

Community Based Education and professional competencies : a study of institutional structures, perspectives and practices in Pakistan

Citation for published version (APA):

Ladhani, Z. (2013). *Community Based Education and professional competencies : a study of institutional structures, perspectives and practices in Pakistan*. Maastricht University.

Document status and date:

Published: 01/01/2013

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 26 Jan. 2021

Chapter 7

Summary

CHAPTER 1: GENERAL INTRODUCTION

This thesis concerns Community Based Education (CBE) within the undergraduate medical and nursing programs. Most literature on CBE describes its characteristics, goals and purpose or lately evaluation of various CBE models have started to emerge in the literature. However, there is little insight into the process of integrating CBE in the larger context of HPE or about the professional competencies required to effectively practice in community settings. The thesis has examined institutional structures, perspectives and practices on CBE in HPE institutes and professional competence of HP graduates working in community settings of Pakistan.

CBE is an HPE approach that focuses on groups and individuals, taking into account the health needs of the community concerned. It aims to produce community oriented health professionals who are able and willing to serve their communities and deal effectively with health problems at all levels of care. The overall goal of CBE is to improve the universal accessibility of basic health care through expanding HP students' notion of community health problems. To achieve this, CBE must consist of activities that utilize the community extensively, where not only students but also teachers, members of the community and representatives of other sector are actively engaged throughout the educational process. During last half a century, on one hand, CBE expanded from a handful of HPE institutes to hundreds of institutions worldwide, on other there remain growing concerns about the effectiveness and sustainability of CBE. The health care challenges, for which CBE was introduced, are not only prevalent but in some places have exacerbated, requiring new roles and competences from health professionals. Competency is defined as the blend of skills, abilities, and knowledge needed to perform a specific task. Use of competency as an approach to education originated from elementary education and vocational training which was soon introduced into HPE as well. The competency approach is well adopted in HPE because of the clear relationship between student performance and work force expectations. So far the focus in competency models in HPE is on clinical care at tertiary or secondary settings and its affinity with CBE is yet to be studied in-depth.

While CBE and competency approach as separate constructs have previously been studied extensively, to examine these two together is central to this thesis which seeks to answer: (a) What CBE related competencies are identified in the literature? (b) Do community settings require different sets of competencies for physicians and registered nurses? (c) What variations exist in the competencies of physicians and registered nurses working in rural, urban and semi urban community settings? (d) What variations exist in the competencies of physicians and registered nurses working in community facilities run by the government, non-governmental organisations (NGOs) or universities? (e) What are perceptions and practices of faculty members' in relation to the implementation of CBE in their institutions?

CHAPTER 2: COMPETENCIES for UNDERGRADUATE CBE PROGRAM FOR THE HEALTH PROFESSIONS- A SYSTEMATIC REVIEW

Community Based Education (CBE) along with competency approach is increasingly becoming popular; however, there appears to be a lack of evidence on CBE competencies for the undergraduate curriculum. Therefore a systematic review was carried out to identify and categorize these. We searched MEDLINE, CINAHL and ERIC databases published in English between January 2000 and December 2009 that described an explicit relationship between “*competency*” and curricular approaches. Studies where competency was referred to as outcomes or which were concerned with postgraduate or on-line education, were excluded from the review. Following the guidelines of Best Evidence Medical Education (BEME), 19 original, peer reviewed journal articles were included for final review.

Most articles reported that competencies were derived from already existing competency models. A few places had designed their own, with only one article reported full integration of CBE competencies throughout the curriculum. The competencies identified were grouped into six themes identified as Public health; Cultural Competence; Leadership & Management; Community Development; Research and Generic Competencies. Additionally, a number of clinical competencies were also found to be overlapping with CBE.

The chapter concluded that the literature on CBE competencies is limited in number and lacks representation of lower income countries. To expand the efforts to other institutions and countries, core competencies for CBE must be recognized and disseminated widely for its integration in health professionals’ curriculum

CHAPTER 3: DOES COMMUNITY HEALTH CARE REQUIRE DIFFERENT COMPETENCIES FROM PHYSICIANS AND NURSES?

Utilizing the professional competencies identified in the previous chapter, we investigated the use of these in the practice of community care. We explored recognition of these competencies by various stakeholders including the health professionals themselves and the factors that encourage or impede competency based practices of physicians and nurses in various settings. The study was conducted in twelve primary and secondary health care facilities, managed either by university, government or non-governmental organizations of two major cities of Pakistan - Karachi and Islamabad - and its surrounding towns/villages. This study examined the specific tasks of health providers and variations in their competencies in a context where there is a structural scarcity of health professionals. In-depth Interviews were done with 11 Physicians and 6 Registered Nurses (RNs) working in rural, semi urban and urban areas and their job descriptions were reviewed.

The most frequently mentioned competency for physicians is “direct patient care” and for nurses it is either “public health” or “administration”. Location of health facility or level of care was not reported as demanding different competencies, however depending on the employer the required competencies do vary. The critical factors in determining the tasks performed by health providers were availability of a functional health team and the preparation of health providers for CBE competencies. They have also provided some important insights into

the practice of community health provision informing us that in Pakistan, firstly, not many health professionals opt to work in community settings, and those who do are not perceived as competent to provide the full range of services required in a community setting. Secondly, emphasis was only on curative care; health promotion and prevention were not of priority concern. Thirdly, health professionals have learned most tasks over time either through formal in-service training or informally by observing colleagues participants, during undergraduate training they reported having been exposed to and by practicing to provide curative care to patients coming to hospitals. Finally, working in rural areas in general, and for government run facilities in particular, were identified as factors adding to the challenge of opting for work in community settings.

The specific tasks of physicians and nurses working in community settings provide a useful framework to analyze competencies, and can help educators revisit the curricula and instructional designs.

CHAPTER 4: COMPETENCE, COMMITMENT AND OPPORTUNITY: VIEWS OF FACULTY ON CBE

Alignment and balance between the three elements - institutional structure, curriculum and faculty members – of Health professional education institutions are fundamental to accomplishing optimum integration of CBE. We conducted a study to specifically explore the third element, that is: faculty members' perspectives and practices in relation to the implementation of CBE in their respective institutes. Six institutes which were either part of a medical university or of a faculty of health sciences of a general university financed and governed by the public sector, armed forces or private sectors from two cities of Pakistan were selected. We conducted twelve focus group discussions and four key informant interviews. All data was analysed using qualitative research software. The participants in the study commented on various aspects of CBE and its implementation including barriers set by institutional structure, the curriculum and their own preparation for CBE.

The availability of resources for teaching, service or research activities in the community appeared to be a major problem in all types of institutions. Community-based encounters were considered inadequate, having little relevance to the content that was taught. The participants in our study also mentioned that poor reward structures and low priority for community service as well as ambiguity concerning expectations and policies constitute structural barriers. In relation to the curriculum, we found that community concepts were not connected with or integrated in other subjects or clinical training. Of the participants in our study more than half were not formally trained for CBE. There was also an absence of clarity regarding certain important concepts such as community participation; competencies for health professional students in general and for CBE in particular. Their description of these competencies underscored the view of CBE as a mere 'add on' to the 'core' curriculum. Moreover, lack of commitment, appreciation of and resistance to CBE appeared to permeate opinion at all levels - regulatory bodies, institutional heads and faculty members.

Our findings suggest that CBE continues to pose a real challenge, and unless institutional structure, curriculum and faculty are strengthened and brought into alignment, this situation is unlikely to change. Considering that informed and engaged faculty members are crucial to the success of any HPE endeavour, it is imperative to invest not only in

their training but also in creating mechanisms to harness their interest and enthusiasm to advance the promotion and delivery of CBE.

Chapter 5: ACADEMIC LEADERSHIP AND INSTITUTIONAL CULTURE FOR CBE: ANEXPLORATION OF INSTITUTIONAL PRACTICES AND PRIORTIES IN PAKISTAN

CBE perspectives and practices of faculty members at HPE institutes reported in previous work suggest a need for further research on the attitudes, beliefs and assumptions of the academic leaders and institutional culture towards CBE. Moreover, though leadership and institutional culture constructs have been well studied, their importance to the field of higher education in general and HPE in particular has not been established. The purpose of the research presented in Chapter 5 was therefore to explore perspectives of academic leaders and the culture of HPE institutes.

A purposive sample of seven Academic Heads (AHs) - deans /principals of HPE institutes (medical and nursing colleges) and six heads of community departments (HODs) was drawn from the list of HPE institutes in Pakistan where undergraduate programs for both professions -medicine and nursing- were taught. These represented a good mix of seven public and private HPE institutes from the four major cities of Pakistan.

We designed two web-based questionnaires to elicit responses regarding opinions, beliefs and practices of respondents in the areas of three basic functions of a university/teaching institute: (a) Teaching and learning, (b) Research, and (c) Service regard to CBE. In addition, policies for promotion, reward structures and priorities for allocating resources in support to community health services and CBE were explored as proxy to identify the (CBE) culture of HPE institutions.

The practices, experiences and recommendations as shared by academic leaders evidently indicated that their belief of community service and their notion of contribution were not translated into their institutional practices, policies and priorities. We found a dissonance between the opinions & beliefs and the practice within faculty, and policies of institutions as communicated by academic heads. In a number of responses we also found that faculty practices, student activities and research were not aligned with the overall mission of HPE or goals of CBE. Faculty and student activities at the community field sites were limited to consult patients or, at most, conducting health teaching sessions. Community research was not common, and where a few researches were done these were in isolation. With respect to the reward structures and promotion criteria, teaching and publication were higher on the promotion criteria than community service and community based researches. These were not even a priority concern of the institutes. We also found that, there were not many faculty development activities targeted at managing perceptions and creating an academic culture conducive to CBE. Moreover, a lack of role models was identified as one of the major impediments in the implementation of CBE.

Finally, the study also identified that academic leaders have contributed to move CBE agenda in their institute. However, it is timely and necessary now to move on to the next level of institutional building to develop a culture that could promote and encourage aims and principles of CBE.

CHAPTER 6: GENERAL DISCUSSION

In chapter 6 we discussed the conclusions with regard to the need of future research and practical implications of CBE and competency approach in the undergraduate medical and nursing programs.

On CBE competencies, research is needed on how CBE competencies are perceived by faculty members, students and communities; for example, how to assess competencies in community settings and to quantitatively examine the impact of the competency approach in CBE on graduates' career choice and practice. There is also a need to investigate the relationship between academic leadership and institutional culture and to explore how and why an academic leader's behavior, if at all, affects institution's prevalent cultural values, also examining the role of academic leadership in harnessing institutional culture in support of community needs.

In terms of implications of the findings of this thesis on practices and policies within the sphere of HPE and outside that is on health systems we specifically refer to:

- Strengthening and engaging leadership for an effective change of culture; we recommend a leadership program to be implemented in two phases: for the short-term, programs to develop young/new leadership which can take forward the agenda of change. For the long term, a reform in academic leadership is needed including structural (policies, governance and stewardship) cultural (norms, routine and values), managerial (rules and regulations) elements, and relationship building within circles of HPE institutes, the broader healthcare system and its health care providers, policy makers and community representatives.
- Introducing a comprehensive faculty development program and methods that encompass cognitive and affective domains in addition to enhancing knowledge such as experiential learning opportunities, on-going peer coaching and mentorships, as well as self-directed learning for orienting new faculty members as well and built into the continuous education programs.
- Developing roles and career structures for community health nurses and their specific roles for community settings to be reflected in their undergraduate curriculum; this implication is of particular significance to the healthcare system in Pakistan.

Samenvatting

Hoofdstuk 1: Introductie

Dit proefschrift gaat over Community Based Education (CBE) in medische en verpleegkundige opleidingen. De meeste literatuur over CBE beschrijft de karakteristieken en doelen. Sinds een paar jaar verschijnen er artikelen waarin de verschillende modellen van CBE worden geëvalueerd. Er is echter weinig inzicht in de integratie van CBE in het gezondheidszorgonderwijs en over de professionele competenties die nodig zijn om effectief te werken in de community. In dit proefschrift is onderzoek gedaan naar de structuren, perspectieven en de praktijk van CBE in gezondheidszorgopleidingen en de professionele competenties van afgestudeerden die in de community werken in Pakistan.

CBE is een onderwijsbenadering die zowel op groepen als op individuen is gericht, waarbij rekening gehouden wordt met de gezondheidszorgnoden in de community. Het doel van CBE is om community oriented health professionals op te leiden die hun communities kunnen en willen dienen en in staat zijn om effectief om te gaan met gezondheidszorgproblemen op alle niveaus van zorg. De ambitie van CBE is de toegankelijkheid van basale zorg verbeteren door het besef van community health problems bij studenten te vergroten. Daarom wordt bij CBE de community intensief benut. Niet alleen de studenten maar ook de docenten, leden van de community en vertegenwoordigers van andere sectoren zijn actief betrokken in het hele onderwijsproces. De laatste 50 jaar is CBE uitgebreid van een handvol instituten tot honderden over hele wereld. Er zijn nog wel zorgen over de effectiviteit en de duurzaamheid van CBE. De gezondheidszorgproblemen waarvoor CBE is geïntroduceerd bestaan nog steeds en zijn in sommige landen zelfs verergerd, dat betekent nieuwe rollen en competenties voor de werkers in de zorg. Competenties bestaan uit vaardigheden, kunde en kennis om een special taak op te lossen. Competenties komen uit het basisonderwijs en zijn inmiddels ook in het gezondheidszorg onderwijs ingevoerd. De competentie benadering sluit goed aan bij het onderwijs in de zorg omdat er een duidelijke relatie is tussen de prestaties van de student en de verwachting in het veld. Tot nu toe is er vooral aandacht voor competenties in de tertiaire en secundaire zorg, competenties in CBE moeten nog verder bestudeerd worden.

Hoewel CBE en de competentie benadering apart uitgebreid zijn onderzocht, worden ze in dit proefschrift gezamenlijk onderzocht. Er worden antwoorden gezocht op de volgende vragen: (a) Welke CBE gerelateerde competenties zijn bekend uit de literatuur? (b) Zijn er verschillenden competenties voor artsen en verpleegkundigen in de community? (c) Welke variaties bestaan er in de competenties van artsen en verpleegkundigen die werken in rurale, stedelijke of semistedelijke communities? (d) Welke variaties bestaan er in de competenties van artsen en verpleegkundigen die werken in communities georganiseerd door de regering, non-governmental organisations (NGOs) of door universiteiten? (e) Wat zijn de percepties van stafleden en wat gebeurt er in de praktijk met betrekking tot de implementatie van CBE in de onderwijsinstellingen?

HOOFDSTUK 2: Competencies for Undergraduate Community Based Education for the Health Professions - A Systematic Review

Community Based Education (CBE) en de competentie benadering is toenemend populair. Er lijkt weinig bewijs voor de CBE competenties in de opleidingen. Een systematische review is gedaan om te zoeken naar informatie over dit onderwerp. MEDLINE, CINAHL and ERIC databases werden doorzocht, om Engelse artikelen te vinden, die gepubliceerd waren tussen januari 2000 and december 2009 en die een expliciete relatie legden tussen competentie en curriculumbenaderingen. Studies waar competenties als outcomes werden beschouwd of die over de vervolopleidingen of online onderwijs gingen werden niet geïncludeerd. Op geleide van de regels van Best Evidence Medical Education (BEME), werden 19 originele, peer reviewed artikelen geïncludeerd voor de review.

De meeste artikelen rapporteerden dat de competenties afgeleid waren van al bestaande modellen. Soms ging het over zelf ontwikkelde competenties en er was maar een artikel waar volledige integratie van CBE competenties door het hele curriculum was gerealiseerd. De geïdentificeerde competenties werden in ondergebracht in zes thema's: Public health; Cultural Competence; Leadership & Management; Community Development; Research en Generic Competencies. Een aantal klinische competenties vertoonden overlap met CBE.

De literatuur over CBE competenties is beperkt en lage lonen landen zijn weinig vertegenwoordigd. De competenties voor CBE moeten herkend worden en naar andere landen worden verspreid om goede integratie van CBE met het curriculum mogelijk te maken.

Hoofdstuk 3: Does community health care require different competencies from physicians and nurses?

De vraag was of de geïdentificeerde competenties in hoofdstuk 2 gebruikt werden in de praktijk. Bij verschillende stakeholders inclusief de gezondheidszorgers zelf werd nagegaan of ze de competenties herkenden. Ook werd nagegaan welke belemmerende of bevorderende factoren artsen en verpleegkundigen herkenden om competentie gericht te werken in verschillende situaties. Het onderzoek werd uitgevoerd in 12 primaire en secundaire gezondheidszorg instellingen van de regering, een NGO of universiteit in twee grote steden in Pakistan - Karachi and Islamabad – en dorpen en steden in de omgeving. In deze studie is onderzocht wat de specifieke taken van gezondheidszorgwerkers zijn en ook de variatie in hun competenties in een context waar een gebrek aan gezondheidszorgwerkers is. Diepte interviews werden gedaan met 11 artsen en 6 geregistreerde verpleegkundigen, die in rural, semi stedelijke en stedelijke omgevingen werkten. Ook werden hun functieomschrijvingen beoordeeld.

De meest frequente competentie van artsen is "patiëntenzorg" en voor verpleegkundigen is "public health" of "administratie". De plek van de faciliteit werd niet genoemd als oorzaak voor verschillen in de gevraagde competenties, hoewel de werkgever wel invloed op de gewenste competenties. Als kritische factoren bij het bepalen van de taken werden genoemd de beschikbaarheid van een functionerend gezondheidszorgteam en de voorbereiding van gezondheidszorgwerkers op CBE. De interviews hebben ook inzicht gegeven in de praktijk van zorgverlening in de communities in Pakistan: Er zijn niet veel gezondheidszorgwerkers die in de community willen

werken en diegene die het doen worden als niet competent beschouwd om alle taken te vervullen; Er was vooral aandacht voor curatieve zorg, gezondheidsbevordering en preventie werden niet als prioriteit gezien; gezondheidszorgwerkers hebben de meeste taken in de loop van de tijd geleerd door hetzij formele training of door collega's te observeren. Ze vertelden dat ze in hun basisprogramma vooral bezig waren met curatieve zorg in ziekenhuizen; het werken in rurale gebieden en het werken in faciliteiten , die door de regering werden aangestuurd waren factoren die een uitdaging vormden voor het werken in de community. De specifieke taken van artsen en verpleegkundigen die in de community werkten, zijn een bruikbaar framework om competenties te analyseren en kan helpen om onderwijsprogramma's te verbeteren zowel wat betreft het curriculum als het ontwerp van het programma.

Hoofdstuk 4: Competence, Commitment and Opportunity: Views of faculty on Community- Based Education (CBE)

Afstemming en balans tussen de elementen: structuur, curriculum en stafleden in gezondheidszorginstellingen is cruciaal om CBE goed in programma's te integreren. In dit hoofdstuk wordt een studie beschreven naar het derde element, de stafleden. De percepties van stafleden en praktische uitwerking van de implementatie van CBE in hun opleidingen. Zes opleidingen, die deel uitmaakten van een faculteit Geneeskunde of Gezondheidswetenschappen , publiek, privaat of van het leger in twee steden in Pakistan werden geselecteerd. Er werden 12 focusgroepen en vier interviews gehouden. De data werden geanalyseerd met software voor kwalitatief onderzoek. De deelnemers aan de studie werden vragen gesteld over verschillende aspecten van CBE en de implementatie inclusief de barrières van structuur en curriculum. Ook werd hen gevraagd naar hun eigen voorbereiding op CBE.

De beschikbaarheid van middelen voor onderwijs, dienstverlening en onderzoek in de community is het grootste probleem in alle opleidingen. De bezoeken in de community warden beschouwd als niet adequaat en ze zijn niet erg relevant voor de inhoud van het onderwijs. De deelnemers aan ons onderzoek noemden ook de slechte beloning en de lage prioriteit voor dienstverlening aan de community. De verwachtingen en het beleid over de communities is niet consistent en wordt gezien als een structurele barrière. De concepten over de community waren niet verbonden of geïntegreerd met andere delen van het curriculum . Meer dan de helft van onze deelnemers was niet formeel getraind in CBE. Er was geen duidelijkheid over belangrijke concepten zoals participatie in de community, competenties voor gezondheidszorgwerkers in algemene zin en specifiek voor CBE. Uit de beschrijvingen blijkt dat CBE wordt gezien als een toevoeging aan het kerncurriculum . Er was een gebrek aan betrokkenheid, waardering en weerstand tegen CBE op alle niveaus.

Uit onze bevindingen blijkt dat CBE op een goed manier uitvoeren nog een grote uitdaging is. Als de structuren, het curriculum en de staf niet op een lijn komen, zal dat waarschijnlijk ook niet veranderen. Omdat goed geïnformeerde en betrokken stafleden cruciaal zijn voor het succes, is het aan te raden om te investeren in training van de staf en mechanismen te creëren om hun enthousiasme voor het versterken en uitvoeren van CBE te stimuleren.

Hoofdstuk 5: Academic Leadership and Institutional Culture for Community Based Education: An exploration of institutional practices and priorities in Pakistan

Uit eerdere hoofdstukken blijkt dat het nodig is om verder onderzoek te doen naar attitudes, overtuigingen en meningen over CBE van de leidinggevenden en de cultuur rondom CBE. In algemene zin zijn leiderschap en cultuur wel bestudeerd, maar het belang voor het gezondheidszorgonderwijs heeft nog niet zoveel aandacht gekregen. Het doel van deze studie was om de perspectieven van leidinggevenden en de cultuur in de opleidingen te onderzoeken.

Zeven leidinggevenden van geneeskunde en verpleegkunde opleidingen en zes hoofden van community afdelingen werden benaderd voor het onderzoek. Zij vormden een goede steekproef van zeven publieke en private instituten in de vier grote steden in Pakistan.

Er werden twee web-based vragen lijsten ontworpen om informatie te krijgen over meningen, overtuigingen en over de praktijk op het gebied van de drie basale taken van een universiteit/ opleidingsinstituut: a) onderwijs en leren, b) onderzoek en c) dienstverlening naar de community. Om een beeld te krijgen van de (CBE) cultuur in de instellingen werden vragen gesteld over promotiebeleid, beloningstructuur en prioriteiten voor de middelenverdeling om dienstverlening in de community en CBE te ondersteunen.

De meningen en het gevoel van bijdragen aan de dienstverlening aan de community van de leidinggevenden bleek niet vertaald te worden in het beleid en de prioriteiten. De activiteiten van de staf, de studenten en het onderzoek waren niet afgestemd met de missie van het gezondheidszorgonderwijs of met de doelen van CBE. De activiteiten van staf en studenten in de community waren beperkt tot patiëntenzorg of soms onderwijs over gezondheid. Onderzoek in de community was ongebruikelijk, soms was er geïsoleerd onderzoek. Onderwijs en publiceren waren belangrijker voor de carrière dan dienstverlening en onderzoek in de community. Deze laatste waren niet eens een prioriteit van de instellingen. Er waren nauwelijks activiteiten voor stafleden om een academische cultuur rondom CBE te creëren. Ook bleek er een duidelijk gebrek aan rolmodellen te zijn en dit werd ook gezien als een rem op de implementatie van CBE.

De leidinggevenden hebben wel geprobeerd om CBE meer op de agenda in hun opleidingen te krijgen. De tijd is rijp en het is nu nodig om een cultuur te ontwikkelen waarin CBE gestimuleerd kan worden.

Hoofdstuk 6: General Discussion

In hoofdstuk 6 worden de conclusies besproken wat betreft de noodzaak voor verder onderzoek en de praktische implicaties van CBE en de competentie benadering in de basisopleiding voor artsen en verpleegkundigen.

Wat betreft CBE competenties is onderzoek nodig naar hoe deze competenties worden ervaren door stafleden, studenten en de communities. Voorbeelden : hoe moeten competenties in de community getoetst worden en hoe kan de impact gemeten worden van de competentie benadering op de carrièrekeuze en de praktijk van afgestudeerden? Ook moet de relatie tussen academisch leiderschap en de institutionele cultuur onderzocht worden. Voorbeelden: heeft het gedrag van een leider invloed op de cultuur, hoe werkt dat en waarom en wat is

de rol van academisch leiderschap in het versterken van de de cultuur om de noden in de community te ondersteunen?

Wat betreft de implicaties van de bevindingen uit dit proefschrift voor de praktijk en het beleid, in gezondheidszorgonderwijs en op het gezondheidszorgsysteem hebben we de volgende aanbevelingen:

- Voor een effectieve cultuurverandering moet het leiderschap versterkt worden. We bevelen aan dat het leiderschap programma geïmplementeerd wordt in twee fasen. Een korte termijn benadering voor jonge en nieuwe leiders om de verandering op gang te brengen. Voor de langere termijn is een herziening van academisch leiderschap noodzakelijk . Hierbij zijn structurele (“policies, governance and stewardship”) culturele (“norms, routine and values”), managerial (“rules and regulations”) elementen belangrijk. Daarnaast moeten relaties ontwikkeld worden met instituten voor gezondheidszorgonderwijs, met het gezondheidszorgsysteem , zorgverleners, beleidsmakers en vertegenwoordigers van de communities.
- Introduceer een programma voor de training van stafleden en bested aandacht aan methoden die zowel het cognitive en affective domein bevatten om zo de kennis te vergroten, zowel voor nieuwe stafleden als voor nascholing. Voorbeelden hiervan zijn experientieel leren, longitudinale peer coaching, mentorschappen en self-directed learning .
- Ontwikkel rollen en carrière mogelijkheden voor verpleegkundigen in de community. De specifieke rollen in de community moeten aan de orde komen in de basisopleiding. Dit is met name van belang voor het gezondheidszorgsysteem in Pakistan.