreeks erkennen dat een 'goede huisarts' de CanMEDS-rollen onder de knie moet hebben, zou het nuttig kunnen zijn om het gebruik van dit theoretisch kader nog verder uit te breiden zowel in de basisopleiding als tijdens vervolgopleidingen. Het lijkt zinvol om gedurende de stagejaren studenten te beoordelen op basis van de CanMEDS-rollen en hen feedback te geven wat betreft de competenties die verder moeten getraind worden. Op die manier krijgen studenten duidelijke feedback en hebben ze een houvast om bepaalde zaken te verbeteren(1).

3.3.6. Kenmerken van huisartsgeneeskunde

De lijst van kenmerken eigen aan huisartsgeneeskunde die de deelnemende huisartsen aanhalen komt in grote mate overeen met de WONCA-definitie van huisartsgeneeskunde. Wanneer ik hen hiermee confronteer door de kenmerken opgenomen door WONCA Europe te overlopen, erkennen huisartsen effectief dat het een correcte omschrijving is van wat de discipline huisartsgeneeskunde inhoudt(4).

De omschrijving van de huisartsgeneeskunde door de geïnterviewde huisartsen koppel ik hieronder aan de specifieke kenmerken geformuleerd door WONCA Europe.

Als eerste aanspreekpunt biedt de huisarts laagdrempelige zorg aan.

> *De huisartsgeneeskunde is normaliter het eerste medische aanspreekpunt binnen het gezondheidszorgsysteem met een vrije en onbegrensde toegang voor haar gebruikers en biedt een eerste opvang voor alle gezondheidsproblemen ongeacht leeftijd, sekse of enig andere eigenschap van de persoon in kwestie*(4).

Daarnaast fungeert de huisarts als spilfiguur en vertrouwenspersoon. De patiënt moet bij elke zorgvraag bij de huisarts terecht kunnen die de patiënt dan zo nodig doorverwijst naar de juiste zorgverlener.

> *Zij stimuleert efficiënt gebruik van de financiële middelen voor de gezondheidszorg door de zorg te coördineren, door met de andere professionals in de eerste lijn samen te werken, door in de relatie met andere specialismen een spilfunctie te vervullen en daarbij, waar nodig, de rol van vertrouwenspersoon voor de patiënt op zich te nemen*(4).

De huisarts benadert de patiënt op een persoonsgerichte manier en bekijkt per patiënt wat de meest wenselijke zorg is. Dit is mogelijk door aandacht te hebben voor de sociale context van de patiënt, waarbij de financiële aspecten en mentale draagkracht niet uit het oog verloren worden.

> *Zij hanteert een persoonsgerichte benadering, gericht op het individu, zijn/haar familie en de leefomgeving*(4).

Het betekent dus dat de huisarts een patiënt op een holistische manier moet benaderen met aandacht voor fysieke en mentale klachten en dit te plaatsen binnen de sociale situatie.

> *Zij benadert gezondheidsproblemen met al hun fysieke, psychische, sociale en culturele dimensies, inclusief de manier waarop mensen zin geven aan leven, ziekte en overlijden*(4).

Dit is mogelijk doordat de huisarts dicht bij de patiënt staat en diens achtergrond goed kent.
De consultvoering is gebaseerd op een langetermijnsrelatie waarbij de huisarts de patiënt gewoonlijk zeer goed kent waardoor de unieke arts-patiënt relatie ontstaat.

> *Zij maakt gebruik van een unieke consultvoering, gericht op de opbouw van een langdurige relatie dankzij een effectieve arts-patiëntcommunicatie*(4).

De continuïteit van de zorg moet verzekerd worden, maar hoeft niet noodzakelijk door één arts verzorgd worden.

> *Zij garandeert continuïteit van zorg gedurende de gehele levensloop, aansluitend bij de behoeften van de patiënt*(4).

Daarnaast vereist huisartsgeneeskunde een brede kennis en staat huisartsgeneeskunde gekend om de veelzijdigheid. Patiënten presenteren zich vaak met aandoeningen in een vroeg stadium. De diagnose stellen met beperkte middelen is op dat moment een zeer belangrijke vaardigheid.

> *Zij behandelt aandoeningen die zich op een ongedifferentieerde manier in een vroeg stadium van hun ontwikkeling presenteren en die directe interventie kunnen vereisen*(4).

De huisartsgeneeskunde is een klinisch specialisme gericht op eerstelijnszorg. Zowel acute als chronische gezondheidsproblemen behoren tot het werkgebied van de huisarts.

> *Zij pakt zowel acute als chronische gezondheidsproblemen aan van individuele patiënten*(4).

Een huisarts moet kunnen omgaan met onzekerheid, aangezien dit een typisch kenmerk is van de huisartsgeneeskunde. Dit aspect wordt door menig huisartsen als uitermate moeilijk ervaren, gezien het binnen de huisartsgeneeskunde onmogelijk is om elke pathologie met 100% zekerheid vast te stellen. Huisartsen erkennen dat een andere besliskunde wordt gehanteerd dan in het ziekenhuismilieu.

> *Zij past eigen besliskundige procedures toe op geleide van prevalentie en incidentie van ziekten in de bevolking*(4).

Preventieve geneeskunde behoort tot het werkgebied van de huisarts. Echter achten de meeste huisartsen het van groot belang dat de overheid mee de verantwoordelijkheid hieromtrent draagt om de bevolking te sensibiliseren over preventieve onderzoeken.

> *Zij bevordert gezondheid en welzijn door zowel adequate als effectieve interventies.*
> *Zij heeft een specifieke verantwoordelijkheid voor de gezondheid van de gemeenschap*(4).

3.3.7. Keuze voor huisartsgeneeskunde

Deze kenmerken van huisartsgeneeskunde bepalen in zekere mate mee de keuze voor huisartsgeneeskunde. Onder meer de langdurige opvolging van patiënten, de unieke arts-patiënt relatie en de holistische benadering van de patiënt zijn de belangrijkste aspecten voor de geïnterviewde huisartsen om voor huisartsgeneeskunde te kiezen. Deze aspecten zijn typisch voor de discipline en maken het onderscheid met specialistische disciplines. Deze argumentatie staat in schril contrast met de resultaten uit de studie van Rodriguez waar studenten geneeskunde een gebrek aan waardering uiten ten opzichte van de huisartsgeneeskunde(21). Huisartsen die deelnamen aan mijn studie erkennen de grote administratieve werklast, maar vinden niet dat huisartsgeneeskunde eentonig is of enkel triage inhoudt, in tegenstelling tot de Spaanse studenten uit de studie van Rodriguez. Uit deze studie blijkt echter ook dat het lopen van een goede huisartsstage leidt tot het vormen van een correct beeld over de discipline en het idee over huisartsgeneeskunde kan bijsturen(21). Dit sluit aan bij de mening van de geïnterviewde huisartsen over de rol van de stages tijdens de opleiding.

3.3.8. Werkpunten binnen de huisartsgeneeskunde

Echter melden de geïnterviewde huisartsen dat er binnen de huisartsgeneeskunde enkele verbeteringspunten zijn die zouden kunnen leiden tot een betere gezondheidszorg en die het beroep aantrekkelijker zouden kunnen maken. Deze verbeteringspunten sluiten aan bij de Quadruple Aim(22).

Meerdere huisartsen die deelnamen aan mijn studie wensen dat de huisartsgeneeskunde op de eerste plaats komt door het doorvoeren van de echelonering. Op die manier zou de zorg voor de patiënt geoptimaliseerd kunnen worden. Eerstelijnsproblematiek kan in eigen beheer gehouden worden. Indien doorverwijzing wenselijk is, kan dit gecoördineerd worden door de huisarts. Dit past bij het eerste punt van de Quadruple Aim, namelijk het verbeteren van de zorg ervaren door de patiënt(22).

Daarnaast zou het voorgaande ook zorgen voor minder nodeloze onderzoeken en minder adviezen bij specialisten waardoor er meer geld zou vrij komen voor noodzakelijke kosten. Hiermee komen we terecht bij het tweede punt van de Quadruple Aim, namelijk het drukken van de gezondheidszorgkosten(22).

Verder pleiten de huisartsen die deelgenomen hebben aan mijn studie voor voldoende aandacht voor de maatschappelijke belangen en de gezondheidstoestand op bevolkingsniveau. Dit kan door meer aandacht te besteden aan preventie door middel van sensibilisering. Dit leidt ons tot punt drie: het verbeteren van de gezondheidszorg op populatieniveau(22).

Het laatste belangrijke werkpunt zijn de werkomstandigheden van de arts. Ondanks dat de geïnterviewde huisartsen er geen expliciet werkpunt van maken, voel ik wel aan dat huisartsen

vragende partij zijn om de werkomstandigheden verder te verlichten. Dit schemert door in de bevraagde moeilijke aspecten van het huisarts-zijn. Benoemde aspecten zijn de scheiding tussen werk en privé, de continue beschikbaarheid, veeleisende patiënten met daaraan gekoppeld grenzen kunnen afbakenen en de beperkte ondersteuning van de mentale gezondheid van de artsen. Er zijn reeds heel wat inspanningen verricht om het beroep aantrekkelijker te maken, onder andere door de komst van de georganiseerde wachtdiensten en de huisartsenwachtposten. Hierdoor hoeft de huisarts niet langer meer continu beschikbaar te zijn. De komst van de groepspraktijken heeft geleid tot een betere *work-life balance*. Een betere voorbereiding tijdens de opleiding inzake administratie en boekhoudkunde wordt gesuggereerd. Meerdere huisartsen erkennen het gebrek aan educatie hieromtrent. De deelnemende huisartsen pleiten bovendien voor meer ondersteuning binnen de eerste lijn, bijvoorbeeld door aanpassing van de terugbetalingscriteria voor psychologen of diëtisten. Dit alles leidt tot het laatste punt van de Quadruple Aim, namelijk meer ondersteuning bieden aan zorgverleners zodat ze hun werk op een goede en duurzame manier kunnen uitvoeren(22).

3.3.9. Identiteitsdissonantie

Ondanks het feit dat veel van de huisartsen die deelgenomen hebben aan mijn studie de werkdruk en verantwoordelijkheid van het beroep onderschat hebben als student, blijkt dat er geen huisartsen zijn die denken aan stoppen. Mocht men toch overwegen om te stoppen, zou dit voornamelijk zijn door persoonlijke of familiale gezondheidsproblemen of stukgelopen samenwerkingsverbanden. Echter komt ook de hoge werkdruk en de administratieve last aan bod. Bij de ondervraagde huisartsen worden voornamelijk externe factoren vermeld voor het onderbreken van de carrière. Uit de interviews van mijn collega, Eline Daelemans, blijkt dat geneeskundestudenten wel regelmatig denken aan stoppen met de studies. Onder andere de druk om te presteren en de stageperiodes worden als redenen vernoemd om te stoppen met de opleiding. Dit zou verklaard kunnen worden door de moeilijkheden die studenten soms ondervinden in de periode van de professionele identiteitsvorming(9,11).

3.3.10. Zwakte van de studie

Een studiepopulatie van 15 huisartsen is te beperkt om over voldoende power te spreken. De huisartsen die deelgenomen hebben aan de studie zijn vermoedelijk huisartsen met een positieve ingesteldheid die gemotiveerd zijn om bij te dragen aan de optimalisatie van de opleiding geneeskunde.

3.3.11. Aanbevelingen voor de toekomst

Door de recente hervormingen en de inkorting van de opleiding geneeskunde van een zeven- naar een zesjarig curriculum bestaat de vrees dat geneeskundestudenten te vroeg in het werkveld zullen worden geplaatst zonder hiervoor over de nodige maturiteit te beschikken(10). Om dit te voorkomen wordt getracht de rol van professional in toenemende mate te integreren binnen de vernieuwde opleiding van toekomstige artsen(1). Het onderwijs in professioneel gedrag en professionaliteit is dan ook volop in ontwikkeling(3). Een van de sleutelveranderingen zou zijn om PIF als één van de hoofdvakken te onderrichten, opdat studenten sneller een professionele identiteit zouden ontwikkelen en dus matuurder de vervolgopleidingen zouden

kunnen aanvatten(1,7,10,18). PIF is noodzakelijk om geneeskunde correct te kunnen beoefenen en om het welzijn van zowel patiënten als artsen te garanderen(10).

Daarom is het noodzakelijk om verder onderzoek te verrichten naar PIF, welke factoren PIF beïnvloeden en hoe onderwijs hieromtrent zo goed mogelijk kan geïmplementeerd worden in de opleiding geneeskunde. Op die manier zouden studenten beter voorbereid zijn en zouden ze sterker in hun schoenen staan wanneer ze afgestudeerd zijn. Daarnaast zou het de kwaliteit van de gezondheidszorg ten goede kunnen komen.

Een van de meest beschreven beïnvloedende factoren van PIF is socialisatie en daaraan gekoppeld de invloed van mentoren en stagebegeleiders. Het is dus van groot belang om een universitaire leeromgeving te creëren die een positief beeld verspreidt over de eerstelijnsgeneeskunde. Volgens de geïnterviewde huisartsen wordt de huisartsgeneeskunde nog vaak ondergewaardeerd waarin de universiteit een rol zou spelen. Daarin hebben volgens de huisartsen die deelgenomen hebben aan mijn studie stagementoren eveneens een aandeel. Zij mogen niet vergeten dat ze een zeer doorslaggevende positie bekleden in de opleiding van geneeskundestudenten. Zij fungeren als voorbeeld voor menig studenten. Studenten slorpen alle informatie op die ze opdoen gedurende stages, nemen gedrag van hun mentoren over en projecteren dit op hun eigen functioneren binnen de medische wereld. Volgens de geïnterviewde huisartsen zou bewustwording van de mentoren over hun unieke positie vanuit de universiteit meer benadrukt moeten worden en zo nodig onderricht worden.

Er blijkt weinig literatuur voorhanden te zijn over de ontwikkeling van de huisartsidentiteit en diens verdere evolutie doorheen de carrière. Het is zinvol om verder onderzoek hieromtrent te stimuleren. Op die manier zou kunnen achterhaald worden of de discipline huisartsgeneeskunde geschikt is voor de student en zou uitval vermeden kunnen worden. Door een correct beeld te scheppen van wat huisartsgeneeskunde precies inhoudt en studenten goed voor te bereiden op wat van hen verwacht wordt eenmaal ze actief zijn in de praktijk, zouden nog betere huisartsen afgeleverd kunnen worden. De WONCA-definitie van huisartsgeneeskunde is een grondig uitgewerkt document dat kan helpen bij de verdere bewustmaking van geneeskundestudenten en bij de begeleiding van hun keuze wat betreft vervolgopleiding(4).

Om de keuze voor huisartsgeneeskunde verder te stimuleren is het van belang om de huisartsgeneeskunde aantrekkelijker te maken. Meerdere huisartsen geven aan dat huisartsgeneeskunde nog steeds lager scoort in de publieke opinie dan de ziekenhuisgeneeskunde. Door de komst van de georganiseerde wachtdiensten en huisartsenwachtposten, alsook de toenemende digitalisering van administratieve taken kiezen meer studenten voor de discipline huisartsgeneeskunde. Echter zouden nog extra inspanningen geleverd kunnen worden om het beroep aantrekkelijker te maken. Enkele suggesties van de huisartsen zijn het doorvoeren van de echelonering waardoor de huisarts nog meer het eerste aanspreekpunt wordt, verdere uitbouw van groepspraktijken waardoor de *work-life balance* meer ondersteund wordt, uitbreiding van de eerste lijn met toenemende ondersteuning van de huisarts door praktijkassistenten, verpleegkundigen…

Kortom, er is nood aan verder onderzoek naar de professionele identiteitsvorming bij artsen en in het bijzonder bij huisartsen waardoor men op onderzoek gebaseerd onderwijs kan aanbieden. Dit zou de kwaliteit van onze gezondheidszorg naar een nog hoger niveau kunnen tillen.

4. Conclusie

De ontwikkeling van de professionele identiteit van een huisarts is een spontaan evoluerend proces dat start vanaf het begin van de opleiding geneeskunde en verder loopt gedurende de carrière. Het resultaat van dit proces is een individu dat 'denkt, voelt en zich gedraagt als een professional', in dit geval een huisarts. Meerdere factoren hebben een invloed op dit proces.

Tijdens de opleiding beïnvloeden persoons- en opleidingsgebonden factoren, naast personen uit de omgeving zoals peers en familie dit proces in belangrijke mate. Uit de interviews blijkt echter dat de belangrijkste rol is weggelegd voor mentoren, rolmodellen en stages. Mentoren en rolmodellen geven theoretische kennis en vaardigheden door, maar ook patronen en professioneel gedrag. De stages bieden de mogelijkheid om een correct beeld te vormen van wat de discipline inhoudt in realiteit. Op het moment dat men actief is als huisarts spelen volgens de geïnterviewde huisartsen maatschappelijke factoren zoals het gezondheidszorgsysteem en werkgerelateerde factoren een toenemende rol. In welke mate bepaalde factoren doorwegen evolueert dus mee met de professionele carrière van de (toekomstige) huisarts.

De meerderheid van de geïnterviewde huisartsen voelden zich 'echt' huisarts tijdens de HAIO-jaren. Door de praktijkervaring neemt het vertrouwen in de eigen competenties en zelfstandigheid toe. Het blijkt dat huisartsen zich 'echt' huisarts voelen op het moment dat ze verantwoordelijkheid mogen of kunnen nemen.

Verder onderzoek naar de professionele identiteitsontwikkeling is nodig. PIF speelt namelijk een belangrijke rol in het correct beoefenen van de geneeskunde en is van belang om het welzijn van artsen en patiënten te waarborgen. Door onderwijs in PIF te optimaliseren hopen we dat studenten beter voorbereid zouden zijn op de praktijk en ze zich bekwamer zouden voelen om de geneeskunde correct uit te oefenen(10).

De CanMEDS-rollen blijken een goede maatstaaf te zijn om te evalueren of geneeskundestudenten en huisartsen(-in-opleiding) de vereiste competenties om te functioneren als (huis)arts verworven hebben(5).

Daarnaast blijkt de WONCA-definitie van huisartsgeneeskunde een complete beschrijving te geven van wat de discipline huisartsgeneeskunde inhoudt(4). Het zou bij de keuze van geneeskundestudenten voor huisartsgeneeskunde gebruikt kunnen worden om te verifiëren of de kandidaten een correct beeld hebben van wat verwacht wordt van een huisarts.

Echter zou onderzoek naar de ontwikkeling van de huisartsidentiteit gestimuleerd moeten worden, opdat inzicht zou verkregen worden over de manier waarop de opleiding huisartsgeneeskunde nog verder zou verbeterd kunnen worden.

5. Referentielijst

1. Antwerpen U. De ontwikkeling tot professional binnen de artsenopleiding : van leerresultaten tot concrete invulling en toetsing. 2019;(7):465–72.
2. Rees CE, Monrouxe L V. Who are you and who do you want to be? Key considerations in developing professional identities in medicine. Med J Aust. 2018;209(5):202–3.
3. Van Mook WNKA, Van Luijk SJ, Van Der Vleuten CPM. Professioneel gedrag in de opleiding geneeskunde. Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153(32):1588–92.
4. Wonca Europe. Huisartsgeneeskunde : de Europese definitie. In 2002.
5. Erasmus MC. CanMEDS rollen en de belangrijkste aandachtspunten per rol. Opleidingsinstituut Geneeskd. 2015;1–7.
6. Uitgevers VD. Woordenboek Nederlands. 15th ed. Van Dale Uitgevers; 2015.
7. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. Reframing medical education to support professional identity formation. Acad Med. 2014;89(11):1446–51.
8. Barker Caza B, Creary S. The construction of professional identity. Perspect Contemp Prof Work. 2016;259–85.
9. Goldie J. The formation of professional identity in medical students: Considerations for educators. Med Teach. 2012;34(9).
10. Holden MD, Buck E, Luk J, Ambriz F, Boisaubin E V., Clark MA, et al. Professional identity formation: creating a longitudinal framework through TIME (Transformation in Medical Education). Acad Med. 2015;90(6):761–7.
11. Cruess RL, Cruess SR, Boudreau JD, Snell L, Steinert Y. A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: A guide for medical educators. Acad Med. 2015;90(6):718–25.
12. Robert K. In Over Our Heads: the Mental Demands of Modern Life. Cambridge: Harvard University Press; 1994. 314–315 p.
13. Leuven K. Onderwijsvisie faculteit geneeskunde [Internet]. Leuven; 2016. Available from: https://med.kuleuven.be/nl/ECO/onderwijsvisie
14. Wong A, Trollope-Kumar K. Reflections: An inquiry into medical students' professional identity formation. Med Educ. 2014;48(5):489–501.
15. Cruess RL, Cruess SR, Steinert Y. Amending Miller's Pyramid to Include Professional Identity Formation. Acad Med. 2016;91(2):180–5.
16. Niemi PM. Medical students' professional identity: Self-reflection during the preclinical years. Med Educ. 1997;31(6):408–15.
17. Cruess, Sylvia R. Steinert, Yvonne. Cruess RL. Teaching Medical Professionalism. Cambridge University Press; 2008. 299 p.
18. Tagawa M. Development of a scale to evaluate medical professional identity formation. 2019;1–9.

19. Byszewski A, Gill JS, Lochnan H. Socialization to professionalism in medical schools: A Canadian experience. BMC Med Educ [Internet]. 2015;15(1):1–9. Available from: http://dx.doi.org/10.1186/s12909-015-0486-z

20. López-Roig S, Pastor MÁ, Rodríguez C. The reputation and professional identity of family medicine practice according to medical students: A Spanish case study. Atención Primaria. 2010;42(12):591–601.

21. Rodríguez C, Pawlikowska T, Schweyer FX, López-Roig S, Bélanger E, Burns J, et al. Family physicians' professional identity formation: A study protocol to explore impression management processes in institutional academic contexts. BMC Med Educ. 2014;14(1):1–11.

22. Bodenheimer T, Sinsky C. From Triple to Quadruple Aim : Care of the Patient. Ann Fam Med. 2014;12(6):573–6.

23. Statan W. Jaarstatistieken met betrekking tot de beoefenaars van gezondheidszorgberoepen in België [Internet]. 2018. Available from: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/statan_2018_nl_1.pdf

Bijlage 1: Uitnodigingsmail

Beste huisarts, beste collega,

Ik ben Anne-Sophie Vandenecker, huisarts in opleiding in praktijk Medico te Oudenaarde. Naar aanleiding van mijn masterproef in het kader van mijn MaNaMa-opleiding zou ik u graag interviewen over de professionele identiteit bij huisartsen en hoe deze identiteit evolueert gedurende de beroepsuitvoering.

De doelstelling is om te achterhalen wat de beweegredenen zijn/waren van praktiserende huisartsen om voor huisartsgeneeskunde te kiezen en of deze veranderd zijn gedurende de loopbaan. Daaraan gekoppeld wordt getracht te achterhalen of langdurige uitval in het beroep gelinkt kan worden aan een conflict met de professionele identiteit.

Ik zal dit onderzoeken aan de hand van kwalitatief onderzoek, onder de vorm van interviews. Ik zal huisartsen (-in-op-leiding) interviewen met de leeftijd van 25 tot en met 65 jaar met tussenposes van vijf jaar. Op die manier zal getracht worden een volledig beeld te schetsen van wat professionele identiteit inhoudt voor elke huisarts.

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 huisartsen 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: drvandenecker@praktijkmedico.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 collegiale groeten,

Anne-Sophie Vandenecker

Huisarts-in-opleiding

Bijlage 2: Informatiebrief voor deelnemers

Ik ben Anne-Sophie Vandenecker, huisarts in opleiding in praktijk Medico te Oudenaarde. Naar aanleiding van mijn masterproef in het kader van mijn MaNaMa-opleiding 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 haar vertegenwoordiger of met 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/waren van praktiserende huisartsen om voor huisartsgeneeskunde te kiezen en of deze veranderd zijn gedurende de loopbaan. Daaraan gekoppeld wordt getracht te achterhalen of langdurige uitval in het beroep gelinkt kan worden aan een conflict met de professionele identiteit.

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. Ik zal 10 à 15 Belgische huisartsen (-in-op-leiding) interviewen met de leeftijd van 25 tot en met 65 jaar met tussenposes van vijf jaar. Op die manier zal getracht worden een volledig beeld te schetsen van wat professionele identiteit inhoudt voor elke huisarts.

Ik hoop dankzij dit project een beter inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de professionele identiteit van huisartsen en welke factoren hier een invloed op hebben 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 drvandenecker@praktijkmedico.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 terug koppelen 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. Uw 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 de ziekte of ten gevolge van gekende bijwerkingen van de 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: Vandenecker Anne-Sophie (huisarts-in-opleiding)
Adres: Broekstraat 154, 9700 Oudenaarde
Telefoonnummer: 055/30 08 30

Naam : Lobbestael Janique (co-promotor)
Adres : Molenwalstraat 57, 9030 Mariakerke (Gent)
Telefoonnummer : 09/330 05 67

Bijlage 3: Toestemmingsformulier voor de studiedeelnemers

Referentienummer van de deelnemer voor deze studie	

*Aankruisen door de deelnemer indien akkoord

Ik heb het document "Informatiebrief voor de deelnemers aan een experiment" pagina 2 tot en 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 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 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 volgende delen van het onderzoek:

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 4: Studie protocol

Hoe wordt de professionele identiteit gevormd en welke factoren spelen hierbij een rol: een kwalitatief onderzoek bij huisartsen(-in-opleiding).

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 huisartsen(-in-opleiding) omtrent de eigen professionele identiteit en op welke manier deze geëvolueerd is gedurende de loopbaan

- Aanschrijven van huisartsen werkzaam in regio Vlaamse Ardennen over dit onderzoek en anderzijds de vraag of ze eraan wensen deel te nemen (cfr bijgevoegde uitnodigingsmail)
- Afspraak voor een interview plannen
- Voorafgaand aan het interview het ondertekenen van Informed Consent bij de deelnemende artsen
- Afnemen van het interview over professionele identiteit
- Na gegevensverzameling volgt de data-analyse van de data met als doel een beter inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de professionele identiteit van huisartsen
- De gegevens zullen geplaatst worden binnen twee theoretische kaders, namelijk de WONCA-definitie of family medicine en de CanMeds-rollen

Bijlage 5: Interview guide

Identificatie

- Naam
- Leeftijd
- Praktijk
- Solo/duo/groep
- Waarom?

Professionele identiteit

- Wat betekent voor jou professionele identiteit? Wat houdt professioneel gedrag als (huis)arts in?
- Welke factoren beïnvloeden volgens jou de ontwikkeling van de professionele identiteit?
- Toegespitst op jezelf: welke factoren hebben jou gevormd tot de arts die je nu bent?
    - Denk je dat je geslacht/afkomst, maw het land/de streek waarin je geboren bent hier een invloed op heeft?
    - Denk je dat je dit beïnvloed is door de mensen om je heen (familie/vrienden/collega's/opleiders)?
    - Denk je dat dit beïnvloed is door maatschappelijke factoren, door heersende waarden en normen, door het gezondheidssysteem?
- Zijn er gebeurtenissen die je in je leven hebt mee gemaakt die een stempel hebben gedrukt op je professionele identiteitsontwikkeling?
    - Bijvoorbeeld stages, ervaringen met mentoren, persoonlijke gezondheidsproblemen, feedback van patiënten, tegenkanting van bepaalde personen, externe druk…

Huisartsidentiteit

Vorming tot huisarts

- Wanneer wist je zeker dat je huisarts wou worden?
- Waarom heb je gekozen voor huisartsgeneeskunde?
- Uit de literatuur blijkt dat factoren een zekere invloed kunnen hebben op iemands professioneel leven. Welke beïnvloeden volgens jou de ontwikkeling tot huisarts/jouw keuze voor huisartsgeneeskunde?

	JA	NEE	WAAROM?
Genetica			
Gender/geslacht			
Ras			
Socio-economische status			
Persoonlijke gezondheidsproblemen			
Educatie/opleiding			
Mening van familie			
Mening van vrienden			

Feedback van mentoren			
Invloed van collega's			
Leeromgeving (universiteit)			
Events tijden stages			
Gezondheidszorgsystemen			
Feedback van patiënten			
Invloed van peers			

- Weet je nog wanneer je je voor het eerst echt arts voelde?

Huisartsidentiteit

- Wat is voor jou kenmerkend aan huisartsgeneeskunde?/Wat betekent voor jou huisartsgeneeskunde?
- Welke karaktereigenschappen kenmerken huisartsen volgens jou?
- Welke aspecten maken dat een huisarts een 'goede huisarts' is?
- Wat vind je zelf het moeilijkste aan huisarts-zijn?
- Waaruit haal je je voldoening als huisarts?
- Is je kijk op huisartsgeneeskunde geëvolueerd tussen de tijd dat je gekozen hebt om verder te specialiseren als huisarts en het effectief uitvoeren van het beroep?
- Ben je gegroeid als arts sinds je afstuderen en op welke manier heb je dat ervaren?
- Zijn er bepaalde aspecten van het beroep die je onderschat had als student?
- Heb je ooit gedacht aan stoppen als huisarts en om welke reden?
- Mocht jij minister van volksgezondheid zijn: wat zou je veranderen (op gelijk welk gebied) opdat je je rol als huisarts beter zou kunnen vervullen?

De CANMEDS-rollen

Het CanMeds Model is afkomstig van de Canadese methodiek om opleiding en bij- en nascholing voor zorgverleners te kwalificeren in termen van competenties. CanMeds is een samentrekking van de woorden *Canadian Medical Education Directives for Specialists*. Met competentie wordt gedoeld op een gedragsrepertoire waaruit blijkt dat een zorgverlener is toegerust met voldoende kennis en vaardigheden op dat gebied om goed te functioneren in de praktijk. De competenties zijn universeel en context gebonden aan activiteiten of taken. Voor de arts zijn zeven competentiegebieden gedefinieerd en elk competentiegebied omvat vier kerncompetenties.

Wat versta je zelf onder elk competentiegebied?

- Medisch deskundige
- Communicator
- Samenwerker
- Academicus
- gezondheidsbevorderaar
- Organisator
- Beroepsbeoefenaar

Kenmerken van huisartsgeneeskunde

Welke aspecten typeren voor jou het meest de huisartsgeneeskunde en waarom?

De WONCA-definitie beschrijft de kerncompetenties van de huisarts en geeft een omschrijving van de huisartsgeneeskunde. Kan jij je vinden in de volgende punten?

Eerste aanspreekpunt

Laagdrempelige zorg

Coördinator

Teamplayer

Spilfiguur

Vertrouwenspersoon

Persoonsgerichte benadering

Levensloopgeneeskunde

Arts-patiëntrelatie

Continuïteit

Omgaan met onzekerheid

Besliskunde

Acute en chronische zorg

Aandoening op een ongedifferentieerde manier in een vroeg stadium ontdekken

Verantwoordelijkheid

Holistische benadering

Preventie

Empathie

Bijlage 6: Gunstig advies van Commissie van Medische Ethiek

Afz.: Commissie voor Medische Ethiek

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

contact
Sandra De Paepe
Commissie voor medische Ethiek

telefoon
+32 (0)9 332 26 88

e-mail
Ethisch.comite@uzgent.be
sandra.depaepe@uzgent.be

Ons kenmerk
2019/0353

Uw kenmerk
30-apr-19

datum
1/2

pagina

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 huisartsen (- in-opleiding) - MaNaMa Ann-Sophie Vandenecker

Belgisch Registratienummer: B670201939680

* Antwoord onderzoekers dd 18/04/2019 op extra opmerking EC dd 15/04/2019
* Adviesaanvraagformulier (Versie 3) dd. 18/04/2019
* Uitnodigingsmail (bijlage 1) - versie 3 dd. 18/04/2019
* Informatieformulier (bijlage 2) - versie 3 dd. 18/04/2019
* Toestemmingsformulier (bijlage 3) - versie 3 dd. 18/04/2019
* Protocol (bijlage 4) - versie 3 dd. 18/04/2019
* Interviewguide (bijlage 5) - versie 3 dd. 18/04/2019

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

ALGEMENE DIRECTIE
Commissie voor Medische Ethiek

VOORZITTER:
Prof.dr. D. Mattys

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
Devine 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

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