



Universiteit
Leiden

The Netherlands

On becoming a GP: professional identity formation in GP residents

Barnhoorn, P.C.

Citation

Barnhoorn, P. C. (2023, February 2). *On becoming a GP: professional identity formation in GP residents*. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3514295>

Version: Publisher's Version

License: [Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3514295>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Samenvatting

In dit proefschrift wordt een aantal studies beschreven, gericht op het ontrafelen van professionele identiteitsvorming (in het Engels: Professional Identity Formation (PIF)) in de context van huisartsenopleiding.

De eerste doelstelling van dit proefschrift was het identificeren van onprofessioneel gedrag in zowel de huisartsenpraktijk als de huisartsopleiding. Daarom begonnen we met onderzoek naar klachten van patiënten in de huisartspraktijk met een speciale focus op professionaliteit, gevolgd door onderzoek naar onprofessioneel gedrag van AIOS huisartsgeneeskunde zoals gepercipieerd door hun praktijkbegeleiders en docenten op de faculteit.

De tweede doelstelling van dit proefschrift was om inzicht te krijgen in de PIF van AIOS huisartsgeneeskunde. Daarom onderzochten we eerst de PIF tijdens de huisartsopleiding vanuit het gezichtspunt van AIOS huisartsgeneeskunde en daarna vanuit het gezichtspunt van praktijkbegeleiders.

In **hoofdstuk 1** introduceerden we onze lezers in het onderzoeksveld van PIF. PIF is een relatief nieuw begrip waarbinnen de professionaliteit van artsen kan worden gezien. Waar we vroeger professionaliteit bespraken in termen van deugden (de goede arts als persoon met karakter) of gedrag (de goede arts als persoon die bekwaamheid toont), richt onderzoek van medisch onderwijs zich nu meer op identiteit en de vorming daarvan (de goede arts als persoon die in zijn of haar identiteit een reeks waarden integreert die overeenkomen met die van de artsengemeenschap met als resultaat te denken, te handelen, en zich te voelen als een arts).

We schetsten in dit eerste hoofdstuk de twee hoofdlijnen van het proefschrift:

1. van onprofessioneel gedrag naar PIF en
2. van huisartsenpraktijk naar huisartsopleiding.

We begonnen ons onderzoek naar PIF in de context van de huisartsopleiding met een studie van de verwachtingen van het publiek ten aanzien van huisartsen door middel van een onderzoek naar onprofessioneel gedrag van huisartsen zoals geventileerd in klachten van

patiënten. Het bestuderen van klachten van patiënten en in het bijzonder wat dat onprofessionele gedrag voor patiënten betekent, doet de vraag rijzen hoe onprofessioneel gedrag en de remediëring ervan, worden aangepakt in de huisartsenopleiding. Dit is dan ook het onderwerp van de tweede studie. Hoewel een op gedrag gebaseerd perspectief op professionaliteit met aandacht voor (on)professioneel gedrag en remediëring onontbeerlijk blijft, hebben we in de laatste twee studies onze focus verlegd naar PIF in de huisartsopleiding. In studie 3 bestudeerden we PIF vanuit het gezichtspunt van AIOS huisartsgeneeskunde. In studie 4 bestudeerden we PIF vanuit het standpunt van hun praktijkbegeleiders.

Met onze eerste studie, gepresenteerd in **hoofdstuk 2**, wilden we inzicht krijgen in de verwachtingen van patiënten over de professionaliteit van huisartsen, door ongevraagde klachten te bestuderen. Meer specifiek wilden we de precieze aard van klachten van patiënten in de ambulante huisartsenzorg onderzoeken, met een speciale focus op gepercipieerde misstappen in de professionaliteit van huisartsen. Dit resulteerde in twee onderzoeksvragen: "Hoe kunnen klachten van patiënten in de huisartssetting worden gekarakteriseerd?" en "Welke elementen van de professionaliteit van artsen komen in deze klachten aan de orde?"

Uit onze retrospectieve observationele studie bleek dat de meeste ongevraagde klachten van patiënten betrekking hadden op medische deskundigheid (45%), zoals het missen van diagnoses of een niet-succesvolle klinische behandeling. Negentien procent had te maken met managementproblemen, met name wachttijden en toegang tot zorg. Communicatieproblemen, zoals niet worden teruggebeld, werden slechts in 1% van de klachten expliciet genoemd. Een aanzienlijk deel (35%) van de klachten betrof echter kwesties rond professionaliteit. Onprofessioneel gedrag werd op verschillende manieren verwoord, zoals; niet serieus genomen worden; betutteld worden; onaangenaam te woord gestaan worden; ongepaste opmerkingen krijgen; een ervaren gebrek aan empathie; de arts als gehaast ervaren; artsen die zich niet voorstellen; artsen die geen handen schudden; artsen die arrogant of ongeïnteresseerd overkomen; of fysieke ruwheid of ongewenste intimiteit vertonen. Het thema dat het meest werd aangetroffen binnen de categorie professionaliteit was "niet serieus genomen worden".

Met onze tweede studie, waarvan verslag wordt gedaan in **hoofdstuk 3**, wilden we nagaan welke gedragingen van AIOS huisartsgeneeskunde als onprofessioneel worden beschouwd door praktijkbegeleiders en docenten, en hoe deze onprofessionele gedragingen konden worden geremedieerd. Onze onderzoeksvragen voor Studie 2 waren: “Welke gedragingen van AIOS huisartsgeneeskunde worden door hun praktijkbegeleiders en docenten als onprofessioneel beschouwd en hoe wordt dit gedrag geremedieerd?”

De resultaten van deze focusgroepstudie bij praktijkbegeleiders en aandachtfunctionarissen professionaliteit toonden aan dat praktijkbegeleiders en docenten een conceptualisering deelden in het aanduiden en beoordelen van onprofessioneel gedrag, die overeenkwam met de descriptoren en categorieën van het recent ontwikkelde 4 I's-model. Dit model werd ontwikkeld op basis van onderzoek in de medische basisopleiding met als doel het probleem van "niet kunnen laten zakken" het hoofd te bieden. Het doet dit door opleiders te begeleiden bij het documenteren van onprofessioneel gedrag en geeft aanwijzingen voor effectieve remediëring. Het 4 I's model bestaat uit descriptoren voor onprofessioneel gedrag, ingedeeld in vier verschillende categorieën: gebrek aan betrokkenheid (niet geëngageerd zijn); gebrek aan integriteit (oneerlijk gedrag); gebrek aan interactie (respectloos gedrag); en gebrek aan introspectie (gebrek aan zelfbewustzijn).

Twee nieuwe groepen van gedragingen; 'nerveuze uitputtingsklachten' en 'negen-tot-vijf mentaliteit', dienden toegevoegd te worden aan het 4 I's model, beide in de categorie Introspectie. Gedragingen in de categorieën 'Betrokkenheid' en 'Interactie' werden als mild beoordeeld en kregen informele, pedagogische feedback. Gedragingen in de categorieën 'Introspectie' en 'Integriteit', werden als zeer alarmerend ervaren en kregen veel striktere remediëring.

De instrumenten die zowel door de klinische praktijkbegeleiders als door de en aandachtfunctionarissen professionaliteit werden gebruikt om onprofessionele gedragingen op te sporen, lijken sterk op de instrumenten die huisartsen gebruiken bij hun diagnostisch redeneren: dat wil zeggen een combinatie van niet-analytisch en analytisch redeneren. De diagnostische fase begon gewoonlijk met een gevoel van ongerustheid bij de

praktijkbegeleider over de PIF van de AIOS, beschreven als een 'onderbuikgevoel', 'verlies van enthousiasme voor het lesgeven' of 'gedoe rond de AIOS'. Dit gevoel van alarm zette vaak de remediërende fase in gang. De diagnostische fase bleek echter verweven met de remediërende fase: het verkennen van het onprofessionele gedrag in een gesprek met de AIOS had vaak al een remediërend effect, en vice versa: de manier waarop AIOS met de remediërende fase omgingen, gaf nieuwe input voor de diagnostische fase. Remediëring varieerde van informele of 'pedagogische' feedback tot formeel geplande bijeenkomsten. In het laatste geval werd de ComBeL explicieter gebruikt, om precies aan te geven en te beoordelen op welk competentiedomein de AIOS ondermaats presteerde. Wanneer formeel geplande bijeenkomsten nodig waren, werden vaak ook docenten geraadpleegd om samen te werken aan een remediëeringsplan.

Met onze derde studie, waarover in **hoofdstuk 4** wordt gerapporteerd, wilden we het proces van PIF tijdens de huisartsopleiding volgens de AIOS huisartsgeneeskunde onderzoeken. Onze onderzoeksvraag voor deze studie was: "Hoe percipiëren AIOS huisartsgeneeskunde hun PIF proces tijdens de huisartsopleiding en welke factoren worden als invloedrijk ervaren?"

We maakten voor deze studie gebruik van focusgroepen onder AIOS huisartsgeneeskunde. Het conceptuele kader van PIF ontwikkeld door Cruess et al. gebruikten we als sensitizing framework voor zowel de interviewguide als voor het uitvoeren van het deductieve deel van de analyse. Drie thema's kwamen aan het licht. Deze drie thema's samen gaven inzicht in het proces van PIF bij AIOS huisartsgeneeskunde: 1. het gebeurt allemaal op de werkplek, 2. van doen naar worden en 3. onderhandelen over ervaren normen.

Ten eerste vonden we dat identiteitsvorming van huisartsenassistenten vooral op de werkplek plaatsvindt. In de huisartsopleidingspraktijken bleken meerdere onderling samenhangende factoren, met name klinische ervaringen, praktijkbegeleiders en de zelfbeoordeling van AIOS huisartsgeneeskunde, een rol te spelen bij de vorming van de professionele identiteit.

Ten tweede vonden we dat tijdens de opleidingsjaren de identiteitsvorming van AIOS huisartsgeneeskunde de overgang weerspiegelde van het doen van het werk van een huisarts

naar het worden van een huisarts. Tijdens dit proces veranderden AIOS huisartsgeneeskunde hun focus van de biomedische en technische aspecten van de klinische ervaring naar het in staat zijn om patiënten holistisch te zien, in plaats van als mensen met ziekten. Tijdens dit wordingsproces maken AIOS een verandering door van het observeren en imiteren van hun praktijkbegeleider en het reflecteren met de praktijkbegeleider, naar het geleidelijk vinden van hun eigen manier om huisartsgeneeskunde te beoefenen.

Ten derde vonden we dat de veelheid aan persoonlijke en professionele rollen die AIOS huisartsgeneeskunde hebben, en hoe ze verwachtten hun persoonlijke rollen in evenwicht te brengen met hun rol als huisarts, belangrijke aspecten van hun identiteitsontwikkeling bleken te zijn. En hoewel de AIOS het eens waren over de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde, verschilden ze van mening met hun praktijkbegeleiders over de manier waarop ze deze waarden in de praktijk konden brengen. De waargenomen normen leidden tot interne strijd over hoe professionele rollen en persoonlijke rollen in evenwicht te brengen. De AIOS zagen echter geen ruimte om deze strijd met hun praktijkbegeleiders te bespreken.

In de vierde studie, die in **hoofdstuk 5** wordt gepresenteerd, hebben we ons gebogen over de onderzoeksvraag: "Hoe percipiëren praktijkbegeleiders hun rol in de PIF van AIOS huisartsgeneeskunde?"

Met behulp van focusgroepen onder huisartsbegeleiders en opnieuw gebruikmakend van het conceptuele raamwerk van PIF ontwikkeld door Cruess et al. als sensitizing framework voor de interviewguide, brachten we drie belangrijke thema's aan het licht. Deze drie thema's gaven inzicht in de rol van de praktijkbegeleider in het proces van PIF bij AIOS huisartsgeneeskunde: 1. superviseren met het doel voor ogen, 2. rolmodellering en mentoring, en 3. het ontwikkelen van vertrouwensbanden.

Ten eerste leken de praktijkbegeleiders een beeld voor ogen te hebben van hoe een huisarts eruit zou moeten zien. Op basis van dit beeld, dat ze zagen als het gewenste doel van de opleiding, ondersteunden ze de PIF van de AIOS en gebruikten ze observeerbare 'wegwijzers' om hen in de richting van dat doel te sturen. De wegwijzers die de praktijkbegeleiders gebruikten om de PIF van AIOS te evalueren waren: patiëntveiligheid; AIOS die de eerst

verantwoordelijke arts van de patiënt worden; en een veranderende relatie tussen AIOS en praktijkbegeleider.

Ten tweede beschreven de praktijkbegeleiders hoe ze naar dat doel toe werkten door de PIF van AIOS te ondersteunen door rolmodellering en mentorschap. Bij rolmodellen vertrouwden de praktijkbegeleiders op een eerder informele, vaak ongeplande 'prestatiegedreven' overdracht van kennis en vaardigheden, gebaseerd op de observatie van de praktijkbegeleider door de AIOS. Bij mentoring waren de praktijkbegeleiders meer 'ontwikkelingsgericht' en boden ze hun steun aan buiten de biomedische context van kennis en vaardigheden, om zo de AIOS te helpen hun plaats in het beroep te vinden.

Ten derde beschreven de praktijkbegeleiders de voorwaarden om dat doel te bereiken. Om de PIF van AIOS te ondersteunen, moesten begeleiders zich transparant en kwetsbaar opstellen, wat een vertrouwensband met de AIOS noodzakelijk maakte, vaak omschreven als de behoefte aan een 'klik'. Wanneer een vertrouwensband werd gevoeld, hadden praktijkbegeleiders het gevoel dat ze de PIF van AIOS op een spontane manier konden ondersteunen, in het vertrouwen dat ze de belangrijkste leerdoelen zelf zouden bereiken terwijl ze het werk van een huisarts deden. In het geval van een slechte of afwezige vertrouwensband, voelden de praktijkbegeleiders echter dat ze niet op serendipiteit konden varen, maar in plaats daarvan de opleiding 'volgens het boekje' moesten organiseren.

In **hoofdstuk 6** hebben we de belangrijkste bevindingen beschreven, bespraken we die in de context van de literatuur en deden we aanbevelingen voor zowel onderzoek als praktijk. Op basis van de in dit proefschrift beschreven studies concludeerden we dat onprofessioneel gedrag van artsen een alledaagse realiteit is. We hebben inzicht gegeven in hoe patiënten het onprofessionele gedrag van artsen ervaren. Verder hebben we opleiders voorzien van bruikbare taal om het onprofessionele gedrag van AIOS te beschrijven. Dit kan bijdragen aan het vroegtijdig signaleren van problemen en het remediëren van onprofessioneel gedrag.

Omdat – naast aandacht voor professionaliteit - ook aandacht nodig is voor de vorming van een professionele identiteit, verschaft dit proefschrift ook inzicht in de PIF van AIOS huisartsgeneeskunde, zowel vanuit het perspectief van de praktijkbegeleiders als vanuit de AIOS. Ten einde de toekomst van de huisartsgeneeskunde veilig te stellen, moedigen wij het

gesprek aan tussen de generaties huisartsen over de invulling van het begrip professionaliteit en over de te vinden balans tussen professionele en persoonlijke rollen.