Professionele identiteit van de huisarts doorgelicht. Wat betekent professionele identiteit en hoe kijkt de huisarts hier naar?

Sara Bosmans

Promotor: Prof. Dr. Nele Michels, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Prof. Dr. Peter Pype, Universiteit Gent

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2020 – 2023]

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

Vraagstelling:
In deze masterproef willen we onderzoeken wat professionele identiteit betekent en hoe de huisarts hier zelf naar kijkt.

……

Methode:
Dit onderzoek is een kwalitatief, prospectief, observationeel onderzoek. Tien ervaren huisartsen die werkzaam zijn in multidisciplinaire opleidingspraktijken werden aan de hand van een semi-gestructureerd interview ondervraagd naar hun betekenis van professionele identiteit.

……

Resultaten:
De resultaten van dit onderzoek werden weergegeven in een matrix. De basis van deze matrix werd gevormd door de verschillende subdomeinen van professionele identiteit volgens Fitzgerald en door de kernwaarden van huisartsgeneeskunde van WONCA Europe. Deze bekomen resultaten geven uitgebreid de verschillende dimensies van professionele identiteit van de Vlaamse huisartsen weer.

……

Conclusie:
Omdat de professionele identiteit van de huisarts zo een breed begrip is, is het onmogelijk dit begrip beknopt weer te geven. De professionele identiteit van de huisarts kan wel beschreven worden op basis van verschillende subdomeinen van Fitzgerald en de kerncompetenties van huisartsgeneeskunde van WONCA Europe. Deze masterproef geeft hiervan een eerste weergave. Het kan een basis vormen voor verder wetenschappelijk onderzoek.

Inhoud

Abstract 2
1. Inleiding 5
1.1 Waarom dit onderwerp? 5
1.2 Doelstelling van het onderzoek 5
1.2.1 Probleemstelling 5
1.2.2 Vraagstelling 5
2. Oriënterend literatuuronderzoek 6
2.1 Inleiding 6
2.2 Methode 6
2.2.1 Zoekstrategie 6
2.3 Resultaten 7
2.3.1 Zoekresultaten 7
2.3.2. Resultaten literatuur 8
2.4 Discussie 12
2.5 Conclusie 12
3. Methode 13
3.1 Studie-design 13
3.1.1 Kernwaarden van WONCA Europe 13
3.1.2 Subdomeinen professionele identiteit volgens Fitzgerald 14
3.2 Studie-protocol 14
3.3 Recrutering 14
3.3.1 Inclusiecriteria 14
3.3.2 Recrutering 14
3.4 Analyse van resultaten 15
3.4.1 Matrix 15
3.4.2 Analyse interviews 15
3.4.3 Saturatiegraad van de matrix 15
3.5 Validering 15
3.5.1 Validering van de interviews 15
3.5.2 Validering van de analyse 15
4. Resultaten 16
4.1 Recrutering 16
4.2 Validering interviews 16

4.2.1 Validering van de interviews 16
4.2.2 Validering van de analyse 16
4.3 Resultaten in de matrix 17
4.3.1 Uitleg van tabel en legende 18
4.3.2 Beschrijving van de resultaten uit de matrix 18
5. Discussie 27
5.1 Discussie van de resultaten 27
5.2 Vergelijken met WONCA Europe 28
5.3 SWOT-analyse 29
6. Conclusie 31
7. Referenties 32
8. Bijlages 33
8.1 Kernwaarden volgens WONCA Europe 33
8.2 Studieprotocol 34
Brief aan het Ethisch Comité 34
Titel van het onderzoek 35
Gegevens van onderzoekers 35
Inleiding & onderzoeksvraag 35
Methode 36
Verwachte resultaten 38
Bijgevoegde extra documenten 39
Referentielijst 39
Bijlages 41
8.3 Goedkeuring Ethisch Comité 53

1. Inleiding

1.1 Waarom dit onderwerp?

De beroepskeuze van medische studenten, en of ze voor huisartsgeneeskunde of een ander specialisme kiezen, wordt beïnvloed door verschillende factoren (1-6). Eén van die factoren is het hebben van positieve ervaringen met ervaren artsen in dat bepaalde specialisme. Eerder onderzoek met betrekking tot beroepskeuze (7), toonde aan dat door toenemende positieve ervaringen met huisartsen, studenten meer interesse in huisartsgeneeskunde vertonen.
Mensen die een "rolmodel" zijn, kunnen een invloed uitoefenen op wie hen als rolmodel aanschouwt. Een rolmodel (8) is iemand die voldoet aan een wenselijk geacht rollenpatroon. Het is iemand die voldoet aan een bepaalde voorbeeldfunctie en daardoor onbewust mensen kan inspireren. Vermits de identiteit van een rolmodel inspirerend werkt voor anderen, is het interessant om na te kijken wat die professionele identiteit moet inhouden.

De laatste jaren is er redelijk veel onderzoek gedaan naar professionele identiteit van artsen. Ondanks de veelheid aan studies, benadrukken ze allen het belang voor verder onderzoek naar de ontwikkeling van professionele identiteit.

Hoe huisartsen zelf kijken naar dit begrip van professionele identiteit en hoe ze dit begrip zelf zouden invullen is echter nog niet gekend. Dit willen we dan ook allereerst onderzoeken via deze masterproef. In verder onderzoek kunnen we dan nagaan wat het verband is tussen de professionele identiteit en kenmerken van rolmodellen als huisarts, hoe die rolmodellen dan precies een invloed hebben op de ontwikkeling van de professionele identiteit en wat de vergelijking is tussen de professionele identiteit van ervaren huisarts en de (in ontwikkeling zijnde) professionele identiteit van studenten geneeskunde en huisartsen in opleiding (HAIO's).

1.2 Doelstelling van het onderzoek

Dit onderzoek wil achterhalen hoe huisartsen professionele identiteit ervaren en hoe zij dit begrip invullen. Aan de hand van deze gegevens willen we een bruikbare matrix maken met alle kenmerken van professionele identiteit van een huisarts.
Deze matrix kan vervolgens als basis dienen voor verder onderzoek zoals hierboven vermeld.

1.2.1 Probleemstelling

We verduidelijken de probleemstelling volgens problem-gap-hookmethode.

- Problem: Gekend is dat geneeskundestudenten beïnvloed worden in hun keuze tot huisartsgeneeskunde door positieve ervaringen en contacten met huisartsen. Het is echter onduidelijk waardoor een geneeskunde student beïnvloed wordt of meer concreter door welke(e) aspect(en) van de professionele identiteit van huisartsen.
- Gap: Wat betekent professionele identiteit? Wat houdt dit begrip in voor ervaren huisartsen?
- Hook: Met dit onderzoek willen we een matrix maken waarin we het begrip professionele identiteit van de huisarts kunnen weergeven.

1.2.2 Vraagstelling

Wat betekent professionele identiteit en hoe kijkt de huisarts hier zelf naar?

2. Oriënterend literatuuronderzoek

2.1 Inleiding

Om te kunnen achterhalen wat professionele identiteit voor ervaren huisartsen betekent, moeten we eerst onderzoeken wat er reeds gekend is over het begrip 'professionele identiteit'.

2.2 Methode

2.2.1 Zoekstrategie

Deze literatuurstudie is tot stand gekomen door relevante artikels te zoeken in verschillende databanken. We startten dit literatuuronderzoek met de vraag naar wat er reeds gekend is over professionele identiteit bij (huis)artsen en keken tevens na of er vragenlijsten bestaan om professionele identiteit te toetsen.

Allereerst startten we onze 'search' in de masterproeven databank van het ICHO, waarbij we zochten op 'professionele identiteit'. In de referentielijsten van deze masterproeven zochten we volgens de sneeuwbalmethode naar andere interessante literatuur die mogelijks kon bijdragen tot deze masterproef.

Andere gebruikte databanken zijn Pubmed en Web of Science. Bij gebrek aan Meshtermen in kader van professionele identiteit, werden 4 verschillende zoektermen gebruikt: 'professional identity AND medical', 'professional identity AND medicine', 'professional identity AND family medicine' en 'professional identity AND general practice'. Er werd gescreend naar gebruik van deze zoektermen in titel of abstract, enkel reviews en systematic reviews werden geselecteerd. Enkel artikels van de periode van 01-01-2012 tot en met 01-01-2020 werden geïncludeerd. We hebben ons beperkt tot Nederlandstalige en Engelstalige publicaties. Er werd geen exclusie gemaakt op basis van land van afkomst van het artikel. Artikels die niet gratis beschikbaar waren of niet te verkrijgen via de VPN-verbinding van de universiteit, werden geëxcludeerd (tabel 1).

Om tot slot een completer beeld te krijgen van artikels die verschenen zijn na ons laatst geïncludeerde artikel, ontwikkelden we een aanvullende zoekstrategie. Voor deze zoekstrategie werd als enige inclusiecriteria startdatum en stopdatum ingesteld, met name van 01/01/2020 tot en met 30/06/2021 vermits dit de datum is van het laatste geïncludeerde gepubliceerde review volgens de eerst beschreven methode. Dezelfde zoektermen werden gebruikt, echter ditmaal als 1 grote zoekterm in plaats van 4 verschillende zoektermen.

Inclusiecriteria	Exclusiecriteria
Pubmed, Web of Science, Databank ICHO	Overige databanken
Zoekterm in Titel/abstract	Zoekterm niet in titel/abstract
(Systematic) reviews	Niet (systematic) reviews
01-01-2012 tot 01-06-2021	Literatuur gepubliceerd voor 01-01-2012
Engelstalige & Nederlandstalige publicaties	Niet-Engelstalige/ Niet-Nederlandstalige publicaties
Gratis of via VPN verkrijgbaar	Betalende artikels
Vanaf 01/01/2020 : geen inclusiecriteria gebruikt	

Tabel 1: inclusie- en exclusiecriteria

Na het toepassen van bovenstaande zoekstrategie, werden artikels geïncludeerd op basis van titel en abstract. Geïncludeerde artikels werden volledig gelezen. Bij de op-titel-geselecteerde groep artikels, maakten we een verfijnde selectie op basis van het lezen van het abstract.

2.3 Resultaten

2.3.1 Zoekresultaten

2.3.1.1 Wat is er reeds gekend over professionele identiteit van de (huis)arts? Hoe kan dit begrip best omschreven worden?

Op de ICHO-masterproevendatabank vonden we 2 relevante masterproeven waar dit onderwerp nauwlettend bij aansluit (3, 9). Via de sneeuwbalmethode includeerden we 6 artikels (1, 2, 10-13).

De verkregen artikels van mijn promotoren werden beide geïncludeerd gezien ze beide relevant zijn voor mijn onderzoek (14, 15).

De zoektocht op Pubmed en Web of Science leverde nog 7 artikels op. Van deze 7 artikels werd 1 artikel geëxcludeerd op basis van volledig tekst omdat dit artikel niet over professionele identiteit ging (4, 16-20).

De aanvullende zoekstrategie met als enige inclusiecriteria de start- en stopdatum, leverde ook enkele mooie artikels op (5, 6)

U vindt deze zoekstrategie in tabel 2.

Databank	ICHO masterproef databank	Sneeuwbalmethode masterproeven	Artikels via promotoren	Pubmed				Web of Science				Extra zoekstrategie	
Inclusie-aantallen				A	B	C	D	A	B	C	D	Pubmed	Web of Science
Totaal aantal artikels	2	32	2	42	26	48	18	67	37	4	7	10	16
Geïncludeerd op titel	2	11	2	17	8	1	0	2	3	1	0	3	1
Geïncludeerd op abstract	2	6	2	7				2				1	1
Geïncludeerd op volledig artikel	2	6	2	6				2				1	1
Totaal aantal geïncludeerde artikels	2	6	2	6				2				2	
Totaal aantal geïncludeerde artikels (dubbele artikels reeds verwijderd)	18 (20-2; 2 artikels werden zowel via de zoekactie op Pubmed als de zoekactie op Web of Science geïncludeerd)												
A: 'professional identity AND medical', B: 'professional identity AND medicine', C: professional identity AND family medicine', D: 'professional identity AND general practice'													

Tabel 2: Zoekstrategie

2.3.2. Resultaten literatuur

2.3.2.1 Wat is er reeds gekend over professionele identiteit van de (huis)arts? Hoe kan dit begrip best omschreven worden?

De bestudeerde literatuur wordt aan de hand van 8 overlappende thema's verduidelijkt. De thema's zijn 1) verschillende soorten identiteit, 2) definitie van professionele identiteit, 3) identiteitsvorming, 4) rol van het onderwijs, 5) beïnvloedende factoren, 6) de verschillende tussen professionalisme en professionele identiteit, 7) WONCA Europe's definitie en 8) het professionele beeld van een huisarts. Tevens bespreken we ook literatuur rond vragenlijsten over professionele identiteit.

Verschillende soorten identiteit

Vanuit de literatuur leren we dat een persoon meerdere identiteiten heeft die gelinkt zijn aan verschillende aspecten van zichzelf (3, 21). Afhankelijk van in welke situatie je je bevindt, komt de ene identiteit meer op de voorgrond dan de andere. Zo heb je dus bijvoorbeeld een persoonlijke en een professionele identiteit.

Definities van professionele identiteit

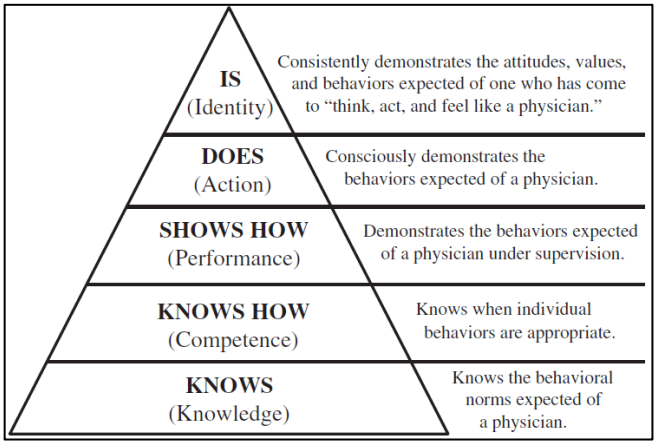
Er zijn verschillende definities van professionele identiteit in het algemeen of van de arts beschikbaar (Tabel 3). Geen enkele definitie met betrekking tot professionele identiteit van de huisarts werd gevonden. We bespreken verder definities en aspecten gerelateerd aan professionele identiteit in het algemeen of aan de professionele identiteit van de arts.

De definitie van Cruess et al. (2014) (16) is een vaak gebruikte definitie (3, 6, 9, 14). Tevens zijn er verschillende auteurs die niet rechtstreeks verwijzen naar Cruess, maar waarvan de inhoud van hun definitie wel overeen stemt (10, 21). Er worden 10 hoofdkenmerken omschreven die de basis zijn van professionele identiteit: flexibiliteit, altruïsme, nieuwsgierig, empathisch, ethisch, eerlijk, reflecterend, verantwoordelijk, zelfbewust en betrouwbaar (10).

Volgens Cruess et al. (2014) is professionele identiteit een combinatie van eigenschappen die een persoon onderscheidt van anderen (16). Het is een representatie van zichzelf, bereikt in de verschillende fases in de loop van de tijd, waarbij de kenmerken, waarden en normen van het medisch beroep worden geïncludeerd, met als resultaat een eigen individueel denken, handelen en voelen als arts.

Van de bestudeerde literatuur is er één definitie die enigszins afwijkt van de andere definities (5). Deze definitie ziet professionele identiteit meer als een bezigheid of beroepsidentiteit, die versterkt wordt door de positie in de samenleving, interacties met anderen en de interpretatie van anderen. Zij focussen minder op de representatie van zichzelf, maar meer op invloeden van anderen.

Tevens leert Cruess et al. (2014) ons dat de piramide van Miller (figuur 1), die beschrijft welke fases een student doormaakt tijdens zijn opleiding gaande van kennis, naar competenties ontwikkelen, naar handelingen uitvoeren naar acties ondernemen, niet volledig was (17). Zij omschrijven dat boven deze vier niveaus er een vijfde niveau aan de top moet komen die de identiteit omvat. Deze vijfde stap omvat het 'zijn' waarmee ze het 'denken, handelen en zich gedragen als een arts' mee bedoelen.



Figuur 1 Piramide van Miller, herwerkt door Cruess et. Al (2014) (16)

Volgens Fitzgerald et al. (2020) wordt de term professionele identiteit vaak gebruikt zonder duidelijke definitie, wat kan leiden tot misverstanden die onderzoek kunnen bemoeilijken (15). Zij stellen een definitie op voor professionele identiteit aan de hand van een concept analyse. Zij concluderen dat professionele identiteit kan onderverdeeld worden in verschillende subdomeinen en dat voor een optimale professionele identiteit je aan alle subdomeinen moet voldoen. Zij verdelen professionele identiteit in volgende subdomeinen: 1) acties en gedrag (centraal stellen patiënt, probleem oplossend denken en duidelijk communiceren), 2) kennis en vaardigheden (bijscholingen, overleg met collega's, correct uitvoeren van handelingen), 3) normen waarden en ethiek (voeling met job, inzetten, hoge morale status), 4) context en socialisatie (invloeden van collega's en omgeving) en 5) groeps- en persoonlijke identiteit.

Onderstaande tabel (tabel 3), vat de verschillende definities van professionele identiteit bondig samen.

Auteur	Definitie professionele identiteit
Daelemans E.	Professionele identiteit is het beeld dat een individu heeft van wie men is of wie men wil zijn als professional, op basis van gedrag, overtuigingen, waarden, motieven en ervaringen tot het beroep. De professionele identiteit is het resultaat van het proces van professional identity formation, waarbij de waarden, normen en gedragingen van het medisch beroep geïntegreerd worden met de persoonlijke waarden, normen en gedragingen, wat resulteert in een individu die 'denkt, voelt en zich gedraagt als een professional' (in dit geval een arts).
Fitzgerald A.	Professionele identiteit is een identiteit die afhankelijk is van bepaalde acties en gedrag, van kennis en vaardigheden, van waarden en ethiek, van context en socialisatie en van groep- en persoonlijke identiteit
Haruta, J.	Professionele identiteit is een presentatie van zichzelf, die ontwikkelt doorheen de tijd met kenmerken, waarden en normen van het medische beroep, wat resulteert in een persoon die denkt, handelt en voelt als een arts.
Liqing Li	Professionele identiteit wordt gedefinieerd als een carrière, een bezigheid of een beroepsidentiteit. Het is een component van een algemene identiteit en wordt versterkt door de positie in de samenleving, interacties met anderen en de interpretatie van anderen.
Mark D. Holden et all	Het vormen van een professionele identiteit is een weg die afgelegd moet worden, waardoor men kennis, vaardigheden, gedrag en competenties integreert tot een menselijke arts met een eigen unieke identiteit en kernwaarden. Dit proces van persoonlijke en professionele groei wordt beïnvloedt door mentoren, ervaringen, …
McConville, K.	Professionele identiteit is een presentatie van zichzelf, die in de loop van de tijd wordt ontwikkeld, waarbij kenmerken, waarden en normen van het medische beroep worden geïncludeerd, met als resultaat een arts met een eigen individueel denken, handelen en gedrag.
Rees, Monrouxe	Professionele identiteit wordt gedefinieerd als hoe we onszelf waarnemen als professionals gebaseerd op onze waarden, gewoontes en ervaringen in kader van onze job.
Richard L. Cruess, Sylvia R. Cruess	Professionele identiteit is een presentatie van zichzelf, die in de loop van de tijd wordt ontwikkeld, waarbij kenmerken, waarden en normen van het medische beroep worden geïncludeerd, met als resultaat een arts met een eigen individueel denken, handelen en gedrag.
Vandenecker A.	Professionele identiteit is het beeld dat een individu heeft van wie men is of wie men wil zijn als professional, op basis van gedrag, overtuigingen, waarden, motieven en ervaringen tot het beroep. De professionele identiteit is het resultaat van het proces van professional identity formation, waarbij de waarden, normen en gedragingen van het medisch beroep geïntegreerd worden met de persoonlijke waarden, normen en gedragingen, wat resulteert in een individu die 'denkt, voelt en zich gedraagt als een professional' (in dit geval een arts).

Tabel 3: Definities professionele identiteit

Identiteitsvorming

Net zoals de identiteit kunnen we de vorming van een identiteit ook opsplitsen in 2 onderdelen (2, 11, 16). Enerzijds is er de vorming van de professionele identiteit, anderzijds is er de vorming van de persoonlijke identiteit. De ontwikkeling van beide onderdelen van onze identiteit verloopt gelijktijdig, maar wel in verschillende fases (10, 16). De vorming van de identiteit start wanneer een student in zijn eerste studiejaren voornamelijk zoekende is naar zijn identiteit. Vervolgens komt er een fase waarin de student stage begint te lopen, wat een invloed zal hebben op de professionele identiteit. Tot slot zien we de fase waarin de student afstudeert, waarbij de student een identiteit heeft gevormd.

Cruess et al. (2014) omschrijft de 2 onderdelen van identiteit als de ontwikkeling van een individuele en collectieve identiteit (16). Het individuele onderdeel omvat vooral de psychologische ontwikkeling, het collectieve onderdeel vooral de socialisatie (6). Socialisatie houdt het proces in waarin een persoon leert om te functioneren in een bepaalde samenleving of groep die dezelfde waarden en normen delen (16).

Rol van het onderwijs

Veel auteurs vinden dat er in het onderwijs te weinig aandacht is voor de ontwikkeling van de professionele identiteit en dat hier meer aandacht voor zou moeten zijn (2, 16, 18, 20, 21). De ontwikkeling van een sterke professionele identiteit start immers al tijdens de opleiding (21). Onderwijs over professionalisme zou een fundamenteel concept moeten zijn in het medische onderwijs (16), omdat professionalisme onlosmakelijk is verbonden met professionele identiteitsvorming (20).

Verder moet er meer aandacht zijn voor de ontwikkeling van de student tijdens de opleiding, waarbij de student zich bewust wordt gemaakt van wie hij is en wat hij wil (18, 20, 21). De onderwijsinstelling is verantwoordelijk voor het vormen van de student tot de effectieve beoefenaar van de geneeskunde en dient de student de nodig kennis, vaardigheden en professionele identiteit te geven, zodat die student iemand wordt die denkt, handelt en zich voelt als een arts (2).

Studenten moeten ondersteund en aangemoedigd worden om hun eigen identiteit te ontwikkelen.

Beïnvloedende factoren

Een van de meeste genoemde beïnvloedende factoren van professionele identiteit is socialisatie (2, 3, 6, 21). Zoals hierboven beschreven houdt socialisatie het proces in waarin een persoon leert om te functioneren in een bepaalde samenleving of groep die dezelfde waarden en normen delen (16). Socialisatie wordt op zijn beurt het meeste beïnvloed door mentoren en rolmodellen (2, 10) maar ook door familie en vrienden, patiëntencontact, … (3, 4).

Mao et al. (2020) (4) vermeldt ook dat professionele identiteit wordt beïnvloed door institutionele factoren, zoals bijvoorbeeld het salaris van een arts en door persoonlijke factoren zoals geslacht, leeftijd, … . In geen enkele andere publicatie wordt dit beaamd.

Professionele identiteit wordt ook beïnvloed door de cultuur waarin we leven en hoe die gestructureerd is (4, 21).

Verschillen tussen professionalisme en professionele identiteit

Bij het lezen van de literatuur worden sommige begrippen vaak door elkaar gebruikt. Zo worden de begrippen ‘professionalisme’ en ‘professionele identiteit’ in de literatuur vaak verwisseld met elkaar.

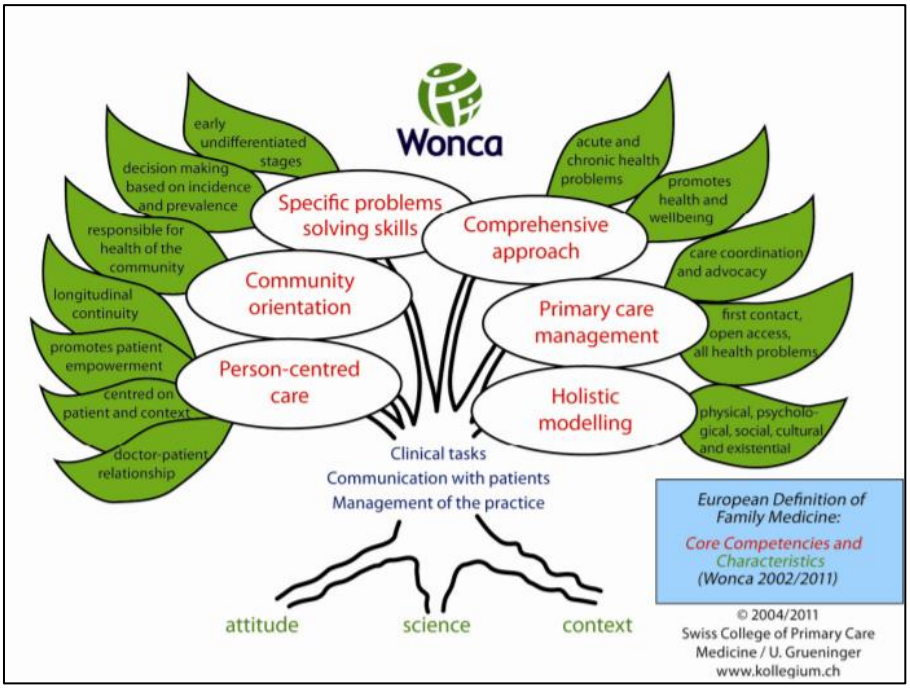
Professionalisme is een combinatie van waarden, gedragingen en relaties die het vertrouwen dat mensen in artsen hebben, onderbouwt (3, 16). Anderen stellen vast dat professionalisme de arts-patiëntrelatie kan beïnvloeden, net zoals de patiënt-tevredenheid en de gezondheidsuitkomst (20).

Professionele identiteit is een combinatie van eigenschappen of een beschrijving die een persoon onderscheidt van anderen (3, 16). Het is de representatie van de arts zelf, bereikt in verschillende fases in de loop van de tijd, waarbij de kenmerken, waarden en normen van het medisch beroep worden geïncludeerd met als resultaat een eigen individueel denken, handelen en voelen als arts.

WONCA Europe’s definitie

WONCA Europe (de Europese tak van WONCA, the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) hanteert sinds 2005

(met een revisie in 2011) een definitie van wat huisartsgeneeskunde is (12) . Hoewel deze definitie niet dezelfde inhoud omvat als de definitie van professionele identiteit, vinden we het wel belangrijk deze hier ook te bespreken, gezien deze de kerncompetenties van huisartsgeneeskunde omvat. Volgens WONCA Europe zijn er 6 kerncompetenties, waaraan 12 kenmerken gelinkt zijn en 3 karakteristieken (figuur 2). In juni 2022 werd er een nieuw kader goedgekeurd, van 7 nieuwe 'core values' (kernwaarden) , 1) persoonsgerichte zorg, 2) gelijkheid van zorg, 3) continuïteit van zorg, 4) evidence based zorg, 5) samenwerking in zorg, 6) professionalisme in zorg, 7) gemeenschapsgerichte zorg (22).



Figuur 2 Kerncompetenties huisartsgeneeskunde volgens WONCA Europe (definitie 2011)(12)

Professioneel beeld

In kader van de betekenis van professionele identiteit is het ook erg interessant om na te gaan welk idee of beeld huisartsen van zichzelf achterlaten in de medisch academische context. Hierover is niet veel in de literatuur terug te vinden. Eén studie stelt vast dat huisartsen een te lage reputatie van het beroep schetsen bij geneeskundestudenten (18). De reputatie zou zo laag zijn dat zelfs studenten die initieel wensten te kiezen voor huisartsgeneeskunde, er toch niet voor kiezen. Dit is tevens een van de redenen waarom er meer aandacht moet komen voor de vorming van professionele identiteit tijdens de opleiding geneeskunde.

Vragenlijsten om professionele identiteit te toetsen

Literatuuronderzoek toont aan dat er geen betrouwbare, valide methode bestaat om het multidimensionele karakter van professionele identiteit te bevragen (19). Enkele reeds bestaande beoordelingsmethoden (mini-clinical examination exercise of mini-CEX, standardised direct observation assessment tool (DOT), professionalism mini-evaluation exercise, multisource feedback, cases based discussion (CbD)) worden soms gebruikt voor de beoordeling van professionele identiteit bij studenten, ze meten echter meerdere competenties en zijn bovendien niet speciaal ontwikkeld voor de beoordeling of bevraging van professionele identiteit (19).

Om de ontwikkeling van professionele identiteit in kaart te brengen, is er een vragenlijst met 9 kenmerken ontwikkeld (13). Deze kenmerken zijn teamwork, communicatie, patiëntgerichtheid, cultureel bewustzijn, ethiek, gebruik van patiëntendossier, omgaan met noodgevallen en reflecteren tijdens praktijkoefening.

2.4 Discussie

Vanuit de literatuur valt op dat het begrip 'professionele identiteit' een zeer vaak gebruikt begrip is, maar niet altijd met een even duidelijke definitie. Sommige auteurs blijven hierin erg vaag en gebruiken woorden als professionalisme en professionele identiteit door elkaar. Wat wel duidelijk is, is dat als er een definitie van professionele identiteit omgeschreven wordt, deze zeer vaak dezelfde eigenschappen omvat. Vooral Cruess et al. (2014) omschrijft dit duidelijk "als een presentatie van zichzelf, die in de loop van de tijd wordt ontwikkeld, waarbij kenmerken, waarden en normen van het medische beroep worden geïncludeerd, met als resultaat een arts met een eigen individueel denken, handelen en gedrag"(16). Het volledige begrip professionele identiteit wordt het meest omvattend uitgelegd door Fitzgerald et al. (2020), welke de kenmerken van de definitie volgens Cruess et al. (2014) duidelijker maakt met voorbeelden en de definitie opsplitst in verschillende subdomeinen (15).

Het is echter vanuit de literatuur niet duidelijk wat die professionele identiteit voor huisartsen omvat. De definities blijven algemeen, maar verdiepen niet genoeg om te achterhalen wat van een huisarts een huisarts maakt.

De kerncompetenties en nieuwe kernwaarden van WONCA Europe omvatten de hoofdkenmerken van huisartsgeneeskunde (12, 22). Zij beschrijven tevens wat de beroepstaken van een huisarts zijn. Deze kernwaarden omvatten niet dezelfde inhoud als de definitie van professionele identiteit, maar vormen wel een basis om die professionele identiteit mee te staven.

De zoektocht naar vragenlijsten om de professionele identiteit te toetsen, leverde geen bruikbare informatie op. De literatuur benadrukt meer hoe studenten kunnen bevraagd worden op hoe 'professioneel' zij al zijn enerzijds (19) en dat de identiteit zich sterker vormt naarmate een student meer ervaring heeft opgebouwd anderzijds (13). Echter met deze informatie kan geen professionele identiteit getoetst worden bij ervaren huisartsen.

De literatuur biedt geen antwoord op de vraag wat professionele identiteit voor een huisarts betekent. Dit creëert mogelijkheden naar onderzoek. De basis naar dit onderzoek voor deze masterproef omvat enerzijds de definitie van Fitzgerald et al. (2020) en anderzijds de kernwaarden van huisartsgeneeskunde volgens WONCA Europe (12, 15, 22).

2.5 Conclusie

We concluderen dat er de laatste jaren veel onderzoek is gedaan naar professionele identiteit maar dat het begrip niet altijd duidelijk wordt gedefinieerd. De definitie van Fitzgerald et al. (2020) is de meest omvattende definitie, die als basis zal dienen voor verder onderzoek in deze masterproef, naast de kernwaarden van WONCA Europe (15, 22).

3. Methode

3.1 Studie-design

Het onderzoek is een kwalitatief prospectief observationeel onderzoek. Huisartsen werden geïnterviewd om te achterhalen wat hun ideeën of ervaringen zijn over professionele identiteit.

Hiervoor werd een semi-gestructureerd interview gebruikt. Dit gaf ons de kans om enkele op voorhand vastgelegde thema's te bespreken naast ruimte om uit te weiden over de verschillende thema's. De interviews werden opgenomen.

Het opstellen van het interview kwam tot stand door de 2 belangrijkste artikels uit de literatuur te gebruiken. Het interview bestond uit 7 hoofdvragen, volgens de 7 kernwaarden van huisartsgeneeskunde volgens WONCA Europe (22). Vervolgens werd voor elke hoofdvraag meerdere subvragen opgesteld op basis van de verschillende subdomeinen volgens Fitzgerald (15).

3.1.1 Kernwaarden van WONCA Europe

De 7 kernwaarden van WONCA Europe worden hieronder kort toegelicht (22) (zie ook bijlage 8.1).

Kernwaarde	Toelichting
Persoonscentrale zorg	• Benadrukken van dialoog, context en best beschikbare evidentie • Rekening houden met bio-psycho-sociale elementen • Rekening houden met levensomstandigheden, biografische kenmerken, wensen, angsten
Gelijkheid van zorg	• Voorrang voor patiënten met hogere zorgnood • Gelijkheid van zorg voorzien, ongelijkheden minimaal krijgen • Plicht om publiekelijk uit te spreken over maatschappelijke factoren die invloed hebben op toegang van gezondheidszorg • Bewustzijn van gezondheidsuitdagingen gerelateerd aan leeftijd, geslacht, etniciteit, …
Continuïteit van zorg	• Promoten van arts-patiëntrelatie • Basis van arts-patiëntrelatie is persoonlijke betrokkenheid en vertrouwen • Continuïteit kan hoge kwaliteit en persoonsgerichte zorg inschakelen
Wetenschappelijk georiënteerde zorg	• Zorg voorzien op basis van best beschikbare evidentie met respect voor wensen en voorkeuren van de patiënt • Kiezen voor interventie die kosten-baten het beste en veiligste is
Professionalisme in de zorg	• Voorzien van medische zorg voor individu • Promotie van gezondheidszorg op gemeenschapslevel • Engagement in politieke en sociale aspecten met impact op gezondheidszorg • Training en inclusie van jonge artsen vergemakkelijken • Kennis en richtlijnen kritisch beoordelen
Coöperatie in de zorg	• Samenwerking over beroepen en disciplines heen • Helpen om patiënten te navigeren in het gezondheidszorgsysteem
Gemeenschapsgerichte zorg	• Toewijding naar educatie, onderzoek en kwaliteitsontwikkeling • Gezondheidsverschillen aanpakken door integratie van klinische zorg, volksgezondheid en sociale diensten

Tabel 4: Kernwaarden van WONCA Europe

3.1.2 Subdomeinen professionele identiteit volgens Fitzgerald

Fitzgerald omschrijft professionele identiteit aan de hand van 5 subdomeinen (15). Onderstaande worden de 5 subdomeinen met hun betekenis toegelicht.

Subdomein	Toelichting
Acties en gedrag	• Taken en activiteiten van professionals • Manier en gedrag van werken
Kennis en vaardigheden	• Theoretische kennis die samenhangt met het beroep • Vaardigheden die men moet beheersen om beroep uit te oefenen
Waarde en ethiek	• Voeling hebben met waarden en overtuigingen die gepaard gaan met het beroep
Context en socialisatie	• Toename van ontwikkeling identiteit door deel uit te maken van een groep • Extra toevoeging: wat heeft invloed op die groep, invloed van context en socialisatie
Groeps- en persoonlijke identiteit	• Herkenning en erkenning krijgen binnen de samenleving • Extra toevoeging: hoe wensen artsen gezien te worden door de samenleving

Tabel 5: Subdomeinen professionele identiteit volgens Fitzgerald et al.

3.2 Studie-protocol

Het studieprotocol werd ingediend bij de ethische commissie van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen. Het onderzoek werd goedgekeurd op 24 januari 2022 (dossiernummer Project ID 1950 - Edge n/a - BUN B3002021000249) . Bijgevoegd in bijlage kan u het uitgewerkte studieprotocol (bijlage 8.2) en de goedkeuring van het ethisch comité (bijlage 8.3) terug vinden.

3.3 Recrutering

3.3.1 Inclusiecriteria

We wensten huisartsen te includeren die werkzaam zijn in een multidisciplinaire en grotere groepspraktijk en in een opleidingscontext (opleidingspraktijk). Dit deden we omwille van twee redenen. Ten eerste omdat dit onderzoek kadert in een groter onderzoek met betrekking tot professionele identiteit en rolmodellen naar de opleiding toe. Ten tweede omdat we ter validering van de resultaten ook de professionele omgeving hebben geïnterviewd. Er werd gestreefd naar 10 deelnemers.

3.3.2 Recrutering

In eerste instantie werd een vraag tot deelname verstuurd via de maandelijkse ICHO Actua Nieuwsbrief voor praktijkopleiders (PO's) en HAIO's. Een tweede recruteringsronde gebeurde via een gerichte mail aan mogelijke PO's die voldoen aan de inclusielijst (lijst opgemaakt door het onderzoeksteam). Tot slot konden geschikte PO's rechtstreeks aangesproken worden.

De gegevens van de geïncludeerde opleidingspraktijken werden gepseudonimiseerd bewaard. Om een brede variatie van praktijken te hebben, includeerden we praktijken van heel Vlaanderen en werd er rekening gehouden dat er zowel praktijken van meer stedelijke gebieden als praktijken van meer landelijke gebieden werden geïncludeerd.

3.4 Analyse van resultaten

3.4.1 Matrix

Als basis voor de analyse van de interviews maakten we een matrix (matrix 1) op basis van de literatuur van Fitzgerald (15) en kernwaarden van WONCA Europe (22).

3.4.2 Analyse interviews

De interviews werden uitgetypt op basis van de opnames, waarna de analyse kon starten op basis van de uitgeschreven teksten. Als eerste werden alle interviews individueel geanalyseerd. Elk interview werd eerst grondig gelezen en werd vervolgens inductief gecodeerd. Alles wat relevant was, werd meegenomen met codes die dicht bij de tekst bleven. Vervolgens werd elk interview deductief gecodeerd op basis van de reeds gemaakte matrix. Elke code kreeg een plaats in één of meerdere cellen van de hierboven beschreven matrix. Wanneer de 10 interviews deze stappen hadden doorgemaakt, werd er een codeboom gemaakt van alle codes om meer voeling en inzicht te krijgen met de verkregen resultaten.

Wanneer alle 10 de interviews gecodeerd waren en een individuele matrix hadden, werden alle matrices samengevoegd tot één grote matrix. Alle dubbele codes werden nagekeken en er werd nu definitief beslist in welke cel een code behoort. Deze beslissing werd genomen op basis van de overeenkomst met de kernwaarde van WONCA Europe (22) en de subdomeinen van professionele identiteit volgens Fitzgerald (15). Vervolgens werd er een axiale codering worden toegepast, waardoor bij elkaar horende codes werden samengevoegd tot overkoepelende concepten. Hierdoor verkregen we een finale matrix met overkoepelde concepten welke het begrip professionele identiteit voor een ervaren huisarts beschrijft.

3.4.3 Saturatiegraad van de matrix

Er werd ook gekeken naar de mate van saturatie van de interviews. Hoeveel van de geïnterviewden zeiden iets over de inhoud van een bepaalde cel? Gezien er slechts 10 ervaren huisartsen geïnterviewd werden, lijkt het onmogelijk om saturatie van alle 35 cellen te verwachten. De cellen waarvan slechts 3 of minder van de geïnterviewden iets over vertelden, werden aangeduid met 1 sterretje (*) in de matrix. De cellen waarover 4,5,6 of 7 van de geïnterviewden iets over vertelden, werden aangeduid met 2 sterretjes (**) in de matrix. De cellen waarbij 8 of meer van de geïnterviewden iets over vertelden werden aangeduid met 3 sterretjes (***) in de matrix.

3.5 Validering

3.5.1 Validering van de interviews

Om de informatie die verkregen werd van de geïnterviewde huisartsen te valideren, werd ook de professionele omgeving van de huisarts geïnterviewd. Indien de informatie verkregen van de huisartsen overeenkwam met de informatie verkregen van de professionele omgeving, kregen we een idee over de validiteit van de interviews.

3.5.2 Validering van de analyse

Om de betrouwbaarheid van de analyse na te gaan, werd één van de interviews door alle drie de onderzoeksleden gelezen en geanalyseerd. Deze drie analyses werden vervolgens met elkaar vergeleken ter betrouwbaarheid.

4. Resultaten

4.1 Recrutering

Alle Vlaamse opleidingspraktijken, zowel HAIO's als PO's, werden aangeschreven via de ICHO Actua in maart 2022. Op het bericht van de ICHO Actua kwam er geen respons. Vervolgens werd er een lijst gemaakt door de 3 onderzoekers met een selectie van Vlaamse multidisciplinaire opleidingspraktijken, deze lijst bestond uit 40 praktijken. Deze 40 multidisciplinaire opleidingspraktijken werden allemaal aangeschreven via mail, waarop van 3 praktijken een positieve respons kwam. De praktijken die niet gereageerd hadden op de mail, kregen 14 dagen later een reminder gestuurd. Via deze remindermail konden we 1 praktijk extra includeren.

De overige praktijken werden vervolgens telefonisch gecontacteerd, waarna een kort inleidend gesprek volgde met een secretariaatsmedewerker of een arts. Op die manier konden 2 extra praktijken geïncludeerd worden. Eén van deze praktijken besliste uiteindelijk wegens enorme drukte in de praktijk om zich terug te trekken uit het onderzoek.

Vervolgens werden praktijken rechtstreeks aangesproken via gekende kennissen uit de praktijk, waarna nog 5 extra praktijken konden geïncludeerd worden.

Elk interview met een PO duurde gemiddeld 29 minuten. Onderstaande geven we enkele praktijkspecifieke kenmerken mee.

Kenmerken	Praktijk 1	Praktijk 2	Praktijk 3	Praktijk 4	Praktijk 5	Praktijk 6	Praktijk 7	Praktijk 8	Praktijk 9	Praktijk 10
Geslacht PO	Vrouw	Vrouw	Vrouw	Vrouw	Vrouw	Vrouw	Vrouw	Vrouw	Vrouw	Man
Leeftijd PO	56 jaar	54 jaar	40 jaar	53 jaar	64 jaar	38 jaar	55 jaar	40 jaar	59 jaar	40 jaar
Aantal artsen in praktijk	7	8	11	3	7	6	8	9	7	5
Aantal disciplines in praktijk	9	9	7	3	7	4	3	5	4	5
Stedelijk/ Ruraal	Stedelijk	Stedelijk	Stedelijk	Ruraal	Stedelijk	Stedelijk	Ruraal	Stedelijk	Stedelijk	Ruraal

Tabel 6: Kenmerken geïnterviewde huisartsen
PO = praktijkopleider

4.2 Validering interviews

4.2.1 Validering van de interviews

De informatie bekomen van de professionele omgeving van de geïnterviewde huisartsen, kwam bij alle geïnterviewde praktijken overeen met de informatie bekomen van de geïnterviewde huisarts.

4.2.2 Validering van de analyse

Voor de bespreking van de analyse was er een overeenkomst van 56%; na bespreking zijn we tot een consensus gekomen. Het samen overlopen van een tabel gaf tevens extra betekenis aan de cellen van de matrix. Bijgevolg werden de volgende andere interviews geanalyseerd door 1 onderzoeker.

4.3 Resultaten in de matrix

Subdomeinen PI volgens Fitzgerald / Kerncompetenties huisartsgeneeskunde volgens WONCA Europe	Persoonscentrale zorg	Gelijkheid van zorg	Continuïteit van de zorg	Wetenschappelijk georiënteerde zorg	Professionalisme in de zorg	Coöperatie in de zorg	Gemeenschapsgerichte zorg
Acties & Gedrag	Rekening houden met ICE , patiënt empoweren, toegankelijk, empathie ***	Aanklampende houding, strenger voor veel-vragers, derdebetalersregel, werken zonder vooroordelen, tijd zoeken/nodig **	Permanentie voorzien, gerichte opvolging, wachtsysteem gebruiken, bereikbaarheid ***	Verschillende EBM bronnen gebruiken, soms afwijken van EBM, richtlijnen overlopen, bijscholingen volgen ***	Zelfzorg, collega's stimuleren, tijd om eigen identiteit te laten groeien **	Overleg, professionele gids, samenwerking met (para)medici, taakdelegatie, doorverwijzen, deel van kring, sociale kaart aanvullen ***	Kwaliteit verbeterende projecten, buurt netwerken, samenwerken met vrijwilligers **
Kennis & Vaardigheden	Open blik, grenzen bewaken, luistervaardig, non-verbaal gedrag, communicatie afstemmen op patiënt **	Evenwicht zoeken in gelijkwaardigheid, aandacht voor multiculturele aspect, flexibel **	Briefen, hulpvraag noteren *	Afname in parate kennis, orde kunnen houden belangrijk om EBM te werken, practice based kunnen werken *	Schakelen tussen verschillende rollen *	Managen, sociaaleconomisch nadenken *	Out of the box kunnen denken *
Waarden & Ethiek	Patiënt boven richtlijn, bereidheid tot zelfreflectie, intrinsieke vaardigheden, toewijding ***	Bereikbare 1e lijn, gelijkheid is gelijkheid aan noden, gelijkwaardigheid, eigen oordeel opmerken, respect heeft invloed op gelijkheid van zorg **	Hechte, warme arts-patiënt relatie *	Positieve gezondheid, EBM is meest wetenschappelijke vorm van geneeskunde, communicatie even belangrijk als kennis, kritisch over kwaliteit e-learning **	Levenslang lerende – professional centraal in Canmeds rollen ***	Ideaalbeeld is laagdrempelige samenwerking, lacunes bij sociale diensten,…, patiënten moeten leren omgaan met andere disciplines, samenwerking is verrijkend, stijging kwaliteit zorg door samenwerking **	Gemeenschapsgerichte zorg is toekomst, hulp nodig, geen verplichting, evolutie naar versnippering van de geneeskunde, arts wordt health care manager **
Context & Socialisatie	Context betrekken, patiënt breed bekijken *	Taalbarrières zijn moeilijk *	Financiële drempels, gemeenschappelijk dossier, organisatie via secretariaat **	HAIO stimuleert EBM, voorstander van bijscholingen over EBM **	Eigen kwetsbaarheid kennen, ventileren en feedback krijgen ***	Moeilijk bereikbare 2e lijn, drempels om te motiveren naar niet-arts, belang goede collega's **	Hulp vanuit overheid, forfaitaire praktijk beter om gemeenschapsgericht te werken, te weinig middelen voor gemeenschapsgerichte zorg, te weinig preventieve zorg **
Groeps- en Persoonlijke identiteit	Visie delen met collega's, authenticiteit uitstralen, hulpverleners rond patiënt **	Visie delen (levensvisie, visie over gelijkheid van zorg) *	Zelfde visie over continuïteit *	Nieuwsgierigheid is drijfveer *	Openstaan voor verbetering via praktijkverbeterende projecten *	Gelijke houding tussen artsen, zorgteam noteren **	Engagement opnemen vanuit praktijk , gemeenschapsgerichte zorg is een praktijkdoel, toekomst is forfaitair ***

Matrix 1 Resultaten van analyse
Groene en rode kleur: mate van overeenkomst met WONCA Europe (rood = beperktere inhoud of net bredere inhoud; groen = overeenkomende inhoud)
De sterren geven aan hoeveel van de geïnterviewden iets vertelden over de inhoud van de cel (* = ≤3, **= 4-7, ***= ≥8)
Afkortingen: PI: professionele identiteit, ICE: idea concern expectation, EBM: evidence based medicine

4.3.1 Uitleg van tabel en legende

Matrix 1 geeft de geanalyseerde resultaten van de 10 interviews weer. Per cel van de matrix werd er gekeken in welke mate de inhoud van de cel overeenkomt met de kernwaarden van WONCA Europe. De cellen met een overeenkomende inhoud als die van de kernwaarden van WONCA Europe werden groen gearceerd. De cellen waarvan de inhoud beperkter of net breder was die die van WONCA Europa werden rood gearceerd.

4.3.2 Beschrijving van de resultaten uit de matrix

We beschrijven de resultaten aan de hand van de 7 kernwaarden van WONCA Europe (22).

4.3.2.1 Persoonscentrale zorg

Acties en gedrag

De inhoud van de cel acties en gedrag bij persoonscentrale zorg komt goed overeen met wat WONCA Europe omschrijft voor persoonscentrale zorg. Beiden benadrukken ze dat er rekening moet gehouden worden met de ICE. Ook moet er op een empathische manier met patiënten worden omgegaan.

Onderstaande een quote van een van de geïnterviewden die dit weergeeft.
"Patiëntgerichte zorg houdt voor mij in dat je je zorg aanpast aan de wensnoden en wensen van je patiënt." ~ Huisarts 8

Kennis en vaardigheden

Een groot deel van de geïnterviewde Vlaamse huisartsen geeft aan dat om persoonsgericht te kunnen werken zij bepaalde vaardigheden nodig achten. Zo vinden ze dat een huisarts een open blik moeten hebben, waaronder ze tevens verstaan dat je wakker en alert moet zijn als huisarts. Daarnaast moet je ook luistervaardig zijn. Ze vinden het belangrijk dat je goed kan communiceren met de patiënt, maar dat ook non-verbaal gedrag zijn waarde kent in persoonscentrale zorg. WONCA Europe beschrijft dat je in dialoog moet gaan met je patiënt en dat je steeds de impact van bio-psycho-sociale elementen moet meenemen in je zorg. Hoe je dit moet doen of op welke manier je dit kan meenemen maken zij niet kenbaar.

Hierbij vindt u een quote van een van de geïnterviewde die het belang van persoonsgericht werken met een open blik aanhaalt.
"*Om patiëntgericht te kunnen werken denk ik dat je een open blik moet hebben, dat je niet veroordelend mag zijn. Een bepaalde maturiteit hierin hebben is wel gemakkelijk." ~ Huisarts 1*

Waarden en ethiek

Het grootste deel van de geïnterviewden vindt dat de patiënt boven de richtlijn moet gezet worden. Zij vinden het ook erg belangrijk dat je toegewijd kan werken. Wanneer we dit vergelijken met de kernwaarden van WONCA Europa merken we hier overeenkomst in. Ook zij beschrijven dat je rekening moet houden met de levensomstandigheden en kenmerken van de patiënt om goede zorg te kunnen geven.

"*Patiëntgerichte zorg betekent in elk geval dat ik probeer rekening te houden met de ideeën en wensen van de patiënt, maar ook met de context van de patiënt en wat er voor die patiënt toe doet. Dat betekent niet dat ik alles doe wat de patiënt wenst of vraagt, maar wel dat ik er rekening mee houd in*

mijn beleid, zowel diagnostisch, therapeutisch en het inschakelen van andere zorgverstrekkers" ~ Huisarts 2

Context en socialisatie

Enkelen van de geïnterviewden benadrukken dat het belangrijk is om steeds rekening te houden met de context van de patiënt. Dit komt overeen met wat WONCA Europe omschrijft als rekening houden met de levensomstandigheden en biografische kenmerken van de patiënt.

Groeps- en persoonlijke identiteit

De kerncompetenties benadrukken hoe je als arts individueel de persoonscentrale zorg moet opnemen. Zij vertellen echter niets over hoe je als samenwerkende groep artsen het persoonsgericht werken naar een hoger niveau kan tillen. Een groot deel van de geïnterviewde huisartsen vullen hierbij dus aan dat om persoonsgericht te werken je ook een zelfde visie met je collega's hieromtrent moet hebben. Tevens vinden ze het ook belangrijk dat je als arts een authenticiteit uitstraalt en dat je als groep hulpverleners rondom de patiënt moet staan om patiëntgericht te kunnen werken.
Om dit te bekrachtigen vindt u onderstaande een quote van een van de geïnterviewde huisartsen.

"*Patiëntgerichte zorg kan je extrapoleren. Je kan het in je spreekkamer gebruiken, maar je kan het bijvoorbeeld ook als praktijk gebruiken. Identiteit, de authenticiteit die je als groep uitstraalt, mensen voelen dat ook hé. Dat je je als arts niet op een piëdestal zet." ~ Huisarts 9*

4.3.2.2 Gelijkheid van zorg

Acties en gedrag

Zowel de geïnterviewde Vlaamse huisartsen als de kernwaarden van WONCA Europe beschrijven dat het belangrijk is om extra zorg te voorzien aan mensen met een grotere gezondheidsnood, dat je hen aanklampender moet behandelen. De geïnterviewden voegen hier aan toe dat je als huisarts ook strenger mag zijn voor de veelvragers.

"Ik denk dat we daar hier voor zorgen door mensen zonder mutualiteit gratis te zien en hen dezelfde toegang te geven tot de zorg als de andere mensen. We proberen ook de meer kwetsbare patiënten aanklampend te verzorgen." ~ Huisarts 1

Kennis en vaardigheden

WONCA Europe en de geïnterviewden vermelden allebei dat je rekening moet houden met bepaalde gezondheidsuitdagingen zoals leeftijd, geslacht, etniciteit, religieuze status, ….

"Je hebt ook gelijkheid op gebied van cultuur en dergelijke… We zijn allemaal met witte artsen, het is niet dat we dat exclusief in de hand gewerkt hebben. Het zijn mensen die vroeger in onze praktijk gewerkt hebben en toch terug in onze praktijk terecht zijn gekomen en geassocieerd zijn. Nu we proberen wel aandacht te hebben voor het multiculturele aspect. Ik denk dat we 100 verschillende nationaliteiten hebben." ~ Huisarts 5

Waarden en ethiek

De meeste huisartsen geven aan dat ze het belangrijk vinden dat de eerste lijn bereikbaar is. Ze vinden dat gelijkheid gelijkheid aan noden is, waarin ze overeenkomen met WONCA Europe die vinden dat er meer ruimte mag zijn voor patiënten met een hogere gezondheidsnood.

"Ik vind vooral dat gelijkheid vooral gelijkheid aan noden wil zeggen. Met wel de kleine kanttekening dat het overgrote deel ook nog aan bod kan komen en niet alle tijd op gaat naar de veel-gebruikers." ~ Huisarts 3

Context en socialisatie

WONCA Europe beschrijft dat ze gelijkheid van zorg zien als voorrang willen geven aan de mensen die een grotere gezondheidsnood hebben. Ze beschrijven uitgebreid hoe je dit als arts kan doen. Er wordt echter nergens besproken wat de drempels zijn in die gelijkheid van zorg. 'Context en socialisatie' geeft voor de Vlaamse geïnterviewde huisartsen weer dat er drempels zijn om die gelijkheid van zorg toe te passen. Zo zijn er enkele huisartsen die weergeven dat taalbarrières voor hen soms een moeilijkheid zijn om gelijkheid van zorg te kunnen voorzien.

Groeps- en persoonlijke identiteit

Net zoals WONCA Europe niets zegt over de context en socialisatie van gelijkheid van zorg, vertellen ze ook weinig over de groeps-en persoonlijke identiteit. Nochtans vinden enkele van de Vlaamse geïnterviewde huisartsen het belangrijk om hierin een visie te delen met hun collega's. Ze doelen dan zowel op een zelfde levensvisie als een zelfde visie over gelijkheid van zorg.

4.3.2.3 Continuïteit van zorg

Acties en gedrag

Alle 10 de geïnterviewde Vlaamse huisartsen konden uitgebreid vertellen wat zij verstonden onder continuïteit van zorg. Continuïteit houdt voor hen in dat je een permanentie voorziet, dit onder meer door te zorgen dat er ten allen tijden een arts aanwezig is in de praktijk, dat er ruimte kan gemaakt worden voor dringende consultaties, dat er een urgentietelefoontje aanwezig is,… Onder continuïteit wordt ook de zorg gedurende dag en nacht bedoeld. Alle 10 de geïnterviewden waren deel van een wachtkring waar ze gedurende de avonden en de weekends beroep op deden. Verschillende artsen vertelden dat zij een apart praktijkwachtsysteem hebben voor palliatieve patiënten.
WONCA Europe omschrijft continuïteit van zorg eerder als een continuïteit in de relatie. Zij benadrukken dat er vooral persoonlijke betrokkenheid en vertrouwen moet zijn om voor een kwaliteitsvolle, persoonsgerichte zorg te komen.

Onderstaande vindt u een quote van een van de artsen waarin de arts uitdrukt wat continuïteit van zorg inhoudt.

"We hebben een wachtpost waar je sowieso buiten de kantooruren terecht kan. Als er een arts ziek is of afwezig is, dan wordt dat opgevangen door andere artsen. Er is ook het dossier waar je kan op terug vallen. Als er iemand met zwangerschapsverlof is, dan worden de chronische huisbezoeken op voorhand besproken met de arts die die huisbezoeken gaat opvolgen." ~ Huisarts 6

Kennis en vaardigheden

Wat enkelen ook aanhalen als belangrijk aspect voor continuïteit is het belang van goed te kunnen noteren en in je notities goed de hulpvraag weer te geven. Zo kunnen andere collega's gemakkelijk verder werken op basis van een goed ingevuld dossier. Ook vinden huisartsen het belangrijk dat je goed kan briefen en gestructureerd je boodschap of vraag kan overbrengen naar collega's. WONCA Europe neemt deze interpretatie van continuïteit van zorg niet mee in haar beschrijving.

Waarden en ethiek

Zowel de geïnterviewden als de kernwaarden van WONCA Europe benadrukken dat het belangrijk is om een warme, hechte arts-patiëntrelatie te onderhouden.

Context en socialisatie

Volgens meerdere van de geïnterviewde huisartsen zijn er ook zaken die een invloed hebben op die continuïteit van zorg, deze worden door WONCA Europe niet aangehaald gezien zij vooral focussen op continuïteit in de arts-patiëntrelatie. Zo geven zij aan dat het bijvoorbeeld belangrijk is om een gemeenschappelijk dossier te hebben, waarop op een gelijke manier genoteerd wordt. Tevens vinden zij dat, om continuïteit te garanderen, er ook een goede organisatie van het secretariaat noodzakelijk is. Ook zijn er volgens de huisartsen enkele drempels die de continuïteit moeilijk maakt, waaronder bijvoorbeeld een financiële drempel. De artsen die dit omschreven passen steeds de derdebetalersregel toe om zo hun zorg laagdrempelig te kunnen continueren voor patiënten die het financieel moeilijker hebben.

Onderstaande vindt u een voorbeeld van een arts die het belang van een georganiseerd secretariaat benadrukt.

"*Overdag proberen we de continuïteit goed te voorzien, dat kan soms een valkuil zijn want je wil ook niet continu gestoord worden. Daar is het principe van een goed georganiseerd secretariaat wel goed. Er zullen natuurlijk altijd mensen zijn die toch het gevoel hebben niet binnen te geraken in de praktijk." ~ Huisarts 9*

Groeps-en persoonlijke identiteit

Enkele artsen gaven ook aan het belangrijk te vinden om een zelfde visie te hebben over continuïteit om op die manier betere continuïteit van zorg te kunnen voorzien. Dit wordt niet aangekaart volgens de WONCA Europe criteria.

4.3.2.4 Wetenschappelijk georiënteerde zorg

Acties en gedrag

De inhoud van wat de geïnterviewden vertellen komt overeen met de inhoud die WONCA Europe beschrijft. Namelijk dat je als arts steeds evidence based moet werken, maar dat je hierbij nog steeds rekening moet houden met de wensen en voorkeuren van de patiënten.

"*Ik zet de patiënt als centraal persoon. Dat kan dan soms afwijken van de richtlijnen." ~ Huisarts 1*

Kennis en vaardigheden

Volgens WONCA Europe is wetenschappelijk georiënteerde zorg, zorg die gebaseerd is op de meest beschikbare evidentie, waarbij je respect hebt voor de wensen van de patiënt (22). Enkele geïnterviewden vinden dat je om dit te kunnen doen orde moet kunnen houden in je manier van werken, zodat je gemakkelijk die evidentie kan terug vinden. Daarnaast vinden de Vlaamse huisartsen het ook belangrijk dat je naast evidence based ook practice based kan werken. Dit wordt niet aangehaald in de kernwaarden van WONCA Europe (22). De geïnterviewden vinden tevens dat er doorheen de jaren een afname is van je parate kennis.

Waarden en ethiek

Dat evidence based medicine de meest wetenschappelijke vorm van geneeskunde is bevestigen meerdere van de geïnterviewde huisartsen. Ook WONCA Europe bevestigt dat de zorg die je als arts moet voorzien steeds gebaseerd moet zijn op de best beschikbare evidentie.

"Ik denk dat evidence based medicine de meest wetenschappelijk vorm van geneeskunde is. Ik ben een tijdje weg geweest in een andere praktijk met 2 artsen die al 30 jaar bezig waren en niet EB wilden werken, want dan wordt het eenheid voor ze allemaal. Daar was ik erg verbaasd over. Zij vonden dat niet nodig. Ik denk wel dat het voor de patiënt het beste is." ~ Huisarts 1

Context en socialisatie

Volgens enkelen geïnterviewden stimuleert een HAIO het evidence based werken. Ook zijn zij voorstander om bijscholingen te organiseren over dat evidence based werken. Zij vinden dat er momenten moeten worden georganiseerd waarop alle laatste nieuwe veranderingen van bijvoorbeeld de richtlijnen moeten worden gebundeld. Op die manier vinden ze dat het hun wens om steeds blijvend evidence based te kunnen werken, positief zou beïnvloeden. De kernwaarden van WONCA Europe criteria vertellen niets over invloeden op het evidence based werken.

"Het zou goed zijn als er over evidence based medicine bijscholingen werden gegeven. Bijscholingen zijn altijd interessant maar vrij specialistisch. Ik denk dat het wel nuttig zou zijn als er bijvoorbeeld wordt uitgelegd wat er het laatste jaar is veranderd aan de richtlijnen van NHG." ~ Huisarts 8

Groeps- en persoonlijke identiteit

Enkele geïnterviewde Vlaamse huisartsen vinden dat wetenschappelijk georiënteerde zorg zichtbaar moet zijn voor de patiënten door nieuwgierigheid als een drijfveer te zien om evidence based te werken.

4.3.2.5 Professionalisme in de zorg

Acties en gedrag

Volgens WONCA Europe speelt professionalisme in de zorg zich voornamelijk af op patiëntenniveau. Wat echter erg opvalt is dat veel van de geïnterviewden ook zorg voor zichzelf belangrijk vinden. Zo waren er artsen die aanhaalden dat ze actief waren bij doctors4doctors, artsen die mindfulness aanbieden, … Zij vinden het ook belangrijk om collega's te stimuleren om voor zichzelf te zorgen of om zichzelf te kunnen ontplooien. De huisartsen vinden het belangrijk dat er tijd en ruimte is om hun eigen identiteit te laten groeien op aspecten die zij belangrijk vinden, hetzij medisch hetzij niet-medisch.

"*Ik ben STACO en PO. Ik zit ook in het bestuur van de kring. Is daar ruimte voor? Er zijn collega's die vinden dat we er geen tijd voor hebben. Alez, dat ze er geen tijd voor hebben. Ik heb voor mezelf beslist dat ik zo'n dingen wel wil doen, ook al zie je daardoor minder patiënten he. Ik vind dat belangrijk omdat ik denk dat dat ook een goede burn-out preventie is." ~ Huisarts 8*

Kennis en vaardigheden

WONCA Europe schrijft in de kernwaarden dat je als arts meerdere rollen hebt, je moet kunnen zorgen voor medische zorg voor het individu, je moet gezondheid promoten op gemeenschapslevel. Ook moet

je je engageren op politieke of sociale aspecten die een impact hebben op de gezondheidszorg. Je moet richtlijnen kritisch kunnen beoordelen. Ook enkele van de geïnterviewden vermelden dat je als arts moet kunnen schakelen tussen verschillende rollen.

Waarden en ethiek

Er is overeenkomst tussen de inhoud van de geïnterviewden en van WONCA Europe. Beiden vinden ze dat je levenslang moet leren, bijvoorbeeld door volgens WONCA je te engageren bij de training van nieuwe collega's of door het kritische te lezen van richtlijnen.

" Ik denk wel dat levenslang lerende erg belangrijk is voor de professionele identiteit." ~ Huisarts 1

Context en socialisatie

De kerncompetenties geven weer dat professionalisme in de zorg voornamelijk inhoudt dat er medische zorg voor individuelen moet zijn en dat gezondheid moet gepromoot worden op gemeenschapslevel (22). Zij vertellen echter niets over de gezondheid van de arts zelf of de mogelijkheid om hierover te communiceren met collega's. De meeste geïnterviewden benadrukken echter dat zij het wel belangrijk vinden dat er tijdens hun werk ruimte is om te kunnen ventileren en om feedback te kunnen krijgen van collega's. Ook vinden ze het belangrijk dat ze hun eigen kwetsbaarheden kennen en dat hier in hun werk rekening mee gehouden kan worden.

"In een multidisciplinair team zit je vanuit verschillende hoeken, dat houdt je ook wakker en maakt ook dat je bij elkaar kan ventileren en advies kan vragen, waar we ook gewoon eerlijk in moeten zijn. We kunnen en weten niet alles omdat we nu al zolang hier zitten. Ook de balans naar mijn privé vind ik belangrijk. Het is een bewuste keuze om hier niet voltijds te zitten, maar ik heb ook het gevoel dat doordat die balans goed zit, ik een betere dokter kan zijn." ~ Huisarts 3

Groeps- en persoonlijke identiteit

Enkele van de geïnterviewde Vlaamse huisartsen vermelden dat ze openstaan voor verbetering via praktijkverbeterende projecten. Ook de kernwaarden van WONCA Europe vermelden iets gelijkaardigs, namelijk dat je steeds relevante onderzoeken moet implementeren.

4.3.2.6 Coöperatie in de zorg

Acties en gedrag

Er is grote overlap tussen de inhoud van de geïnterviewde huisartsen en WONCA Europe. Beiden vermelden ze dat samenwerking belangrijk is, dat er een taakdelegatie kan zijn maar dat er steeds wel eigen verantwoordelijkheden aanwezig blijven.

"Ik vind samenwerken allemaal heel waardevol. Ik geloof ook dat die samenwerkingen de kwaliteit van onze zorg doet verbeteren." ~ Huisarts 10

Kennis en vaardigheden

Enkele van de geïnterviewde huisartsen vermelden dat coöperatie ook een stuk managen is. Wanneer we de WONCA Europe kernwaarden lezen vinden we dit terug doordat zij vermelden dat je als arts je patiënten juist moet kunnen navigeren binnen het gezondheidszorgsysteem. Ook dit is een stuk managen.

Waarden en ethiek

Veel van de geïnterviewde huisartsen delen het idee dat samenwerking verrijkend is, dat je een stijging van kwaliteit krijgt door samenwerking. Zij vermelden ook dat het ideale beeld een laagdrempelige samenwerking is tussen verschillende disciplines. Dit is ook wat WONCA Europe omschrijft bij coöperatie van zorg.

"*Ik vind samenwerking verrijkend. Soms haalt het echt ook uw vlekken weg, en kom je veel dingen nieuw te weten. Maar ook weer, het vraagt tijd. Dat is altijd de hoeksteen. Je moet die telefoon durven vast pakken. Maar ook omgekeerd moet je bereikbaar zijn voor anderen." ~ Huisarts 4*

Context en socialisatie

Hoe de Vlaamse geïnterviewde huisartsen samenwerken met anderen correleert op 1 aspect na zeer goed met hoe de kerncompetenties van WONCA Europe dit weergeven (22). Zij geven weer dat je als arts moet samenwerken met andere disciplines, waarbij iedere discipline zijn eigen verantwoordelijkheden heeft. Echter onze deelnemers stoten bij deze samenwerking ook op moeilijkheden. Zij vinden dat er veel drempels zijn om de tweede lijn gemakkelijk te contacteren. Ook vinden ze dat het moeilijk is om patiënten te motiveren naar paramedici zoals bijvoorbeeld een psycholoog of diëtiste.

De geïnterviewden benadrukten ook hoe belangrijk zij het vinden het in hun team goede collega's te hebben en hier fijn mee te kunnen samenwerken.

"Met psychologen is er een vrij beperkt contact. Met kinesisten loopt dat beter, we hebben ook zo wel onze vaste praktijk waar we proberen mee samen te werken als de patiënt niemand kent. Met specialisten hebben we goede contacten maar tegenwoordig verloopt dit ook moeilijk gezien dat steeds via het afsprakensysteem van het ziekenhuis moet gaan." ~ Huisarts 5

Groeps-en persoonlijke identiteit

Een gelijke houding tussen artsen vinden veel van de geïnterviewden belangrijk. Ook WONCA Europe geeft weer dat samenwerking belangrijk is maar dat iedereen zijn eigen verantwoordelijkheden heeft en dus gelijk is.

"We zijn al lang een zelfde groep artsen dus ik denk dat onze visie wel ongeveer dezelfde is. Het staat ook in onze waarden, 'samen' is een van onze waarden." ~ Huisarts 2

4.3.2.7 Gemeenschapsgerichte zorg

Acties en gedrag

WONCA Europe schrijft dat je als arts toegewijd moet blijven naar onderzoek en kwaliteitsontwikkeling. Ook het merendeel van de geïnterviewde huisartsen vindt het belangrijk om kwaliteitsverbeterende projecten te doen en om samen te werken met de buurt.

"We proberen kwaliteitsbevorderende projecten te doen. De prijs van jonge huisarts, ging naar het COPD project. Dat hebben we nu geïmplementeerd in de praktijk omdat het toch een vertaling is van de evidentie." ~ Huisarts 5

Kennis en vaardigheden

Enkele van de geïnterviewden vermelden dat om gemeenschapsgerichte zorg te kunnen bieden ze out of the box moeten kunnen denken. WONCA Europe omschrijft dat je als arts op verschillende manieren gemeenschapsgerichte zorg moet voorzien, wat in zekere mate overeenkomt met out of the box kunnen denken.

Waarden en ethiek

Vanuit de geïnterviewde Vlaamse huisartsen komt naar voor dat gemeenschapsgerichte zorg voornamelijk toekomstmuziek is. De artsen denken er over na, maar weinigen passen het op dit moment al toe in hun manier van werken. De artsen zijn er ook van overtuigd dat om gemeenschapsgericht te werken er hulp van hogerhand nodig is. Deze hulp mag een optie zijn maar mag volgens de geïnterviewden geen verplichting worden. De artsen hebben tevens het gevoel dat door meer gemeenschapsgericht te werken, er een versnippering van de geneeskunde zal komen waardoor de arts meer en meer de functie van health care manager op zich zal moeten nemen.

"Ik denk dat gemeenschapsgerichte zorg iets is voor de toekomst. Ik denk dat je daarvoor ook veel meer moet samenwerken met organisaties die in de wijk zijn. Dan denk ik dat dat zeker boeiend en nuttig kan zijn. Daarvoor moet je ook samenwerken met de verschillende huisartsen die in de wijk zijn. Dat is nog niet op punt denk ik."

Context en socialisatie

Om op een goede gemeenschapsgerichte wijze zorg te kunnen voorzien, zijn er volgens de geïnterviewden nog enkele zaken die te weinig aanwezig zijn in de huidige zorg. Zo vinden ze dat er heden bijvoorbeeld nog te weinig aandacht is voor preventieve zorg in onze gezondheidszorg. Om op een goede manier zorg voor de gemeenschap te kunnen bieden, vinden ze tevens dat er hulp vanuit de overheid nodig is. Ook vinden zij dat een forfaitaire praktijk zich beter kan organiseren om gemeenschapsgericht te werken omdat zij meer middelen hebben om dit aan te pakken.

"Voor ons is gemeenschapsgerichte zorg gemakkelijker dan een andere praktijk, omdat wij een wijkgezondheidscentrum zijn. Wij hebben een gezondheidspromotor in dienst, die biedt individuele gezondheidspromotie aan, maar ook groepsgericht. Die organiseert ook avonden rond gezonde voeding, beweging, … die heeft een heel nauw contact met de buurtwerking. Het buurtcentrum is hier gewoon naast. Wij gaan 's middags zelfs soep eten in het buurtcentrum, mensen zien ons daar gewoon komen. Dus ik denk dat op dat gebied je je niet kan organiseren als klassieke huisarts. Of je hebt iemand nodig die het kan organiseren voor jou."

Groeps- en persoonlijke identiteit

Artsen moeten toegewijd blijven naar educatie volgens WONCA Europe. Ze hebben als doel om het gezondheidsbeleid te beïnvloeden en gezondheidsverschillen aan te pakken. Dit is een toekomstplan. Ook de geïnterviewde huisartsen vinden dat gemeenschapsgerichte zorg een praktijk doel is voor in de toekomst. Ze zijn ook van mening dat ze vanuit de praktijk hun engagement moeten opnemen voor gemeenschapsgerichte zorg.

"*Gemeenschapsgerichte zorg is ook één van onze doelen. Eigenlijk zouden we ook meer naar een wijk toe iets kunnen doen, dat zit ook mee in die positieve gezondheid, dat micro- en macroniveau. Dat zou*

ik heel graag doen. Maar opnieuw, hoe pak je dat aan he? Ik denk dat je daar vooral erg veel tijd voor moet vrijmaken. Als je echt een hele dag patiënten ziet, dan schiet dat er over hé. Ik zou dat wel heel graag doen." ~ Huisarts 4

5. Discussie

5.1 Discussie van de resultaten

Het antwoord op de vraag 'Wat betekent professionele identiteit en hoe kijkt de huisarts hier zelf naar?' trachten we onderstaande te verduidelijken.

5.1.1 Wat betekent professionele identiteit?

Deze vraag werd reeds behandeld in het oriënterend literatuuronderzoek. We herhalen het hier bondig.

Het begrip 'professionele identiteit' is in de literatuur een vaak gebruikt begrip, met een definitie die niet altijd even duidelijk is. Wanneer er een definitie van professionele identiteit verklaard wordt, omvat deze vaak zelfde kenmerken. Cruess et al. (16) kenmerkt professionele identiteit als "een presentatie van zichzelf, die in de loop van de tijd wordt ontwikkeld, waarbij kenmerken, waarden en normen van het medische beroep worden geïncludeerd, met als resultaat een arts met een eigen individueel denken, handelen en gedrag". Ook Fitzgerald et al. (15) deelt een definitie over professionele identiteit. Zij leggen dit begrip uit aan de hand van bepaalde subdomeinen, waardoor de definitie van Cruess (16) verduidelijkt wordt. De subdomeinen zijn acties & gedrag, kennis & vaardigheden, waarde & ethiek, context & socialisatie en groeps-en persoonlijke identiteit. Fitzgerald et al. (15) vormde de meest omvattende definitie, waardoor we ze verder als basis voor dit onderzoek kozen.

5.1.2 Hoe kijkt de huisarts zelf naar professionele identiteit?

Hoe de Vlaamse huisartsen zelf kijken naar het begrip professionele identiteit is niet eenduidig te beantwoorden. Het begrip professionele identiteit werd voor deze masterproef opgesplitst volgens de kernwaarden van WONCA Europe (22) enerzijds en de 5 verschillende subdomeinen van Fitzgerald (15) anderzijds. Vermits we hierdoor 35 verschillende 'cellen' van professionele identiteit hebben, is het onmogelijk om één antwoord te geven op de vraag hoe de huisarts zelf kijkt naar professionele identiteit. De bekomen matrix (matrix 1), geeft wel duidelijk weer welke dimensies professionele identiteit voor de huisartsen omvat.

Opvallend is dat de geïnterviewde Vlaamse huisartsen hun idee van professionele identiteit voor meer dan de helft van de 'cellen', namelijk 19 van de 35, overeenkomt met de kernwaarden van WONCA Europe. Tevens zien we ook dat bij de cellen waar er overeenkomst is, een groot deel van die cellen, namelijk 13 van de 19, een goede saturatiegraad heeft. Dit houdt in dat veel van de geïnterviewde Vlaamse huisartsen het hierover eens zijn met elkaar.

5.1.3 Bekomen resultaten vergelijken met het oriënterend literatuuronderzoek

Vanuit het oriënterende literatuuronderzoek, beschreven we reeds de piramide van Miller (17). Deze beschrijft de verschillende fases die een student doorloopt tijdens zijn opleiding. Cruess et al. (17) beschreef toen dat dit proces een stap miste, namelijk het topje van de piramide, het 'zijn'. Het 'zijn' omvat de professionele identiteit, namelijk de volgens Cruess (16) representatie van zichzelf, bereikt in de verschillende fases in de loop van de tijd, waarbij de kenmerken, waarden en normen van het medisch beroep worden geïncludeerd, met als resultaat een eigen individueel denken, handelen en voelen als arts. Dit 'zijn' wordt vanuit deze masterproef verduidelijkt en geconcretiseerd. De top van de piramide heeft nu een duidelijkere invulling gekregen.

5.2 Vergelijken met WONCA Europe

Twee van de cellen uit matrix 1, namelijk de acties en gedrag van de continuïteit van zorg en de context en socialisatie van de professionalisme in de zorg, stroken niet met de kernwaarden van WONCA Europe, ondanks dat ze een zeer grote saturatiegraad hebben. Het idee van meer dan 8 geïnterviewden correleerde niet met de kernwaarden.

Onderstaande bestuderen we deze 2 cellen afzonderlijk door terug te kijken wat hierover in de literatuur geweten is.

5.2.1 Acties en gedrag bij continuïteit van zorg

Waar de kernwaarden voor huisartsgeneeskunde vooral de focus legt op de continuïteit van de arts-patiënt relatie, benadrukken de geïnterviewde Vlaamse huisartsen voornamelijk de continuïteit van zorg. Ze vinden het belangrijk om in die continuïteit van zorg permanentie te voorzien. Ze vinden het belangrijk dat er een gerichte opvolging is zodat medische problemen nauwgezet kunnen opgevolgd worden. Ze vinden het tevens belangrijk dat artsen gebruik maken van een wachtsysteem zodat er ook zorg gegarandeerd kan worden op momenten dat de behandelende artsen niet aan het werk zijn.

Wanneer we in de literatuur gaan kijken naar hoe die continuïteit van zorg omgeschreven wordt door andere onderzoeken, merken we overeenkomst met onze Vlaamse geïnterviewde huisartsen. Zo vermelden Haggerty et al. (2003) (23) dat om continuïteit van zorg te voorzien er bruggen moeten geslagen worden tussen de verschillende interventies of zorgverleners die een patiënt heeft. Er moet ondersteuning zijn van de waarden van de patiënt, van de arts-patiënt relaties en de verschillende zorgplannen die een patiënt heeft. Voor patiënten houdt continuïteit tevens in dat de verschillende zorgverleners samen werken, dat er een gezamenlijk behandelplan is en dat er ook andere artsen zijn die volgens dat plan zorg voor hen kunnen dragen. De artsen in dit onderzoek benadrukken ook dat er voldoende kennis en informatie over een patiënt beschikbaar moet zijn om goede continuïteit van zorg te kunnen voorzien. Ze benadrukken in dit onderzoek zowel de continuïteit in de arts-patiëntrelatie als in de continuïteit in zorg.

Ook de Nederlandse collega huisartsen (24) vinden het belangrijk om opvolging te kunnen voorzien onder die continuïteit van zorg, waarmee ze onder andere betrokkenheid in belangrijke gebeurtenissen van het leven van de patiënt bedoelen. De meerderheid van de Nederlandse artsen vindt, net zoals de meerderheid van de Vlaamse artsen, dat er bijvoorbeeld permanentie moet voorzien worden voor palliatieve patiënten en dat die permanentie moet voorzien worden vanuit de eigen praktijk. De Nederlandse huisartsen benadrukken zowel de continuïteit van zorg als de continuïteit van de arts-patiëntrelatie.

Door opnieuw in de literatuur te kijken merken we dat de geïnterviewde Vlaamse huisartsen dus niet anders denken over de continuïteit van zorg dan andere huisartsen. Ze vinden het ook belangrijk om tijd te steken in een hechte, warme arts-patiëntrelatie (matrix 1, continuïteit van zorg en waarden & ethiek) waarmee ze overeenkomen met kernwaarden van WONCA Europe.

Vermits er overeenkomst is met WONCA Europe maar het begrip van continuïteit van zorg door de geïnterviewde artsen breder wordt getrokken, is het een suggestie voor WONCA Europe om deze kerncompetentie te kunnen uitbreiden naar continuïteit in de arts-patiëntrelatie maar ook naar continuïteit in de zorg.

5.2.2 Context en socialisatie bij professionalisme in de zorg

De Vlaamse geïnterviewde huisartsen vinden het belangrijk dat er tijd en ruimte kan zijn om te ventileren bij collega's of om te kunnen gaan met feedback van collega's. Ze vinden het ook belangrijk hun eigen kwetsbaarheden te kunnen ontdekken om hier dan rekening mee te kunnen houden in hun manier van werken. Deze aspecten worden niet gepresenteerd volgens de 'professionalisme in de zorg'-competentie van WONCA Europe. Daarin wordt gesproken over het engagement om jongere collega's te trainen. Ze spreken ook over het implementeren van onderzoek naar de noden van de artsen. Tevens beoordelen ze kritisch richtlijnen.

Wanneer we in de literatuur gaan kijken, zien we dat er overeenkomst is met onze Vlaamse geïnterviewde huisartsen. Rodziewicz et al. beschrijft dat alle zorgverleners moeten accepteren dat ze verbonden zijn aan problemen die inherent verbonden zijn met hun werk, waardoor er fouten kunnen gemaakt worden (25). We treffen hier een overeenkomst met onze Vlaamse geïnterviewde huisartsen die vermelden dat je je eigen kwetsbaarheden moet kennen. Tevens vertelt Rodziewicz et al. dat elke zorgverlener fouten maakt en dat iedere zorgverlener ook feedback en ondersteuning moet kunnen bieden aan collega's die een fout maakten (25). Ook hierin merken we overeenkomst met onze geïnterviewden, het grootste deel van hen vindt dat het belangrijk dat je als arts kan ventileren maar ook feedback kan krijgen.

De invulling van professionalisme in de zorg komt deels overeen met wat WONCA Europe schrijft. Vermits zowel de geïnterviewden als de extra literatuur benadrukt dat het belangrijk is om aandacht te hebben voor je eigen kwetsbaarheden en dat er ruimte moet zijn voor feedback, is dit een suggestie om de kerncompetenties mee te kunnen uitbreiden.

5.3 SWOT-analyse

5.3.1 Sterktes

De methode van deze masterproef zien we als een sterkte. Het invullen van een matrix aan de hand van een initieel inductieve, vervolgens deductieve en ten slotte axiale codering is een unieke methodologie. Het bood ons de mogelijkheid om de verworven data zeer intensief te bestuderen, initieel zonder enige kapstok, om vervolgens met een nieuwe, open blik te gaan kijken, ditmaal wel volgens een vooraf opgestelde matrix. Door vervolgens de axiale codering nog toe te passen kreeg de analyse meer diepgang. Deze manier van analyse valt niet met een framework-analyse te vergelijken omdat dat vooral een deductieve analyse is. Wanneer we terug kijken naar de verschillende geïncludeerde artikels vanuit onze oriënterende literatuurstudie, merken we dat er geen enkele andere auteur aan de hand van deze methode te werk ging om te achterhalen wat professionele identiteit inhield.

Voor deze masterproef zijn de analyses gebaseerd op twee bestaande en gevalideerde concepten, namelijk de kerncompetenties van WONCA Europe (12, 22) en de subdomeinen van Fitzgerald (15). Door het terugvallen op het werk van WONCA Europe aligneren we dit onderzoek op wat Europese huisartsen verstaan onder de discipline huisartsgeneeskunde.

Een andere sterkte is de selectie van de geïnterviewde huisartsen. Er was een spreiding over Vlaanderen en tevens een mix tussen stedelijke praktijken en rurale praktijken (zie tabel 6).

Alle interviews werden door dezelfde persoon afgenomen waardoor er een uniforme manier is van interviewstijl.

5.3.2 Zwaktes

Omwille van haalbaarheid, redenen van validatie en verder onderzoek interviewden we 10 Vlaamse huisartsen uit een multidisciplinaire opleidingspraktijk. Dit heeft enerzijds een gevolg op de saturatie van data en anderzijds het niet kunnen verkrijgen van een volledig beeld van de 'Vlaamse huisarts'. Hiervoor zouden immers ook solo-artsen of niet-multidisciplinaire groepspraktijken moeten betrokken worden.

5.3.3 Kansen

De professionele omgeving van de geïnterviewde huisartsen deed in deze masterthesis enkel dienst ter validering. Echter zijn er wel gegevens van deze professionele omgeving beschikbaar. Deze kunnen dienen als basis voor een verder onderzoek om bijvoorbeeld de invloed van de huisarts op de professionele omgeving te onderzoeken en na te kijken of de huisarts daarin als rolmodel fungeert.

Dit onderzoek biedt nog meer kansen voor verder onderzoek. Zo onderzoeken twee HAIO's op dit moment hoe HAIO's kijken naar ons kader met betrekking tot professionele identiteit. De resultaten van dit onderzoek zullen gekend zijn in juni 2024.

Een van de basisstappen om tot dit onderzoek te komen was om te onderzoeken wat exact de factor van beïnvloeding is als geneeskundestudenten positief in contacten komen met huisartsen. We konden met dit onderzoek reeds een antwoord vinden op de vraag wat die professionele identiteit inhoudt. We gingen echter nog niet op zoek naar de exacte reden wat geneeskundestudenten dan het meeste aanspreekt in die professionele identiteit van rolmodellen. Dit biedt een kans voor verder onderzoek.

Bovendien zou het interessant zijn om te bekijken hoe de 4 Vlaamse Universiteiten deze matrix integreren in het vak huisartsgeneeskunde.

5.3.4 Bedreigingen

Eén van de bedreigingen van dit onderzoek is dat op het moment dat het kader voor de analyse werd ontwikkeld de nieuwste kerncompetenties (22) nog niet gepubliceerd waren. Werken met gegevens die nog niet gepubliceerd zijn brengt altijd een zeker risico met zich mee. Echter bij het voltooien van deze masterthesis waren de nieuwste kerncompetenties van WONCA Europe wel goedgekeurd en dus beschikbaar.

6. Conclusie

De conclusie van deze masterthesis is dat het onmogelijk is één beknopte weergave van professionele identiteit voor huisartsen te beschrijven omdat het zo een breed begrip is. Professionele identiteit kan wel beschreven worden op basis van verschillende kernwaarden van WONCA Europe en de verschillende subdomeinen van Fitzgerald. Het kan een basis vormen voor verder wetenschappelijk onderzoek.

7. Referenties

1. Charlotte E Rees LVM. Who are you and who do you want to be? Key considerations in developing professional identities in medicine. The Medical Journal of Australia 2018.
2. Richard L. Cruess SRC, Donald Boudreau, et all. A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educator Academic Medicine 2015;90.
3. Vandenecker A-S. Hoe wordt de professionele identiteit gevormd en welke factoren spelen hierbij een rol: een kwalitatief onderzoek bij huisartsen(-in-opleiding)

ICHO. 2019-2020.
4. Mao A. A scoping review on the influencing factors and development process of professional identity among nursing students and nurses. Journal Of professional Nursing 2020.
5. Li L. Analysis on professional identity and related factors among Chinese general practitioners: a National Cross-sectional Study. BMC Family Practice. 2020.
6. Haruta J. Doctor's professional identity and socilaisation from medical students to staff doctors in Japan: narrative analysis in qualitatiev research from a family physicion perspective. BMJ. 2020.
7. Jarmohamed J. De factoren die een rol spelen bij het kiezen van een specialisatie bij de studenten geneeskunde 2016 - 2018:44.
8. Dale V. Rolmodel. Nederlands Woordenboek Van Dale 2020.
9. Daelemans E. Hoe wordt de professionele identiteit gevormd en welke factoren spelen hierbij een rol: een kwalitatief onderzoek bij geneeskundestudenten. ICHO. 2019-2020.
10. Mark R. Holden EB, et all. Professional Identity Formation: Creating a Longitudinal Framework Through TIME (transformation in medical education). Academic Medicine 2015;90.
11. Tagawa M. Development of a scale to evaulate medical professional idenity formation BMC Medical Education 2019.
12. WONCA WfdCfp. The European Definition of General Practice/ Family Medicine 2011.
13. Jim Crossley PV-S. The development and evaluation of a professional self identity questionnaire to measure evolving professional self-identity in healt and social care students. Medical Teacher 2009;31.
14. Kevin M. Professional Identity Formation in Becoming a GP Trainer – Barriers and Enablers. 2021.
15. Fitzgerald A. Professional identity: A concept analysis. Nursing Forum 2020;55.
16. Richard L. Cruess SRC. Reframing Medical Education to Support professional identity formation Academic Medicine 2014;89.
17. Richard L. Cruess SRC, Yvonne Steinert. Amending Miller's Pyramied to Include Professional Identity Formation. Academic Medicine 2015;91.
18. Rodriguez C. Family Physicians' professional identity formation: a study protocol to explore impression management processes in institutional academic contexts. BioMed Central 2014;14.
19. Salman Y. Guraya SSG, et all. The desired concept maps and goal setting for assessing professionalism in Medicine Journal of Clinical and Diagnostic Research 2016;10(5).
20. Ong YT. Nurturing professionalism in medical schools. A systematic scoping review of training curricula between 1990–2019. Medical Teacher. 2020;42.
21. Rees C. ea. Who are you and who do you want to be? Key considerations in developing professional identities in medicine. The Medical Journal of Australia 2018.
22. WONCA WfdCfp. Core Values and principles of general practice/family medicine 2022.
23. Jeannie L. Haggerty RJR, George K. Freeman, Barbara H. Starfield, Carol E. Adair, Rachael McKendry. Continuity of care: a multidisciplinary review British Medical Journal. 2003.
24. Henk Schers CM, Caroline van de Ven, Henk van den Hoogen, R.P.T.M grol, Wil van den Bosch Hoe denken huisartsen over continuïteit in de zorg? . Huisarts en Wetenschap 2002.
25. Thomas L. Rodziewicz BH, John E. Hipskind Medical Error Reduction and Prevention 2022

8. Bijlages

8.1 Kernwaarden volgens WONCA Europe



8.2 Studieprotocol

Brief aan het Ethisch Comité

Geachte leden van het Ethisch Comité

Ik ben Sara Bosmans, een tweedejaars huisarts-in-opleiding aan de Universiteit Antwerpen. Ik wil u graag inlichten over de masterproef die ik maak in het kader van deze opleiding.

In mijn masterproef wens ik onderzoek te doen naar professionele identiteit van huisartsen. Dit door middel van een kwalitatief prospectief observationeel onderzoek bij huisartsen en hun professionele omgeving, zijnde collega's en patiënten.

Het onderzoek zal door mezelf worden uitgevoerd echter wel met advies, tips, suggesties en ideeën van mijn promotor en co-promotor.

In bijgevoegd protocol vindt u enkele documenten terug om mijn onderzoek zo duidelijk mogelijk te toe te lichten. De bijgevoegde documenten omvatten enerzijds de uitwerking van mijn protocol, het script waarmee ik gegevens wens te verzamelen, de mail die gestuurd zal worden naar mogelijke deelnemende huisartsen, een informed consent dat mondeling en schriftelijk zal worden ingevuld door deelnemende kandidaten en tot slot zal u ook CV's terugvinden van mezelf en mijn promotor.

Dit onderzoek brengt geen mogelijke risico's of nevenwerkingen met zich mee voor deelnemende kandidaten.

Alvast hartelijk bedankt voor uw interesse in mijn masterproef.

Hoogachtende groeten

Dr. Sara Bosmans

Titel van het onderzoek

Professionele identiteit van de huisarts doorgelicht. Wat betekent professionele identiteit en hoe kijkt de huisarts en zijn/haar professionele omgeving hier naar?

Gegevens van onderzoekers

Gegevens	Promotor	Co-promotor
Naam	Professor Dokter Nele Michels	Professor Dokter Peter Pype
Universiteit	Antwerpen	Gent
Faculteit	Geneeskunde	Geneeskunde
Naam Vakgroepvoorzitter	Roy Remmen	
Contactgegevens	Mailadres: nele.michels@uantwerpen.be	Mailadres: Peter.Pype@UGent.be

Gegevens	Huisarts-In-Opleiding
Naam	Dokter Sara Bosmans
Universiteit	Antwerpen
Faculteit	Geneeskunde
Opleiding	Master Na Master Huisartsgeneeskunde
Contactgegevens	Mailadres: sara.bosmans@student.uantwerpen.be GSM: 0456178026

Inleiding & onderzoeksvraag

Inleiding

De beroepskeuze van medische studenten, en of ze voor huisartsgeneeskunde of een ander specialisme kiezen, wordt beïnvloed door verschillende factoren (2-6, 21), . Eén van die factoren is het hebben van positieve ervaringen met ervaren artsen in dat bepaalde specialisme. Eerder onderzoek met betrekking tot beroepskeuze (7), toonde aan dat door toenemende positieve ervaringen met huisartsen, studenten meer interesse vertonen in huisartsgeneeskunde vertonen in huisartsgeneeskunde.

Mensen die een “rolmodel” zijn, kunnen een zekere invloed uitoefenen op wie hen als rolmodel aanschouwt. Een rolmodel (8) is (volgens het Nederlands Woordenboek Van Dale) iemand die op een voorbeeldige manier voldoet aan een wenselijk geacht rollenpatroon. Het is iemand die voldoet aan een bepaalde voorbeeldfunctie en daardoor onbewust mensen kan inspireren. Vermits een rolmodel een voorbeeldfunctie is, is het te verwachten dat hij/zij een professionele identiteit heeft die overeen komt met een professionele identiteit die men verwacht.

De laatste jaren is er redelijk veel onderzoek gedaan naar professionele identiteit van artsen. Literatuuronderzoek leert dat er verschillende definities zijn van professionele identiteit maar dat die vaak kunnen herleid worden naar dezelfde inhoud. Professionele identiteit (16) wordt omschreven als een begrip dat zich in de tijd ontwikkelt, waarbij kenmerken, waarden en normen van het medische beroep worden geïncludeerd, met als resultaat een arts met een eigen individuele denken, handelen en gedrag. Fitzgerald (15) en collega’s omschrijven professionele identiteit als een identiteit met 5 verschillende subdomeinen waaronder acties & gedrag, kennis & vaardigheden, waarden & ethiek, context & socialisatie en groeps-& persoonlijke identiteit.

Ondanks de veelheid aan studies naar professionele identiteit, benadrukken ze allen het belang voor verder onderzoek naar de ontwikkeling van professionele identiteit.

Hoe huisartsen kijken naar dit begrip van professionele identiteit en hoe ze dit begrip zelf zouden invullen is echter nog niet gekend. Door te achterhalen wat professionele identiteit betekent voor huisartsen, kunnen we nadien in verder onderzoek gaan nakijken wat het verband is tussen professionele identiteit en kenmerken van rolmodellen als huisarts, en hoe die rolmodellen een invloed hebben op de ontwikkeling van de professionele identiteit.

Onderzoeksvraag

Hoe wordt professionele identiteit van huisartsen in de literatuur gedefinieerd en hoe kijkt de huisarts en zijn professionele omgeving hier naar?

Methode

Het onderzoek is een kwalitatief prospectief observationeel onderzoek uitgevoerd bij de twee beschreven doelgroepen: 1) ervaren huisartsen en 2) de professionele omgeving van deze huisartsen, zijnde de collega's en patiënten.

Het onderzoek is kwalitatief omdat door middel van een kwalitatieve onderzoeksmethode er ruimte is om te achterhalen wat de ideeën, ervaringen of betekenissen van de onderzoekspopulatie is, en er is ruimte voor uitweiding. Deze manier van onderzoek sluit aan bij de opgestelde onderzoeksvraag omdat we willen weten hoe een huisarts en zijn professionele omgeving kijken naar professionele identiteit en hoe zij dit begrip ervaren.

De deelnemende huisartsen zullen geïnterviewd worden aan de hand van een individueel semi-gestructureerd interview. Het semi-gestructureerd interview geeft de mogelijkheid om enkele vastgelegde thema's aan bod te laten komen, maar geeft anderzijds ook de kans om hierover uit te weiden. Vermits het onderzoek gaat over professionele identiteit van huisartsen, willen we dat bij de geïnterviewde huisartsen die vastgelegde thema's zeker aan bod komen.

De professionele omgeving van de huisartsen zal ook individueel worden geïnterviewd maar volgens de methode van een open interview. De ervaring en mening van de professionele omgeving dient ter ondersteuning en verdieping van de ideeën van de geïnterviewde huisartsen, daarom worden zij geïnterviewd aan de hand van open interview.

Gezien zowel de huisarts als zijn professionele omgeving zullen geïnterviewd worden, zal het interview plaats vinden in de praktijk van de geïnterviewden.

Script

De huisartsen en hun professionele omgeving zullen geïnterviewd worden volgens een vooraf opgesteld script.

- Huisartsen: Zie bijlage 1
- Omgeving huisartsen: Zie bijlage 2

Het script zal gebaseerd zijn op enerzijds de 7 kernwaarden van voor huisartsgeneeskunde volgens WONCA (12) en anderzijds de 5 kenmerken van Fitzgerald (15). De WONCA (12) kerncompetenties worden in november 2021 opnieuw bijgewerkt (*; Pers. Com. N. Michels). De 7 nieuwe competenties zijn; patiënt-centrale zorg, gelijkheid van zorg, continuïteit van zorg, wetenschappelijk georiënteerde zorg, professionalisme in de zorg, coöperatie in de zorg en gemeenschapsgerichte zorg.

Rekrutering

We kiezen te rekruteren onder de huisartsopleidingspraktijken verbonden aan het ICHO. Via mail (databestand ICHO) en de nieuwsbrief (ICHO Actua) worden ze uitgenodigd om deel te nemen aan dit onderzoek.

Van de deelnemende praktijken wordt steeds 1 huisarts, namelijk de praktijkopleider geïnterviewd. Onder de professionele omgeving verstaan we mensen die de huisarts in zijn rol als huisarts ontmoeten. De omgeving omvat dus de mensen die in de huisartsenpraktijk komen, hetzij als patiënt, hetzij als collega (niet-huisarts). Bij deze laatste categorie kunnen we denken aan huisarts-in-opleiding (HAIO), verpleegkundige, secretaresse, psycholoog,…. We rekruteren dus huisartsen en de professionele omgeving van multidisciplinaire opleidingspraktijken.

Wanneer de huisarts beslist om mee te doen, zal deze bij zijn professionele omgeving moeten informeren of er andere collega's bereid zijn tot een kort interview. Het aantal collega's die zullen geïnterviewd worden als professionele omgeving hangt af van de beschikbaarheid van die collega's. Het minimum aantal collega's dat moet geïnterviewd worden als professionele identiteit is 2, met name de HAIO en 1 andere persoon.

Mogelijke bias van deze manier van rekruteren/selectie van deelnemers is de mogelijkheid van zelfselectie: enkel geïnteresseerde praktijken zullen reageren. Een tweede bias is dat het profiel van een praktijkopleider mogelijks niet helemaal overeen komt met het profiel van een doorsnee huisarts in Vlaanderen. Anderzijds kunnen we voor vervolg onderzoek naar professionele identiteit en rolmodellen in de opleiding meteen starten met gegevens van bepaalde rolmodellen, namelijk de praktijkopleiders. Vervolgens beseffen we dat slechts één type praktijk wordt meegenomen en dat collega-huisartsen en ziekenhuisspecialisten niet worden geïncludeerd. De beslissing wordt voornamelijk genomen omwille van haalbaarheid. Anderzijds, met het oog op vervolgonderzoek m.b.t de opleiding, wensen we de HAIO wel mee te interviewen als professionele omgeving van de huisarts. Voor dit onderzoek wensen we 10 praktijkopleiders met hun professionele omgeving te interviewen. Een steekproefgrootte van 10 huisartsenpraktijken, is binnen het gegeven van een masterproef haalbaar en geeft ons zeker een eerste beeld over de huisartsenidentiteit. Wanneer we merken dat de antwoorden van deze eerste 10 interviews het nodig achten om meer praktijken te includeren, kan in latere instantie dit door extra onderzoek nog extra aanvullend gedaan worden.

Inclusiecriteria rekrutering	Exclusiecriteria rekrutering
Opleidingspraktijken	Niet-opleidingspraktijken
Multidisciplinair	Solo-artsen, groepspraktijken maar niet multidisciplinair
Professionele omgeving: patiënten en collega's niet-huisarts, HAIO's	Professionele omgeving: collega's huisartsen, ziekenhuisspecialisten

Analyse

De gegevens zullen worden geanalyseerd volgens een zelf opgestelde matrix welke enerzijds de 7 kernwaarden van WONCA (12) omvat en anderzijds de onderverdeling van professionele identiteit volgens Fitzgerald (15) omvat. Op die manier kunnen we de 7 kerncompetenties groeperen volgens 1 subdomein van professionele identiteit.

De gegevens van de verschillende subdomeinen worden vervolgens samen gebundeld tot 1 grote beschrijving van professionele identiteit. Deze gegevens worden geanalyseerd aan de hand van tabel 1.

De informatie bekomen van de professionele omgeving zullen ook worden ingedeeld volgens de 5 subdomeinen van professionele identiteit maar worden niet onderverdeeld volgens de kernwaarden van WONCA, zie tabel 2. Vervolgens wordt er gekeken naar overeenkomsten van de interviews bij de

huisartsen. Deze gegevens zullen tevens gebruikt worden om biassen bij de geïnterviewde huisartsen te kunnen excluderen.

Subdomeinen PI volgens Fitzgerald	Kerncompetenties huisartsgeneeskunde volgens WONCA	Persoons - centrale zorg	Gelijkheid van zorg	Continuïteit van de zorg	Wetenschappelijk georiënteerde zorg	Professionalisme in de zorg	Coöperatie in de zorg	Gemeenschapsgerichte zorg	Kerncompetenties volgens subdomeinen PI
Acties & Gedrag									
Kennis & Vaardigheden									
Waardes & Ethiek									
Context & Socialisatie									
Groeps- en Persoonlijke identiteit									

Tabel 1: Analyse voor interviews van huisartsen
PI: professionele identiteit

Subdomeinen PI volgens Fitzgerald	Kenmerken van een huisarts	
	Typisch	Niet-typisch
Acties & Gedrag		
Kennis & Vaardigheden		
Waarden & Ethiek		
Context & Socialisatie		
Groeps- en Persoonlijke identiteit		

Tabel 2: Analyse voor professionele omgeving van huisartsen
PI: professionele identiteit

Gegevensverzameling

De interviews zullen, na mondelinge en schriftelijke goedkeuring van de geïnterviewde, worden opgenomen met een smartphone. Na opname worden ze bewaard op een beveiligde laptop van de onderzoeker HAIO. Deze interviews worden tevens bewaard op een externe harde-schijf van de HAIO en op een bewaarplatform van de promotor.

Vervolgens zullen deze interviews gegroepeerd worden per praktijk, maar zullen de gegevens wel gepseudonimiseerd worden bewaard. De geïnterviewden van de deelnemende praktijken hebben geen mogelijkheid om de interviews van hun collega's te bemachtigen.

Na analyse van de gepseudonimiseerde interviews zullen de opnames niet langer in bezit blijven van de HAIO maar zullen deze allemaal bewaard worden bij de promotor (Universiteit Antwerpen).

De gegevens worden voor een periode van 20 jaar bewaard.

Verwachte resultaten

Aan de hand van de analyse volgens tabel 1 en 2, verwachten we de 5 subdomeinen van professionele identiteit volgens Fitzgerald (15) in te kunnen vullen met eigenschappen van Vlaamse huisartsen die tevens praktijkopleider zijn in een multidisciplinaire praktijk.

Bijgevoegde extra documenten

- Bijlage 1: Script voor huisartsen
- Bijlage 2: Script voor professionele omgeving van de huisarts
- Bijlage 3: Uitnodigingsmail
- Bijlage 4: Informed Consent

Referentielijst

1. Charlotte E Rees LVM. Who are you and who do you want to be? Key considerations in developing professional identities in medicine. The Medical Journal of Australia 2018.
2. Richard L. Cruess SRC, Donald Boudreau, et all. . A schematic representation of the professional identity formation and socialization of medical students and residents: a guide for medical educator Academic Medicine 2015;90.
3. Vandenecker A-S. Hoe wordt de professionele identiteit gevormd en welke factoren spelen hierbij een rol: een kwalitatief onderzoek bij huisartsen(-in-opleiding)

ICHO. 2019-2020.
4. Mao A. A scoping review on the influencing factors and development process of professional identity among nursing students and nurses. Journal Of professional Nursing 2020.
5. Li L. Analysis on professional identity and related factors among Chinese general practitioners: a National Cross-sectional Study. BMC Family Practice. 2020.
6. Haruta J. Doctor's professional identity and socilaisation from medical students to staff doctors in Japan: narrative analysis in qualitatiev research from a family physicion perspective. BMJ. 2020.
7. Jarmohamed J. De factoren die een rol spelen bij het kiezen van een specialisatie bij de studenten geneeskunde 2016 - 2018:44.
8. Dale V. Rolmodel. Nederlands Woordenboek Van Dale 2020.
9. Daelemans E. Hoe wordt de professionele identiteit gevormd en welke factoren spelen hierbij een rol: een kwalitatief onderzoek bij geneeskundestudenten. ICHO. 2019-2020.
10. Mark R. Holden EB, et all. . Professional Identity Formation: Creating a Longitudinal Framework Through TIME (transformation in medical education). Academic Medicine 2015;90.
11. Tagawa M. Development of a scale to evaulate medical professional idenity formation BMC Medical Education 2019.
12. WONCA WfdCfp. The European Definition of General Practice/ Family Medicine 2011.
13. Jim Crossley PV-S. The development and evaluation of a professional self identity questionnaire to measure evolving professional self-identity in healt and social care students. Medical Teacher 2009;31.
14. Kevin M. Professional Identity Formation in Becoming a GP Trainer – Barriers and Enablers. 2021.
15. Fitzgerald A. Professional identity: A concept analysis. Nursing Forum 2020;55.
16. Richard L. Cruess SRC. Reframing Medical Education to Support professional identity formation Academic Medicine 2014;89.
17. Richard L. Cruess SRC, Yvonne Steinert. Amending Miller's Pyramied to Include Professional Identity Formation. Academic Medicine 2015;91.
18. Rodriguez C. Family Physicians' professional identity formation: a study protocol to explore impression management processes in institutional academic contexts. BioMed Central 2014;14.
19. Salman Y. Guraya SSG, et all. . The desired concept maps and goal setting for assessing professionalism in Medicine Journal of Clinical and Diagnostic Research 2016;10(5).
20. Ong YT. Nurturing professionalism in medical schools. A systematic scoping review of training curricula between 1990–2019. Medical Teacher. 2020;42.

21. Rees C. ea. Who are you and who do you want to be? Key considerations in developing professional identities in medicine. The Medical Journal of Australia 2018.
22. WONCA WfdCfp. Core Values and principles of general practice/family medicine 2022.
23. Jeannie L. Haggerty RJR, George K. Freeman, Barbara H. Starfield, Carol E. Adair, Rachael McKendry. Continuity of care: a multidisciplinary review British Medical Journal. 2003.
24. Henk Schers CM, Caroline van de Ven, Henk van den Hoogen, R.P.T.M grol, Wil van den Bosch Hoe denken huisartsen over continuïteit in de zorg? . Huisarts en Wetenschap 2002.
25. Thomas L. Rodziewicz BH, John E. Hipskind Medical Error Reduction and Prevention 2022.

Bijlages

Bijlage 1: Script voor huisartsen (praktijkopleiders)

Inleiding

Beste dokter …

Nogmaals hartelijk bedankt voor uw deelname aan mijn masterproef. Vooraleer we starten stel ik mezelf graag nog eens even voor. Ik ben Sara Bosmans en zit ondertussen in mijn 2e opleidingsjaar tot huisarts. Deze opleiding volg ik aan de Universiteit Antwerpen. In het kader van deze opleiding moet ik een masterproef schrijven. Het onderwerp van deze masterproef is professionele identiteit bij huisartsen. Ik zou deze professionele identiteit enerzijds willen onderzoeken vanuit het standpunt van de huisarts en anderzijds van het standpunt van de collega's/patiënten van een huisarts. Omwille van die reden ga ik hierop aansluitend ook enkele van uw collega's en patiënten interviewen.

Ik ga de professionele identiteit bevragen aan de hand van een zevental vragen waarop u steeds ruimte krijgt om hierop te antwoorden. Het zou kunnen dat ik op sommige van uw antwoorden wat dieper zal ingaan. Indien u zich om een reden belet voelt om te antwoorden op een vraag, mag u dit uiteraard gewoon meedelen en gaan we naar een volgende vraag.

Graag zou ik dit interview ook opnemen met de audio-opname van mijn smartphone. Deze opnames dienen om nadien uw gegevens te kunnen uitschrijven en te kunnen analyseren. Deze gegevens zullen gepseudonimiseerd verwerkt worden. Uw naam komt niet mee op de opname en zal ook niet worden vermeld bij het uitwerken van de analyse. Indien u hiermee akkoord gaat zou ik u willen vragen om bijhorende informed consent te handtekenen. Zoals ik net zei, zullen ook enkele van uw collega's en patiënten geïnterviewd worden. Wat u mij vertelt aanschouw ik als mijn beroepsgeheim en zal in geen geval met uw collega's gedeeld worden. U krijgt ook achteraf elkaars interviews niet.

Tijdens het interview zou het kunnen dat ik enkele notities maak, deze notities hebben enkel als doel om dit interview zo vlot en gestructureerd mogelijk te laten verlopen en helpen bij het verwerken nadien.

Tot slot zou ik graag nog enkele algemene afspraken met u willen overlopen.

- Zou het mogelijk zijn om uw gsm even op stil te zetten zodat deze geen afleiding kan geven tijdens het interview?
- Ik herhaal nogmaals dat indien u zich belet voelt om te antwoorden op een vraag, u dit uiteraard gewoon mag meedelen en we verder gaan naar een volgende vraag.
- Indien om u een andere reden het interview wenst stop te zetten, kan u dit gerust aangeven.
- Indien er informatie is die ik niet aan u bevraag maar waarvan u acht dat dit belangrijk is, mag u dit uiteraard steeds toevoegen.

Zijn er nog vragen van uw kant vooraleer we starten aan het interview?

Indien niet, ga ik mijn audio-recorder opzetten en start ik het interview.

Topic-lijst

Onderstaande vindt u een topic-lijst met 7 vragen. Onder elke vraag staan enkele mogelijkheden ter aanvulling.

1) Wat betekent voor u 'patiëntgerichte' zorg?

a. Hoe houdt u rekening met het bio-psycho-sociale van de patiënt?
b. Neemt u in uw praktijk patiënt-shared-decissions?
c. Welke vaardigheden/kennis vindt u noodzakelijk om patiëntgericht te kunnen werken? (kennis & vaardigheden)
d. Is er een verschil in visie tussen de collega's onderling omtrent patiëntgerichte zorg?
e. Wordt u in uw patiëntgerichte zorg beïnvloed door uw omgeving?
f. Vindt u het belangrijk om patiëntgericht te werken?
g. Heeft u hier een voorbeeld van?
h. Hoe voelt u zich daarbij?

2) Hoe zorgt u voor 'gelijkheid in zorg' in uw praktijk?
   a. Vindt u het gemakkelijk om die gelijkheid toe te passen of ervaart u hier soms moeilijkheden bij?
   b. Welke kennis of vaardigheden heeft u om gelijkheid van zorg te kunnen toepassen in de praktijk?
   c. Welke kennis of vaardigheden mist u om die gelijkheid van zorg optimaal te voorzien?
   d. Vindt u het belangrijk dat er gelijkheid van zorg is in uw praktijk?
   e. Is er een verschil in visie tussen de collega's onderling omtrent gelijkheid in zorg? Beïnvloedt dit u?
   f. Heeft u van uw collega's iets nodig om gelijkheid in zorg te kunnen toepassen?
   g. Kunt u hier voorbeelden van geven? Wat deed dat met u?
3) Hoe voorziet u continuïteit van zorg bij uw patiënten?
   a. Wat betekent die 'continuïteit' voor u?
   b. Hoe organiseert u dit in uw praktijk?
   c. Vindt u het belangrijk om continuïteit te voorzien?
   d. Welke vaardigheden heeft u om continuïteit te voorzien in uw praktijk?
   e. Welke vaardigheden mist u?
   f. Is er een verschil in visie tussen de collega's omtrent continuïteit? Beïnvloedt dit u?
   g. Hoe helpen uw collega's om continuïteit in zorg te voorzien?
   h. Heeft u hier een voorbeeld van?
4) Hoe zorgt u ervoor om evidence based te werken?
   a. Stoot u op valkuilen of moeilijkheden?
   b. Merkt u hier verandering in de laatste jaren?
   c. Hoe onderhoudt u het evidence based werken?
   d. Zijn er zaken die het evidence based werken vergemakkelijken of bemoeilijken?
   e. Wat doet u triggeren om evidence based te blijven werken? Hebben uw collega's hier een invloed op?
   f. Vindt u het zelf belangrijk om evidence based te blijven werken?
   g. Is er een verschil in visie tussen de collega's omtrent evidence based werken? Beïnvloedt dit u? Helpen uw collega's om evidence based te werken?
   h. Welke vaardigheden of kennis heeft u om evidence based te werken?
   i. Heeft u hier een voorbeeld van?
5) Is er in uw werk als huisarts ook ruimte voor ontwikkeling van uw eigen professionele identiteit (bv aan de hand van stages in uw praktijk, les geven, …)?
   a. Vindt u dit belangrijk? Waaraan merkt u dit?
   b. Hoe ervaart u professionalisme? Wat houdt dit voor u in?
   c. Hoe stimuleert u uw professionele ontwikkeling?
   d. Wat triggert u om te blijven ontwikkelen als arts?
   e. Wat vindt u belangrijk in uw eigen professionele identiteit?

f. Wordt u hierin soms beïnvloed door collega's?
g. Hebben patiënten een invloed op deze professionele ontwikkeling?

6) Hoe ervaart u als huisarts de samenwerking met andere disciplines?
   a. Wanneer doet u vooral beroep op andere disciplines?
   b. Regelt u zelf contact met andere disciplines of laat u dit over aan een secretaresse/ patiënt?
   c. Wat ervaart u als een gemis in deze samenwerking?
   d. Wat vindt u het ideaal beeld van zo'n samenwerking?
   e. Wordt u regelmatig gecontacteerd door andere disciplines? Hoe ervaart u dit?
   f. In welke situaties doet u meest beroep op andere disciplines?
   g. Vindt u het belangrijk om multidisciplinair te werken?
   h. Welke vaardigheden heeft u als arts ontwikkeld om te kunnen samenwerken met andere disciplines?
   i. Welke vaardigheden mist u hieromtrent?
   j. Is dit een uniforme manier van werken in de praktijk? Wordt u hierin gesteund door uw collega's? Wordt u door hen beïnvloedt?
   k. Kunt u dit uitleggen aan de hand van een concreet voorbeeld?
7) Wat vindt u van de 'gemeenschapsgerichte zorg'?
   a. Hoe organiseert u dit in uw omgeving? Hoe bereikt u grote groepen patiënten uit uw praktijk, bv voor de opstart van griepvaccinatie?
   b. Onderneemt u hierin stappen om dit te betrekken in uw praktijk?
   c. Welke kennis of vaardigheden heeft u als arts om gemeenschapsgericht te werken? Welke mist u?
   d. Is er een verschil in visie tussen de collega's op vlak van gemeenschapsgerichte zorg? Hoe vullen deze visies elkaar aan/niet aan? Hoe beïnvloedt dit uw manier van werken?
   e. Hoe zouden uw collega's u hierin nog kunnen ondersteunen?
   f. Zijn er zaken waarvoor dit reeds van toepassing is in de praktijk? Hoe hebt u dit geregeld?
      Zijn er zaken waarvoor u meer op gemeenschapsniveau zou willen werken? Wat zijn hierin barrières?
   g. Vindt u gemeenschapsgerichte zorg belangrijk om vanuit een huisartsenpraktijk te organiseren?
   h. Heeft de populatie van uw praktijk hier een invloed op?
   i. Heeft uw eigen identiteit hier een invloed op?
   j. Kunt u dit uitleggen aan de hand van enkele voorbeelden*?*

Afsluiting

Heel hartelijk bedankt voor dit interview. Uw antwoorden zijn van grote waarde voor mijn onderzoek.

Had u nog een vragen voor mij? Indien niet sluit ik het interview hier af en zet ik tevens de audio-opname uit.

Bijlage 2: Script voor professionele omgeving van de geïnterviewde huisarts (collega's, patiënten, …)

Inleiding

Beste…..

Nogmaals hartelijk bedankt voor uw deelname aan mijn masterproef. Vooraleer we starten stel ik mezelf graag nog eens even voor. Ik ben Sara Bosmans en zit ondertussen in mijn 2e opleidingsjaar tot huisarts. Deze opleiding volg ik aan de Universiteit Antwerpen. In het kader van deze opleiding moet ik een masterproef schrijven. Het onderwerp van deze masterproef is professionele identiteit bij huisartsen. Ik zou deze professionele identiteit enerzijds willen onderzoeken vanuit het standpunt van de huisarts en anderzijds van het standpunt van de collega's/patiënten van een huisarts. Omwille van die reden ga ik hierop aansluiten ook enkele van uw collega's interviewen.

Ik ga de professionele identiteit bevragen aan de hand van 2 vragen waarop u ruimte krijgt om hierop te antwoorden. Het zou kunnen dat ik op uw antwoorden wat dieper zal ingaan. Indien u zich om een reden belet voelt om te antwoorden op een vraag, mag u dit uiteraard gewoon meedelen en gaan we verder met een andere vraag.

Graag zou ik dit interview ook opnemen met de audio-opname van mijn smartphone. Deze opnames dienen om nadien uw gegevens te kunnen uitschrijven en te kunnen analyseren. Deze gegevens zullen gepseudonimiseerd verwerkt worden. Uw naam komt niet mee op de opname en zal ook niet worden vermeld bij het uitwerken van de analyse. Indien u hiermee akkoord gaat zou ik u willen vragen om bijhorende informed consent te handtekenen. Zoals ik net zei, zullen ook enkele van uw collega's geïnterviewd worden. Wat u mij vertelt aanschouw ik als mijn beroepsgeheim en zal in geen geval met uw collega's gedeeld worden. U krijgt ook achteraf elkaars interviews niet.

Tijdens het interview zou het kunnen dat ik enkele notities maak, deze notities hebben enkel als doel om dit interview zo vlot en gestructureerd mogelijk te laten verlopen.

Tot slot zou ik graag nog enkele algemene afspraken met u willen overlopen.

- Zou het mogelijk zijn om uw gsm even op stil te zetten zodat deze geen afleiding kan geven tijdens het interview?
- Ik herhaal nogmaals dat indien u zich belet voelt om te antwoorden op een vraag, u dit uiteraard gewoon mag meedelen en we verder gaan naar een volgende vraag.
- Indien om u een andere reden het interview wenst stop te zetten, kan u dit gerust aangeven.
- Indien er informatie is die ik niet aan u bevraag maar waarvan u acht dat dit belangrijk is, mag u dit uiteraard steeds toevoegen.

Zijn er nog vragen van uw kant vooraleer we starten aan het interview?

Indien niet, ga ik mijn audio-recorder opzetten en start ik het interview.

Topic-lijst

1) Wat vindt u typische kenmerken voor een huisarts bij Dr. …..?
    a. Aanvullende vragen: Wat maakt dit zo typisch? Waarom vindt u dat dit past bij Dr. …? Kunt u een voorbeeld geven? Kunt u dat wat meer verklaren?

2) Wat vindt u niet-typische kenmerken voor een huisarts bij Dr. ….?
    a. Aanvullende vragen: Wat maakt dat u dit niet-typische vindt? Waarom vindt u dat dit kenmerk past/ niet-past bij Dr. ….? Kunt u een voorbeeld geven? Kunt u wat meer verklaren?

Afsluiting

Heel hartelijk bedankt voor dit interview. Uw antwoorden zijn van grote waarde voor mijn onderzoek.

Had u nog een vragen voor mij? Indien niet sluit ik het interview hier af en zet ik tevens de audio-opname uit.

Bijlage 3: Uitnodigingsmail

Beste huisarts, beste praktijkopleider

Ik ben Sara Bosmans, een tweedejaars HAIO aan de Universiteit Antwerpen. In het kader van mijn opleiding tot huisarts schrijf ik een masterproef rond professionele identiteit. Met deze masterproef wens ik te onderzoeken wat professionele identiteit inhoudt voor ervaren huisartsen. Tevens wil ik nagaan hoe de professionele omgeving van de huisarts (collega-huisartsen/ HAIO/ secretariaatsmedewerker/ verpleegkundige/ kinesist/…) die mee werkzaam is in de huisartsenpraktijk, denkt over de professionele identiteit van een huisarts.

De gegevensverzameling voor dit onderzoek zal plaatsvinden via individuele interviews die ongeveer een 30tal minuten zullen duren per persoon. De gegevens worden op een gepseudonimiseerde manier verwerkt. Dit betekent dat uw naam, voornaam, geboortedatum en woonplaats vervangen worden door een code. Alle verdere verwerkingen gebeuren op deze gepseudonimiseerde gegevens. Het verband tussen de code en uw persoon wordt wel bewaard. Deze link wordt enkel gebruikt om in uw eigenbelang bepaalde informatie naar u te kunnen terugkoppelen.

Deelname aan deze studie brengt geen nadelen of risico's met zich mee. Wel kan u achteraf ontdekken of uw professionele identiteit overeenkomt met collega-huisartsen.

Concreet ben ik voor mijn masterproef op zoek naar praktijkopleiders die vrijwillig wensen deel te nemen aan deze studie. Belangrijk is ook dat u werkzaam bent in een multidisciplinaire praktijk en dat ook uw HAIO en één of meerdere collega's bereid zijn om een klein beetje van hun tijd op te offeren voor mijn onderzoek. Jullie hoeven je niet te verplaatsen, ik kom graag langs bij jullie op de praktijk.

Indien u nog vragen heeft in verband met dit onderzoek kan u me steeds bereiken via sara.bosmans@student.uantwerpen.be . Ik probeer zo snel mogelijk uw vragen te beantwoorden.

Wenst u deel te nemen? Alvast hartelijk bedankt! U kan mij bereiken via sara.bosmans@student.uantwerpen.be om concreet verder af te spreken.

Vriendelijke groeten en hopelijk tot binnenkort

Dokter Sara Bosmans - Huisarts-In-Opleiding

Professor Dokter Nele Michels – Promotor

Professor Dokter Peter Pype – Co-promotor

Bijlage 4: Informed Consent

INFORMATIEDOCUMENT VOOR DE DEELNEMER AAN EEN NIET-COMMERCIEEL EXPERIMENT OP DE MENSELIJKE PERSOON

Titel van het onderzoek:
Professionele identiteit doorgelicht. Wat betekent professionele identiteit en hoe kijkt de huisarts en zijn/haar professionele omgeving hier naar?

Opdrachtgever:
ICHO
Kapucijnenvoer 33 - Blok j - bus 7001
3000 - Leuven

Promotor(s):
Promotor: Professor Dokter Nele Michels
Co-promotor: Professor Dokter Peter Pype

Onderzoeker(s):
Dokter Sara Bosmans
Universiteit Antwerpen
Contactgegevens: sara.bosmans@student.uantwerpen.be

Contactpersoon voor informatie:
Sara Bosmans
Universiteit Antwerpen
sara.bosmans@student.uantwerpen.be
0456178026

Commissie voor Medische Ethiek:
Ethisch Comité UZA-UA
UZA, Wilrijkstraat 10, B-2650 Edegem
Tel +32 3 821 38 97 - Fax +32 3 821 42 54
Ethisch.Comite@uza.be

Beste deelnemer,

U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een onderzoek met betrekking tot het onderzoeken van professionele identiteit bij huisartsen en hun professionele omgeving.

Vooraleer u toestemt om aan dit onderzoek deel te nemen, is het belangrijk dat u dit formulier leest.

1. Studiespecifieke inlichtingen

Dit onderzoek werd op … *(datum)* goedgekeurd door het onafhankelijke Ethisch Comité UZA.

Doel en beschrijving van het onderzoek

Dit is een wetenschappelijk onderzoek waaraan, naar verwachting in totaal 10 huisartsen met hun daarbij behorende professionele omgeving zullen deelnemen.

Deze studie heeft tot doel te achterhalen wat professionele identiteit betekent voor huisartsen en hun professionele omgeving.

Dit is een observationele studie. Dit betekent dat dit onderzoek gebaseerd wordt op informatie die verkregen wordt zonder een interventie uit te voeren.

De deelnemende artsen en hun professionele omgeving zullen door middel van een interview gevraagd worden naar hun mening/ideeën over professionele identiteit.

Indien u aanvaardt om aan dit onderzoek deel te nemen en indien u voldoet aan alle voorwaarden voor deelname, dan zullen er aan u enkele vragen worden gesteld waarop u gevraagd wordt te antwoorden.

Duur van het onderzoek

Het totale onderzoeksproject zal ongeveer anderhalf jaar duren. Uw deelname zal ongeveer 30 minuten duren.

Voor- en nadelen

Aan dit onderzoek zijn geen nadelen of risico's verbonden. U kan hiermee wel te weten komen of uw professionele identiteit overeenkomt met hoe anderen hun professionele identiteit omschrijven.

De informatie die dit onderzoek oplevert, kan bijdragen tot een betere kennis over professionele identiteit welke later kan bijdragen tot verder onderzoek in kader van onderwijs binnen de geneeskunde-opleiding.

2. Algemene informatie over de deelname aan een onderzoek

Vrijwillige deelname

Indien u toestemt om deel te nemen aan het onderzoek, dient u deze informatiefolder te bewaren en zal er u gevraagd worden het aangehechte toestemmingsformulier te ondertekenen.

U neemt geheel vrijwillig deel aan deze studie en u heeft het recht te weigeren eraan deel te nemen.

U heeft ook het recht om uw deelname aan het onderzoek op elk ogenblik stop te zetten, zelfs nadat u het toestemmingsformulier ondertekend heeft. U hoeft hiervoor geen reden te vermelden. Het intrekken van uw toestemming zal geen enkel nadeel of verlies van voordelen met zich meebrengen.

Uw deelname aan het onderzoek kan ook, zonder uw toestemming, op elk ogenblik stopgezet worden door de onderzoeker(s), het Ethisch Comité of de opdrachtgever. Mogelijke redenen voor zulke beslissing kunnen onder andere zijn:

- U houdt zich niet aan de instructies voor deelname aan het onderzoek
- Er wordt tijdens het onderzoek vastgesteld dat u toch niet of niet meer aan de voorwaarden voor deelname voldoet

Aansprakelijkheid en verzekering

Indien u schade ondervindt als gevolg van uw deelname aan dit onderzoek, zal u of uw rechthebbenden door de opdrachtgever van dit onderzoek vergoed worden voor deze schade, overeenkomstig de geldende Belgische wetgeving. U hoeft hiervoor geen fout aan te tonen.

De opdrachtgever heeft een foutloze verzekering afgesloten die de eventuele schade dekt die zou voorvloeien uit dit onderzoek. U of uw rechthebbenden kunnen hiervoor op elk ogenblik deze verzekeraar rechtstreeks dagvaarden.

Kosten en vergoeding

Deze studie zal voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen. Alle kosten die voortvloeien uit uw deelname aan het onderzoek zijn voor rekening van de onderzoeker of de opdrachtgever. Kosten

die geen verband houden met de studie doch deel zijn van uw behandeling, blijven ten laste van u en uw ziekenfonds en/of verzekeraar.
Er is geen vergoeding voorzien voor uw deelname.

Bescherming van uw persoonlijke levenssfeer

Uw identiteit en uw deelname aan dit onderzoek worden strikt vertrouwelijk behandeld. U zal niet bij naam of op een andere wijze geïdentificeerd worden in dossiers, resultaten of publicaties in verband met het onderzoek.

Om uw privacy te garanderen met betrekking tot het bewaren en verwerken van de gegevens in het kader van deze studie, worden uw gegevens gepseudonimiseerd. Dit betekent dat uw naam, voornaam, geboortedatum en woonplaats vervangen worden door een code. Alle verdere verwerkingen gebeuren op deze gepseudonimiseerde gegevens. Het verband tussen de code en uw persoon wordt wel bewaard. Deze link wordt enkel gebruikt om in uw eigenbelang bepaalde informatie naar u te kunnen terugkoppelen.

Bescherming van uw persoonsgegevens

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek betekent dit dat u toestemming geeft tot het gebruik van uw persoonsgegevens die in het kader van dit onderzoek worden verzameld.

U kan de toestemming om uw gegevens te verzamelen en te verwerken op elk moment intrekken. Indien uw studiedeelname voortijdig gestopt wordt, zal uw oorspronkelijke toestemming het gebruik toelaten van de over u verzamelde gegevens met betrekking tot de periode dat u in het onderzoek ingesloten was.

Enkel personen die rechtstreeks bij het onderzoek betrokken zijn, zullen toegang hebben tot uw gegevens. Uw gegevens worden niet doorgegeven aan derden.

De onderzoekers zullen uw gegevens bewaren gedurende een periode van 20 jaar.

De verantwoordelijke voor de databank waarop uw interview zal bewaard worden is prof. Dr. Nele Michels.

U heeft het recht aan de onderzoeker te vragen welke gegevens er over u worden verzameld in het kader van het onderzoek en wat de bedoeling ervan is. U kan vragen om bepaalde gegevens te verbeteren of te wissen, of om uw gegevens niet meer te gebruiken.
Alle gegevens die van u verzameld worden, zullen behandeld worden in overeenstemming met de “Richtlijn tot bescherming van individuen betreffende het verwerken van persoonlijke gegevens” en de nationale wetgeving die daarop van toepassing is. De Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (General Data Protection Regulation (AVG/GDPR) – EU2016/679) en de Belgische wetgeving die deze verordening verder uitwerkt.

De contactgegevens van de DPO en DPA kan u terug vinden bij de eindverantwoordelijke van deze masterproef, Prof. Dr. Nele Michels.

De Universiteit Antwerpen is als opdrachtgever van de studie verantwoordelijk voor de verwerking van uw persoonsgegevens. Zij heeft daartoe een functionaris voor de gegevensverwerking aangesteld.

Vragen betreffende het beheer van uw gegevens kan u stellen aan de onderzoeksarts, uw behandelend arts of aan de functionaris voor de gegevensbescherming van het UA via email: dpo@uza.be of via sara.bosmans@student.uantwerpen.be of via nele.michels@uantwerpen.be of via

Wanneer u vindt dat uw rechten met betrekking tot uw persoonsgegevens onvoldoende worden gerespecteerd, kan u steeds terecht bij de functionaris voor de gegevensbescherming die desgevallend de nodige maatregelen zal treffen. U hebt ook het recht om een klacht in te dienen bij de Belgische Gegevensbeschermingsautoriteit.

Meer informatie kan u nalezen op https://www.uza.be/privacy.html.

We hopen u met dit document voldoende informatie te hebben gegeven over het onderzoek.

U heeft het recht om op elk ogenblik bijkomende vragen te stellen over de inhoud, het doel of het verloop van het onderzoek, over de mogelijke en/of bekende voor- en nadelen die dit onderzoek voor u inhoudt, enz.. U kunt zich daarvoor wenden tot de onderzoeker(s).

27/12/2021

TOESTEMMINGSFORMULIER

Professionele identiteit doorgelicht. Wat betekent professionele identiteit en hoe kijkt de huisarts en zijn/haar professionele omgeving hier naar?

Deel enkel bestemd voor de deelnemer:

Hierbij bevestig ik, ondergetekende …… *(naam en voornaam deelnemer – indien van toepassing: handelend als wettelijke vertegenwoordiger van ……)* dat ik over het onderzoek ben ingelicht en een kopie van het informatiedocument ontvangen heb.

Ik heb de informatie gelezen en begrepen. De onderzoeker heeft mij voldoende informatie gegeven met betrekking tot het doel en het opzet van het onderzoek, de voorwaarden en de duur ervan, en de mogelijke bekende voor- of nadelen die dit onderzoek voor mij kunnen inhouden. Bovendien werd mij voldoende tijd gegeven om de informatie te overwegen en om vragen te stellen, waarop ik bevredigende antwoorden gekregen heb.

Ik ben ervan op de hoogte dat ik mijn toestemming tot deelname aan het onderzoek en tot verwerking van mijn gegevens kan weigeren en dat ik de toestemming om mijn data te gebruiken op elk moment kan intrekken, nadat ik de onderzoeker hierover heb ingelicht, zonder dat dit mij enig nadeel kan berokkenen. Mijn oorspronkelijke toestemming tot deelname aan het onderzoek en gebruik van mijn persoonsgegevens zal het gebruik van mijn gegevens toelaten met betrekking tot de periode dat ik in het onderzoek ingesloten was.

Ik ben mij bewust van het doel waarvoor mijn gegevens verzameld, verwerkt en gebruikt worden in het kader van dit onderzoek. Ik ben ervan op de hoogte gesteld dat mijn gegevens gedurende 20 jaar zullen bewaard worden voor wetenschappelijk onderzoek.

Ik weet dat ik het recht heb om mijn gegevens in te zien en te verbeteren. Als ik klachten heb over het beheer van mijn gegevens weet ik dat ik me kan richten tot de onderzoekers, mijn arts, of de functionaris voor de gegevensbescherming van Universiteit Antwerpen.

Universiteit Antwerpen, Campus Drie Eiken
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Ik geef toestemming aan de onderzoeker om mijn gegevens te verzamelen, te verwerken en te gebruiken zoals beschreven in het informatiedocument dat ik ontving en conform de geldende wetgeving. Mijn gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. Wanneer de studieresultaten gepubliceerd worden, zal mijn identiteit geheim blijven.

Ik stem geheel vrijwillig toe om deel te nemen aan dit onderzoek en om mee te werken aan alle gevraagde onderzoekshandelingen (*bijv. invullen van vragenlijsten, deelname aan een interview*, …).

_____	_____	_____
Naam van de deelnemer *(hoofdletters)* *(indien van toepassing: naam wettelijke vertegenwoordiger)*	Handtekening	Datum *(dag/maand/jaar)*

Deel enkel bestemd voor het onderzoeksteam

Ik bevestig hierbij dat ik *(naam van de deelnemer en/of – indien van toepassing – naam van zijn/haar wettelijke vertegenwoordig(st)er*) heb ingelicht en dat hij (zij) zijn (haar) toestemming heeft gegeven om deel te nemen aan de studie.

_____ _____ _____

Naam *(hoofdletters)* Handtekening Datum *(dag/maand/jaar)*

(ondertekening door een lid van het onderzoeksteam is de regel – indien hiervan afgeweken wordt motivering bijvoegen)

8.3 Goedkeuring Ethisch Comité

ETHISCH COMITE

Prof. Dr Peter Michielsen

Secretariaat

03 821 38 97

Professor Nele Michels

FAMPOP - UAntwerpen

Ms Sara Bosmans

Geneeskunde

Project titel:

Professionele identiteit van huisartsen

Professionele identiteit van de huisarts doorgelicht. Wat betekent professionele identiteit en hoe kijkt de huisarts en zijn/haar professionele omgeving hier naar?

Project ID 1950 - Edge n/a - BUN B3002021000249

Datum: 24/01/2022

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 24/01/2022

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

Document Type	File Name	Date	Version
Accompanying letter	Inleidingsbrief_SaraBosmans	27/11/2021	3
CV	CV Promotor Nele Michels_SaraBosmans	27/11/2021	3
GCP	GCP Promotor_SaraBosmans	27/11/2021	3
CV	CV Onderzoeker_SaraBosmans	27/11/2021	3
Questionnaire	Script_SaraBosmans	27/11/2021	3
Insurance	Verzekeringsattest_SaraBosmans	27/11/2021	1
Other	Uitnodigingsmail_SaraBosmans	27/11/2021	3
ICF	ICF_SaraBosmans	27/12/2021	4
Protocol	Protocol met aanpassingen EC _SaraBosmans	27/12/2021	4
GCP	Good Clinical Practice attest-SaraBosmans	27/12/2021	4
Remarks	Aanpassingen op feedback EC_SaraBosmans	27/12/2021	4

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten



Prof. dr. Peter Michielsen

Voorzitter Ethisch Comité UZA/UAntwerpen

cc. FAGG - Research & development departement, Victor Hortaplein 40 b40 - 1060 Brussel

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
Ms Bettina Blaumeiser	Physician
Emeritus Professor Hilde Bortier	MD, PhD
Prof. Dr. Patrick Cras	Vice-Chair, Physician
Ms Ingrid De Meester	Pharmacologist
Ms Elyne Debaetselier	Nurse
Professor Francois Eyskens	Physician
Ms Lina Fierens	Nurse
Ms Kristina Granaas	Staffmember Research Dept. UAntwerpen
Ms Kristien Hens	Philosopher
Mr Kris Ides	Physiotherapist
Prof. Dr. Greet Ieven	Vice-Chair, Physician
Mr. Daan Kenis	Pharmacist
Ms Johanna Kwakkel-van Erp	Physician
Dr Leon Luyten	Physician
Ms Barbara Michiels	General Practitioner
Mr Peter Michielsen	Chair, Physician
Ms Inge Michielsens	Legal
Mr Pieter Moons	Coordinator Bio- and Human Tissue bank
Mr Bernard Paelinck	Physician
Mr. Michaël Pössel	Healthy volunteer phase 1
Ms Veerle Schoeters	Nurse
Mr. Kris Smulders	Nurse
Mr Jan Van den Brande	Physician
Mr Filip Van den Eede	Physician
Mr Pieter Van Dyck	Physician
Mr Guy Van Honste	Patient Representative
Ms Dominique Van Praag	Psychologist
Mr. Yves Vandermotten	Healthy volunteer phase 1
Mr Thierry Vansweevelt	Legal
Ms Griet Wyers	Pharmacist