



Universiteit
Antwerpen

Capaciteitsopbouw voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie onder eerstelijnsprofessionals

Aanbevelingen voor strategieën in België

In samenwerking met





Universiteit
Antwerpen

Gezondheidspromotie en ziektepreventie in de opleidingen voor de eerste lijn

Een Belgisch kader vanuit Europese richtlijnen
(PROPELLER)

Met de steun van



Koning
Boudewijnstichting

Samen werken aan een betere samenleving

INHOUDSOPGAVE

AFKORTINGENLIJST	3
LIJST MET FIGUREN EN TABELLEN	4
DANKWOORD	6
SAMENSTELLING VAN DE ONDERZOEKSGROEP	7
Personeel gefinancierd in het kader van het onderzoeksproject	7
Projectleider	7
Andere leden	7
SAMENSTELLING VAN DE STUURGROEP	10
Vertegenwoordigers van zorggebruikers	10
Vertegenwoordigers van hogeronderwijsinstellingen in de opleidingen voor zorgverstrekkers in de eerste lijn	10
Vertegenwoordigers van eerstelijnsprofessionals	10
Vertegenwoordigers van professionele organisaties uit de sector preventieve gezondheidszorg	11
Beleidsmakers	11
Internationale partners	11
INLEIDING	12
De rol van gezondheidsbevordering en ziektepreventie in de eerste lijn	12
Gezondheidsbevordering en ziektepreventie in de opleidingen voor zorgverstrekkers in de eerste lijn	13
Onderzoeksproject	14
Financiering	16
METHODE	17
Fase 1: De ontwikkeling van een Belgisch referentiekader	17
Fase 2: De ontwikkeling van een inventaris	20
Fase 3: De ontwikkeling van strategieën	21
A. Co-creatiesessies	21
B. Delphi-studie	24
RESULTATEN	27
Fase 1: Het ontwikkelde Belgische referentiekader	27

Fase 2: De ontwikkelde inventaris.....	39
A. Gezondheidsbevordering en ziektepreventie in de eerstelijnsopleidingen in België.....	39
B. Gezondheidsbevordering en ziektepreventie in de eerstelijnsopleidingen in Europa.....	50
Fase 3: De ontwikkelde strategieën.....	55
A. Co-creatiesessies.....	55
B. Delphi-studie.....	55
C. Strategieën en acties.....	56
Strategie 1: Pleitbezorging.....	56
Strategie 2: Hoger onderwijs- en preventiesector samenbrengen.....	57
Strategie 3: Onderwijsmethoden en vormings- en implementatieaanbod rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie optimaliseren.....	59
Strategie 4: Kwaliteit van opleidingen evalueren en monitoren.....	63
DISCUSSIE.....	65
REFERENTIELIJST.....	68
BIJLAGEN.....	72

AFKORTINGENLIJST

AHPA: Australian Health Promotion Association

ASPHER: The Association of Schools of Public Health in the European Region

COVID: Coronavirus Disease

COZO: Centrum voor Onthaal, Zorg en Oriëntatie

EIPEN: European Interprofessional Practice and Education Network

EURACT: European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine

EUROPREV: European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice

HPC: Health Promotion Canada

HPFNZ: Health Promotion Forum of New Zealand

IPSIG: Interprofessioneel Samenwerken in de Gezondheidszorg

IUHPE: International Union for Health Promotion and Education

LISa: Leren Interprofessioneel Samenwerken

MOOC: Massive Open Online Course

PAHO: Pan American Health Organization

PHAC: Public Health Agency of Canada

PHANZ: Public Health Association of New Zealand

PHE: Public Health England

PHF: Public Health Faculty

PO OSW: Partnerorganisatie Ondersteuning Settinggericht Werken

SEARO: South-East Asia Region Organization

SPOC: Small Private Online Course

TAG-BCI: Technical Advisory Group on Behavioural and Cultural Insights

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

VLUHR: Vlaamse Universiteiten en Hogescholen Raad

WHO: World Health Organization

WP: Werkpakketten

WOREL: Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

LIJST MET FIGUREN EN TABELLEN

FIGUREN

Figuur 1: Gedragsdeterminanten volgens het Gedragswiel van het Vlaams Instituut Gezond Leven VZW.....	13
Figuur 2: De drie fasen of WP van het onderzoeksproject.....	15
Figuur 3: Illustratie van de opmaak van de Delphi-studie.....	26
Figuur 4: De verschillende rollen en expertiseniveaus volgens het CompHP-kader [13].....	27
Figuur 5: Het CompHP-kader van de IUHPE voor gezondheidsbevordering.....	33
Figuur 6: Het WHO-ASPHER-kader voor volksgezondheid.....	33

TABELLEN

Tabel 1: De onderzoeksvragen in de driestappenstructuur van het literatuuronderzoek.....	17
Tabel 2: De zoekstrategie en toegepaste methodieken van de driestappenstructuur van het literatuuronderzoek.....	18
Tabel 3: De organisaties uit de hoger onderwijs- en preventiesector waar de studiepopulatie van de eerste co-creatiesessie aan verbonden is.....	22
Tabel 4: De organisaties uit de hoger onderwijs- en preventiesector waar de studiepopulatie van de tweede co-creatiesessie aan verbonden is.....	24
Tabel 5: De organisaties uit de hoger onderwijs- en preventiesector waar de studiepopulatie van de Delphi-studie aan verbonden is.....	25
Tabel 6: De zes competentiekaders in de gezondheidsbevordering.....	28
Tabel 7: De zeven competentiekaders in de volksgezondheid.....	30
Tabel 8: Bronnen over de implementatie van de competentiekaders in de eerstelijnszorg of eerstelijnsprofessionals in de praktijk.....	73
Tabel 9: De veertien kerncompetenties met competentiedomeinen van het Belgische referentiekader voor het aanbod en de kwaliteit van hoger onderwijs in gezondheidsbevordering en ziektepreventie.....	34
Tabel 10: Beschrijvende statistieken van de deelnemers aan de bevraging.....	39
Tabel 11: De competenties en competentiedomeinen voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie die momenteel opgenomen zijn in de Belgische eerstelijnsopleidingen.....	42
Tabel 12: De competentieniveaus waarop de kerncompetenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie zijn geïntegreerd in de Belgische eerstelijnsopleidingen.....	48

Tabel 13: De onderwijsmethoden die worden gebruikt om de kerncompetenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie aan te leren.....	49
Tabel 14: Beschrijvende statistieken van de deelnemers aan de buitenlandse bevraging.....	50
Tabel 15: De competentieniveaus waarop de kerncompetenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie zijn geïntegreerd in de Europese eerstelijnsopleidingen.....	52
Tabel 16: De onderwijsmethoden die worden gebruikt om de kerncompetenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie aan te leren.....	54
Tabel 17: De strategieën en acties die (g)een consensus hadden bereikt.....	55

DANKWOORD

Onze oprechte dank gaat uit naar alle hieronder genoemde partners voor het vertrouwen dat zij gedurende het hele onderzoeksproject in ons hebben gesteld. Wij danken voornamelijk hun inzet en betrokkenheid door actief en regelmatig deel te nemen aan de vergaderingen. Ook hun inzichten en waardevol advies hebben bijgedragen aan het eindresultaat van dit onderzoeksproject.

Graag willen wij een aantal collega's in het bijzonder bedanken: Karolien Van Puyenbroeck voor haar expertisedeling in het uitvoeren van een Delphi-studie en het schrijven van een aanbevelingsrapport, Katrien Danhieux voor haar begeleidende hulp tijdens de co-creatiesessies, en Kim Van der Auwera voor haar expertisedeling in het vormgeven van co-creatiesessies.

Tot slot zou deze onderzoekservaring nooit tot stand gekomen zijn zonder het vertrouwen en de steun van het beheerscomité van het Fonds Van Mulders-Moonens en de Koning Boudewijnstichting. Wij willen in het bijzonder Yves Dario bedanken voor zijn beschikbaarheid en zijn aandachtig luisteren naar onze behoeften binnen het onderzoeksproject.

SAMENSTELLING VAN DE ONDERZOEKSGROEP

PERSONEEL GEFINANCIERD IN HET KADER VAN HET ONDERZOEKSPROJECT

Kathleen Van Royen: postdoctoraal onderzoeker aan de Karel de Grote Hogeschool Antwerpen, Onderzoekscentrum Zorg in Connectie; coördinator van het onderzoeksproject tot 31-12-2022; houder van een universitair masterdiploma in Communicatiewetenschappen aan de Universiteit Antwerpen; houder van een universitair masterdiploma in Gezondheidsbevordering aan de Universiteit Gent; houder van een doctoraat in Communicatiewetenschappen aan de Universiteit Antwerpen.

Ellen Van den Haute: onderzoeker aan de Universiteit Antwerpen; coördinator van het onderzoeksproject vanaf 01-01-2023; houder van een universitair masterdiploma in Revalidatiewetenschappen en Kinesithérapie aan de Universiteit Gent; houder van een universitair masterdiploma in Gezondheidsbevordering aan de Universiteit Gent.

Dounia Golomb: onderzoeker aan de Université Catholique de Louvain; onderzoeker van het onderzoeksproject van 14-02-2022 tot 13-02-2023; houder van een universitair masterdiploma in Psychologie aan de Université Catholique de Louvain.

PROJECTLEIDER

Josefien van Olmen: huisarts en tenure track professor Kwaliteit van Geïntegreerde Zorg aan de Universiteit Antwerpen, verbonden aan de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen; projectleider van het onderzoeksproject; lid van Antwerpen Coronavirus Disease (COVID) Adviesraad; lid van de begeleidingsgroep Centrum voor Onthaal, Zorg en Oriëntatie (COZO), Dokters van de Wereld; lid van de United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) werkgroep Chronische Zorgmodellen voor Kinderen.

ANDERE LEDEN

Hilde Bastiaens: huisarts en hoogleraar aan de Universiteit Antwerpen, verbonden aan de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen; co-voorzitter van QUALUA, Kwalitatief Onderzoek in de Gezondheidszorg van de Universiteit Antwerpen.

Nele Michels: huisarts en hoofddocent aan de Universiteit Antwerpen, verbonden aan de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen; ondervoorzitter van de Onderwijsraad van de Universiteit Antwerpen; voorzitter van de Onderwijscommissie van de Master in Huisartsgeneeskunde van de Universiteit Antwerpen; voorzitter van de European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine (EURACT).

Paul Van Royen: huisarts en gewoon hoogleraar aan de Universiteit Antwerpen, verbonden aan de Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen; ondervoorzitter van de Doctoraatsevaluatiecommissie Volksgezondheid van de Universiteit Antwerpen; woordvoerder van de onderzoeksgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg van de Universiteit Antwerpen; voorzitter van de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL); vice-voorzitter van de European Interprofessional Practice and Education Network (EIPEN).

Stephan Van den Broucke: gewoon hoogleraar Gezondheidspsychologie aan de Université Catholique de Louvain, verbonden aan de Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation en het Institut de Recherche en Sciences Psychologiques; vice-president van de International Union for Health Promotion and Education (IUHPE) (verantwoordelijke voor capacity building van 2016 tot 2019); lid van de Technical Advisory Group on Behavioural and Cultural Insights (TAG-BCI) van de World Health Organization (WHO) Europe.

Sandrine Roussel: postdoctoraal onderzoeker aan de Université Catholique de Louvain, het Institut de Recherche en Sciences Psychologiques; lid van de onderzoeksgroep Psychology of Public Health and Ageing; houder van een universitair masterdiploma in Psychologie aan de Université Catholique de Louvain; houder van een universitair masterdiploma in Sciences de la Santé Publique aan de Université Catholique de Louvain; houder van een doctoraat in Sciences de la Santé Publique aan de Université Catholique de Louvain.

Lien Van der Biest: senior stafmedewerker gedragsinzichten bij het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw; auteur van het Gedragswiel; expert in gezondheidsbevordering en gedragsinzichten; ervaring in het ontwikkelen en geven van opleidingen over gezondheidsbevordering en gedragsverandering aan professionals die actief zijn binnen de sector preventieve gezondheidszorg; houder van een universitair masterdiploma in Psychologie aan de Katholieke Universiteit Leuven; houder van een doctoraat in Psychologie aan de Universiteit Gent.

Leen Van Brussel: senior stafmedewerker gezondheidsongelijkheid en gedragsinzichten bij het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw; expert in gezondheidsbevordering, gezondheidscommunicatie en gezondheidsongelijkheid; ervaring in het ontwikkelen en geven van opleidingen over gezondheidsbevordering, gezondheidscommunicatie en gezondheidsongelijkheid aan professionals die actief zijn binnen de sector preventieve gezondheidszorg; houder van een universitair masterdiploma in Communicatiewetenschappen aan de Vrije Universiteit Brussel; houder van een doctoraat in Communicatiewetenschappen aan de Vrije Universiteit Brussel.

SAMENSTELLING VAN DE STUURGROEP

VERTEGENWOORDIGERS VAN ZORGGEBRUIKERS

Koen De Mesmaeker: algemeen directeur van Internationaal Comité.

Denis Mannaerts: directeur van Cultures et Santé.

VERTEGENWOORDIGERS VAN HOGERONDERWIJSINSTELLINGEN IN DE OPLEIDINGEN VOOR ZORGVERSTREKKERS IN DE EERSTE LIJN

Eva Goossens: tenure track docent in de opleiding Verpleegkunde en Vroedkunde aan de Universiteit Antwerpen; afdelingshoofd van de opleiding Verpleegkunde en Vroedkunde aan de Universiteit Antwerpen.

Tinne Dilles: hoofddocent in de opleiding Verpleegkunde en Vroedkunde aan de Universiteit Antwerpen; voorzitter van de Vakgroepsraad Verpleegkunde en Vroedkunde aan de Universiteit Antwerpen.

Lucky Botteldooren: opleidingscoördinator van de opleiding Verpleegkunde in Huisartsenpraktijk aan de Universiteit Antwerpen en de Karel de Grote Hogeschool Antwerpen.

Sylvie Ackaert: docent in de opleiding Verpleegkunde aan de Arteveldehogeschool Gent; onderzoeker in gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

Willem De Hertogh: hoogleraar in de opleiding Revalidatiewetenschappen en Kinesithérapie aan de Universiteit Antwerpen; voorzitter van de Vakgroep Revalidatiewetenschappen en Kinesithérapie aan de Universiteit Antwerpen.

Benedicte Deforche: hoogleraar in de opleiding Gezondheidsbevordering aan de Universiteit Gent; afdelingshoofd van de onderzoeksgroep Gezondheidsbevordering aan de Universiteit Gent.

Ingrid Aerts: docent in de opleiding Voedings- en Dieetkunde aan de AP Hogeschool Antwerpen; coördinator van het onderwijs in interprofessioneel samenwerken.

Olivia Dalleur: docent aan de Faculté de Pharmacie et des Sciences Biomédicales van de Université Catholique de Louvain.

VERTEGENWOORDIGERS VAN EERSTELIJNSPROFESSIONALS

Helena Broekaert: expertisedomeinverantwoordelijke van de afdeling Preventie en Gezondheidspromotie bij Domus Medica.

Geert Van de Voorde: apotheker-titularis in Antwerpen.

Sophie Liekens: coördinator van de afdeling Samenwerking in Zorg en Welzijn bij het Vlaams Instituut Voor De Eerste Lijn.

Gaëlle Fonteyne: coördinator van Promo Santé et Médecine Générale.

VERTEGENWOORDIGERS VAN PROFESSIONELE ORGANISATIES UIT DE SECTOR PREVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG

Marie-Claire Lambrechts: coördinator van de afdeling Arbeid bij het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs.

Svenja Vergauwen: beleidsmedewerker in het thema seksueel welbevinden bij het Vlaams expertisecentrum voor Seksuele Gezondheid.

Annick Van Lierde: onderzoeker bij Observatoire de la Santé in Henegouwen.

Christian Massot: verantwoordelijke van de afdeling Les Systèmes d'Information en Santé bij Observatoire de la Santé in Henegouwen.

Benoît Dadoumont: directeur van Centre Local de Promotion de la Santé in Namen.

Yves Gosselain: verantwoordelijke van de afdeling Gezondheidsbevordering en Kwaliteit bij Fédération des Maisons Médicales.

Carine Morin: projectcoördinator bij Société de Scientifique de Médecine Générale.

BELEIDSMAKERS

Karen Colaert: coördinator van de afdeling Algemene Preventie bij het Departement Zorg van de Vlaamse overheid.

Brigitte Bouton: algemeen inspecteur van de afdelingen Senioren en Gezinnen, en Gezondheid en Infrastructuur bij l'Agence pour une Vie de Qualité.

INTERNATIONALE PARTNERS

Nele Michels: voorzitter van EURACT.

Carlos Martins: voorzitter van de European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice (EUOPREV).

André Vyt: voorzitter van EIPEN.

Paul Van Royen: vice-voorzitter van EIPEN.

Margaret Barry: voorzitter van IUHPE.

INLEIDING

“Primary health care is a whole-of-society approach to effectively organize and strengthen national health systems to bring services for health and well-being closer to communities.” [1].

DE ROL VAN GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE IN DE EERSTE LIJN

Eerstelijnsgezondheidszorg is de laatste decennia herhaaldelijk opnieuw gedefinieerd, met verwarring van het begrip als gevolg [2]. Volgens de WHO stelt eerstelijnsgezondheidszorg de gezondheidszorgsystemen in staat om de gezondheid van mensen te maximaliseren door hun gezondheidsbehoeften en voorkeuren te ondersteunen, op een continuüm van gezondheidsbevordering en ziektepreventie tot behandeling, revalidatie en palliatieve zorg [1, 2]. Gezondheidsbevordering omvat het bevorderen en beschermen van de gezondheid van mensen. Het vertrekt vanuit een positieve insteek, namelijk het versterken van beschermende factoren van gezondheid [3]. Ziektepreventie omvat het voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium opsporen van ziekten. Volgens de WHO bestaat eerstelijnsgezondheidszorg uit drie belangrijke componenten [1, 2].

- Integrale zorgdiensten om te voldoen aan de gezondheidsbehoeften van mensen gedurende hun hele leven.
- Het systematisch aanpakken van de bredere determinanten van gezondheid, door middel van empirisch onderbouwd beleid en multisectoriële acties.
- Individuen, gezinnen en gemeenschappen in staat stellen hun gezondheid te optimaliseren en in eigen handen te nemen.

Om de twee laatste componenten te bereiken, zijn gezondheidsbevordering en ziektepreventie van essentieel belang. Zij kunnen de klemtoon leggen op zowel individueel gedrag als op een brede waaier van gezondheidsdeterminanten vanuit de samenleving of omgeving. De recente COVID-19 gezondheids crisis heeft aangetoond hoe belangrijk het is om actie te ondernemen met betrekking tot collectieve, politieke en institutionele gezondheidsdeterminanten, alsook hoe belangrijk acties ter preventie en bevordering van gezondheidsgedragingen zijn.

GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE IN DE OPLEIDINGEN VOOR ZORGVERSTREKKERS IN DE EERSTE LIJN

Om gezondheidsbevordering en ziektepreventie toe te passen in de praktijk, hebben zorgverleners nood aan bijkomende competenties, bijvoorbeeld a) kennis over determinanten van gezondheid, zowel op individueel- als op omgevingsniveau; b) inzicht in gedrag en motivatie; en c) vaardigheden om te kunnen communiceren met specifieke doelgroepen zoals mensen met een verhoogde kwetsbaarheid. Naast de nood aan deze competenties, toont het Gedragswiel van het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw ook aan dat motivatie en een ondersteunende context belangrijke gedragsdeterminanten zijn [4]. Figuur 1 illustreert het Gedragswiel. De competenties in gezondheidsbevordering en ziektepreventie blijven echter vaak onderbelicht en gefragmenteerd zonder een duidelijk referentiekader. Bovendien heeft de recente COVID-19 gezondheidscrisis aangetoond dat deze competenties ontoereikend zijn en dat deze nog te weinig toegepast worden in de eerste lijn.

Figuur 1: Gedragsdeterminanten volgens het Gedragswiel van het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw.



Net zoals in andere Europese landen, is er ook in België een tendens naar geïntegreerde zorg in de eerste lijn, met meer nadruk op preventie [5]. Interprofessionele samenwerking is de norm bij geïntegreerde zorg en een preventieve aanpak [6]. Gezamenlijke taal, kennis en uitgangspunten voor alle eerstelijnsprofessionals is daarvoor essentieel [7]. Gezondheidsbevordering en ziektepreventie dienen ingebed te worden in het continuüm van de basisopleiding tot aan specifieke professionele opleidingen en continue navorming, met een beroep overschrijdend kader dat samenwerking bevordert.

Er zijn in Europa reeds richtlijnen ontwikkeld voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie, voor opleidingen voor zorgverstrekkers in de eerste lijn (hierna genoemd “eerstelijnsopleidingen”) en voor interprofessioneel samenwerken [8, 9]. Hoever staan Belgische hogeronderwijsinstellingen met het toepassen van deze standaarden en wat kunnen we leren van goede praktijken in andere Europese landen? De toenemende internationalisering van onderwijs en de arbeidsmigratie van vooral mensen uit de zorgsector binnen de Europese Unie maken het extra relevant om de Belgische opleidingscapaciteit in hoger onderwijs te vergelijken en te ontwikkelen vanuit Europees perspectief.

ONDERZOEKSPROJECT

Het onderzoeksproject “Gezondheids**promotie** en ziekte**preventie** in de opleidingen voor de eerste lijn: een Belgisch kader vanuit Europese richtlijnen” (PROPELLER) wil een antwoord bieden op bovenstaande hiaten in kennis en praktijk in het Belgische zorglandschap. Het beoogt bij te dragen aan de nood aan capaciteitsopbouw voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie onder eerstelijnsprofessionals, vanuit de richtlijnen en voorbeelden uit de Europese context. Er zijn vier doelstellingen:

1. Het uitwerken van een beroep overschrijdend Belgisch referentiekader voor het aanbod en de kwaliteit van hoger onderwijs in gezondheidsbevordering en ziektepreventie, op basis van bestaande internationale richtlijnen en referentiekaders.
2. Het opmaken van een inventaris van het bestaande aanbod en kwaliteit van gezondheidsbevordering en ziektepreventie in de eerstelijnsopleidingen in België, alsook een vergelijkende analyse met Europese eerstelijnsopleidingen.

3. Het ontwikkelen van relevante strategieën voor de beoogde integratie van gezondheidsbevordering en ziektepreventie in de eerstelijnsopleidingen in België, met beroep overschrijdende klijtlijnen voor inhoud en methodes.
4. Het dissemineren van de onderzoeksresultaten naar hogeronderwijsinstellingen, professionele en wetenschappelijke organisaties, doelgroepen en beleidsmakers.

De eerste drie doelstellingen worden in dit rapport beschreven. De laatste doelstelling zal ingezet worden met een symposium op de Conferentie Voor De Eerste Lijn op 29 november 2023, georganiseerd door de Academie Voor De Eerste Lijn en Be.Hive. De onderzoeksresultaten zullen gepresenteerd worden en er zal gediscussieerd worden over mogelijke toekomststappen.

Het onderzoeksproject werd uitgevoerd door een multidisciplinair consortium van twee academische partners uit beide taalgebieden (d.w.z., Nederlandstalig- en Franstalig België): Universiteit Antwerpen en Université Catholique de Louvain, en door het expertisecentrum inzake gezondheidsbevordering: het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. Daarnaast kon de onderzoeksgroep beroep doen op een uitgebreide stuurgroep van stakeholders met vertegenwoordigers van zorggebruikers, hogeronderwijsinstellingen in de eerstelijnsopleidingen, eerstelijnsprofessionals, professionele organisaties uit de sector preventieve gezondheidszorg (hierna genoemd “preventiesector”) en beleidsmakers uit beide taalgebieden. Ook internationale partners werden geïncubeerd in de stuurgroep. Het onderzoeksproject werd opgebouwd uit drie fasen of werkpakketten (WP), in analogie met de drie beschreven doelstellingen. Figuur 2 beschrijft deze.

Figuur 2: De drie fasen of WP van het onderzoeksproject.



FINANCIERING

Het onderzoeksproject werd gefinancierd door het Fonds Van Mulders-Moonens van de Koning Boudewijnstichting. Het Fonds wil een geïntegreerde visie op het hele gezondheidscontinuüm bevorderen waarbij eerstelijnsprofessionals zich bewust zijn van het belang van gezondheidsbevordering en ziektepreventie en hierin worden opgeleid. Het onderzoeksproject is een antwoord op de financieringsoproep van het Fonds om de concepten en methodologieën inzake gezondheidsbevordering en ziektepreventie beter te integreren in de eerstelijnsopleidingen in België. Binnen deze financieringsoproep zijn twee projecten uitgevoerd. PROPELLER beoogt het formuleren van strategieën voor integratie van gezondheidsbevordering en ziektepreventie in de basisopleidingen van eerstelijnsprofessionals in België, op basis van internationale standaarden en met behulp van een Europees netwerk. Het onderzoeksproject “Recherche sur l’enseignement et la **formation** et **promotion** de la santé et **prévention**.” (REFORM P²) beoogt het formuleren van strategieën voor integratie van gezondheidsbevordering en ziektepreventie in de basis- en vervolgopleidingen van eerstelijnsprofessionals in de Franse Gemeenschap van België. Beide onderzoeksprojecten zijn complementair in hun reikwijdte en analyses.

METHODE

FASE 1: DE ONTWIKKELING VAN EEN BELGISCH REFERENTIEKADER

Voor de doelstelling van de eerste fase van het onderzoeksproject werd een literatuuronderzoek uitgevoerd. De onderzoeksvragen worden beschreven in Tabel 1 en brachten in drie stappen de Europese kennis over 1) bestaande referentiekaders of modellen voor kerncompetenties (hierna genoemd “competentiekaders”) op het gebied van gezondheidsbevordering en volksgezondheid (d.w.z., ziektepreventie, gezondheidsvoorlichting en gezondheidscommunicatie); 2) de toepassing of de aanpassing ervan; en 3) de aanpassing aan de eerstelijnszorg of eerstelijnsprofessionals ervan, in kaart.

Tabel 1: De onderzoeksvragen in de driestappenstructuur van het literatuuronderzoek.

	ONDERZOEKSVRAGEN
EERSTE STAP	Welke competentiekaders op het gebied van gezondheidsbevordering en volksgezondheid bestaan?
TWEEDE STAP	Werden deze competentiekaders reeds gebruikt in de praktijk? En hoe? Welke competentiekaders werden reeds aangepast aan een specifieke behoefte of werden reeds geïmplementeerd in het buitenland? En hoe?
DERDE STAP	Welke competentiekaders zijn reeds aangepast aan of geïmplementeerd in de eerstelijnszorg of eerstelijnsprofessionals in de praktijk? En hoe? Hoe kan dit informatief zijn voor de eerstelijnsopleidingen?

Van midden februari tot mei 2022 werd een deskresearch uitgevoerd met behulp van de rapid review methode om bestaande competentiekaders op gebied van gezondheidsbevordering en ziektepreventie te identificeren en samen te voegen. Tabel 2 beschrijft de zoekstrategie en toegepaste methodieken van de driestappenstructuur van het literatuuronderzoek.

Tabel 2: De zoekstrategie en toegepaste methodieken van de driestappenstructuur van het literatuuronderzoek.

	EERSTE STAP	TWEEDE STAP	DERDE STAP
BEVOLKING	Personeel in de gezondheidszorg		Eerstelijnsprofessionals
CONCEPT	Kerncompetenties	Kerncompetenties, aanpassing en implementatie	Kerncompetenties, aanpassing en implementatie
CONTEXT	Gezondheidsbevordering en volksgezondheid	Competentiekaders geselecteerd in de eerste stap	Competentiekaders geselecteerd in de tweede stap + betrekking op de eerstelijnszorg
INCLUSIECRITERIA	Bronnen in het Engels, Frans of Nederlands; bronnen gericht op competenties in gezondheidsbevordering en volksgezondheid (uitsluitend bronnen die een competentiekader presenteren)	Bronnen voor aanpassing of implementatie van het competentiekader	Bronnen voor aanpassing of implementatie van het competentiekader en een relatie hebben met de eerstelijnszorg
EXCLUSIECRITERIA	Bronnen gericht op 1 competentie; bronnen die het competentiekader zelf niet presenteren maar slechts de ontwikkeling ervan toelichten	Bronnen die het niet hebben over de aanpassing of implementatie van een geselecteerd competentiekader	Bronnen die het niet hebben over de aanpassing of implementatie van een geselecteerd competentiekader en geen relatie hebben met de eerstelijnszorg
ZOEKTERMEN	Competence (framework), health promotion, disease prevention, public health, health education	Referentie van het competentiekader + aanpassing; implementatie	Naam van het competentiekader + eerstelijnszorg; eerstelijnsprofessionals
DATABASES	PubMed, Embase, ScienceDirect	PubMed, Embase, ScienceDirect, Google Scholar	PubMed, Embase, ScienceDirect, Google Scholar

AANVULLENDE BRONNEN	Stakeholders uit de stuurgroep, Ecosia, websites van bekende organisaties inzake gezondheidsbevordering en volksgezondheid	Privé interviews met auteurs van een aantal competentiekaders	Privé interviews met auteurs van een aantal competentiekaders
METHODIEKEN	Achterwaartse sneeuwbalmethode (referentietracking)	Voorwaartse sneeuwbalmethode (citatie-tracking)	
PERIODE	Van midden februari tot midden maart 2022	Van april tot mei 2022	Van april tot mei 2022

FASE 2: DE ONTWIKKELING VAN EEN INVENTARIS

Voor de doelstelling van de tweede fase van het onderzoeksproject gebeurde de datacollectie aan de hand van een vragenlijst, onder de volgende studiepopulatie:

- Belgische hogeronderwijsinstellingen in de eerstelijnsopleidingen: geneeskunde, tandheelkunde, farmaceutische wetenschappen, revalidatiewetenschappen en kinesitherapie, psychologie, verpleegkunde, vroedkunde, voedings- en dieetkunde, ergotherapie, sociaal werk, jeugdgezondheidszorg en gezondheidsbevordering.
- Europese netwerken: EURACT, EUROPREV en EIPEN.

De rekrutering voor de vragenlijst verliep via een persoonlijke e-mail vanuit de onderzoeksgroep. Voor België waren de studiefiches van de eerstelijnsopleidingen het startpunt om de onderwijsverantwoordelijken te contacteren (bijv., opleidingscoördinatoren, opleidingsdirecteurs, curriculummanagers). Er werden twee contactlijsten opgemaakt, één voor beide taalgebieden. In geval van geen respons werden de hogeronderwijsinstellingen telefonisch benaderd door de onderzoekers. Een inclusie van minstens 70 % van alle Belgische hogeronderwijsinstellingen werd nagestreefd. Voor Europa gebeurde de rekrutering via de internationale partners uit de stuurgroep. Er werd gestreefd naar een respons van minstens vier hogeronderwijsinstellingen per eerstelijnsdiscipline.

Het doel van de vragenlijst was om te achterhalen welke competenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie, zoals beschreven in het Belgische referentiekader uit de eerste fase, momenteel worden aangeleerd in de opleidingen van de verschillende eerstelijnsdisciplines, en op welk competentieniveau. Voor de analyse van het competentieniveau werd het didactisch model van Clement gebruikt waarin vier niveaus van beheersing worden onderscheiden [10]:

1. Niveau 1 is “weten”. Het verwijst naar het hebben van kennis.
2. Niveau 2 is “weten hoe”. Het verwijst naar het interpreteren en toepassen van kennis, bijvoorbeeld in een werkstuk.
3. Niveau 3 is “tonen”. Het verwijst naar het demonstreren van kennis in een gecontroleerde context, bijvoorbeeld aan de hand van simulatieoefeningen.
4. Niveau 4 is “doen”. Het verwijst naar het toepassen van kennis in een complexe context, bijvoorbeeld in de praktijk of op stage.

De vragenlijst bevatte drie delen:

1. Het profiel van de deelnemer (d.w.z., hogeronderwijsinstelling, functie en eerstelijnsdiscipline).
2. De mate waarin de kerncompetenties uit het Belgische referentiekader momenteel zijn opgenomen in de eerstelijnsopleiding die de deelnemer vertegenwoordigt, en op welk competentieniveau deze worden aangeleerd.
3. De onderwijsmethoden die worden gebruikt om de kerncompetenties aan te leren (bijv., werkcolleges, getuigenissen, rollenspelen, lezingen, e-learningen).

Het was een kwantitatieve meerkeuzevragenlijst, enerzijds om een grote steekproef te kunnen bereiken en anderzijds om de resultaten kwantitatief te kunnen verwerken. De vragenlijst was drietalig (d.w.z., Nederlands, Frans en Engels). De tijdspanne voor deelname was vierenhalve week, van 28 oktober 2022 tot 30 november 2022. In bijlage werd de Nederlandstalige vragenlijst toegevoegd.

FASE 3: DE ONTWIKKELING VAN STRATEGIEËN

Voor de doelstelling van de laatste fase van het onderzoeksproject werden participatieve onderzoeksmethoden gebruikt in twee delen. Een eerste deel met co-creatiesessies om draft strategieën te ontwikkelen om gezondheidsbevordering en ziektepreventie beter te integreren in de eerstelijnsopleidingen, in samenwerking met experts op het gebied van gezondheidsbevordering en ziektepreventie uit de hoger onderwijs- en preventiesector. Een tweede deel met een Delphi-studie om de ontwikkelde draft strategieën middels een consensus procedure te selecteren en prioriteren. De belangrijkste principes van deze fase waren afstemming van de ontwikkelde draft strategieën op de Belgische context en een actieve betrokkenheid van de stakeholders, teneinde een draagvlak voor de ontwikkelde draft strategieën onder de hogeronderwijsinstellingen en de professionele organisaties uit de preventiesector te creëren.

A. CO-CREATIESESSIES

De doelgroep van de co-creatiesessies bestond uit opleidingscoördinatoren, experts op het gebied van gezondheidsbevordering en ziektepreventie, vertegenwoordigers van professionele organisaties uit de preventiesector, beleidsmakers, vertegenwoordigers van eerstelijnsprofessionals en studenten. De rekrutering voor de co-creatiesessies verliep via een persoonlijke e-mail vanuit de

onderzoeksgroep, startend van de contactlijsten uit de tweede fase van het onderzoek en aangevuld door contactpersonen die werden aangeleverd door stakeholders uit de stuurgroep. Omwille van een taalbarrière werden de co-creatiesessies in beide taalgebieden afzonderlijk georganiseerd, weliswaar met een zo gelijk mogelijke structuur en inhoud. In beide taalgebieden werden twee co-creatiesessies georganiseerd in een tijdspanne van drie weken, tussen maart en april 2023.

Het doel van de eerste co-creatiesessie was om te achterhalen op welke competenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie meer moet ingezet worden in de eerstelijnsopleidingen, met een diversificatie per eerstelijnsdiscipline. Voor Nederlandstalig België namen vijftien mensen deel, waarvan drie uit de hoger onderwijssector, tien uit de preventiesector en twee verbonden aan beide sectoren. Voor Franstalig België namen vijf mensen deel, waarvan twee uit de hoger onderwijssector en drie uit de preventiesector. Tabel 3 beschrijft de organisaties uit de hoger onderwijs- en preventiesector waar de studiepopulatie van de eerste co-creatiesessie aan verbonden is.

Tabel 3: De organisaties uit de hoger onderwijs- en preventiesector waar de studiepopulatie van de eerste co-creatiesessie aan verbonden is.

	HOGER ONDERWIJSSECTOR	PREVENTIESECTOR
NEDERLANDSTALIG BELGIË	A. Universiteit Gent B. Katholieke Universiteit Leuven C. AP Hogeschool Antwerpen D. Thomas More Hogeschool E. University Colleges Leuven-Limburg	A. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw B. Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs C. Vlaams Expertisecentrum voor Seksuele Gezondheid D. Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie E. Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg F. Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn G. Gezonde Mond H. Eetexpert

		I. Lokaal Gezondheidsoverleg Antwerpen J. Domus Medica K. Axxon
FRANSTALIG BELGIË	A. Université Libre de Bruxelles B. Haute Ecole Louvain En Hainaut	A. Centre Local de Promotion de la Santé B. FDI World Dental Federation

De resultaten van de vragenlijst uit de tweede fase van het onderzoek waren het startpunt van de eerste co-creatiesessie. De deelnemers werden in groep verdeeld om te brainstormen. Nadien volgde een plenaire discussie. De thema's waarover gebrainstormd werd in de eerste co-creatiesessie waren:

- Welke competenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie zijn momenteel suboptimaal in de huidige eerstelijnsopleidingen?
- Op welke competenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie moet meer ingezet worden in de eerstelijnsopleidingen?
- Wat is de oorzaak van de beperkte integratie van competenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie in de eerstelijnsopleidingen?
- Wat moet veranderen om competenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie beter te integreren in de eerstelijnsopleidingen?

Het doel van de tweede co-creatiesessie was om draft strategieën te ontwikkelen om gezondheidsbevordering en ziektepreventie beter te integreren in de eerstelijnsopleidingen. Voor Nederlandstalig België namen vijftien mensen deel, waarvan vijf uit de hoger onderwijssector, negen uit de preventiesector en één verbonden aan beide sectoren. Voor Franstalig België namen vijf mensen deel, waarvan drie uit de hoger onderwijssector en twee uit de preventiesector. Tabel 4 beschrijft de organisaties uit de hoger onderwijs- en preventiesector waar de studiepopulatie van de tweede co-creatiesessie aan verbonden is.

Tabel 4: De organisaties uit de hoger onderwijs- en preventiesector waar de studiepopulatie van de tweede co-creatiesessie aan verbonden is.

	HOGER ONDERWIJSSECTOR	PREVENTIESECTOR
NEDERLANDSTALIG BELGIË	A. Universiteit Gent B. Hogeschool Gent C. Arteveldehogeschool Gent D. Hogeschool West-Vlaanderen E. Hogeschool VIVES	A. Vlaams Instituut Gezond Leven B. Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs C. Centrum ter Preventie van Zelfdoding D. Centrum voor Kankeropsporing E. Departement Zorg F. Domus Medica G. Axxon
FRANSTALIG BELGIË	A. Université Catholique de Louvain B. Université de Liège C. Haute Ecole Léonard de Vinci	A. Centre Local de Promotion de la Santé

De deelnemers werden in groep verdeeld om te brainstormen. Nadien volgde een plenaire discussie.

De thema's waarover gebrainstormd werd in de tweede co-creatiesessie waren:

- Onderwijsvragen met wie-, wanneer- en wat-vragen als belangrijke pijlers.
 - a) Hoe wordt de inhoud van het lesmateriaal bepaald?
 - b) Hoe wordt de vorm van het lesmateriaal bepaald?
 - c) Hoe worden gezondheidsbevordering en ziektepreventie in de eindtermen opgenomen?
 - d) Hoe worden gezondheidsbevordering en ziektepreventie zo structureel mogelijk ingebed in het curriculum?
- Draft strategieën en acties, op korte en middellange termijn, om gezondheidsbevordering en ziektepreventie binnen een x-aantal jaar beter te integreren en verankeren in de eerstelijnsopleidingen in België.

B. DELPHI-STUDIE

In de Delphi-studie werden de draft strategieën en acties gevaloriseerd bij een bredere groep van experts [11]. De Delphi-methode staat toe om op een evenwaardige manier feedback te verzamelen op concrete ideeën en tot een consensus te komen.

De rekrutering voor de Delphi-studie verliep via een persoonlijke e-mail vanuit de onderzoeksgroep. Omwille van de latere organisatie van de co-creatiesessies in Franstalig België, werd de Delphi-studie uitsluitend voor de Nederlandstalige actoren uitgevoerd. Zowel de Nederlandstalige stakeholders uit de stuurgroep als de deelnemers van de Nederlandstalige co-creatiesessies werden gecontacteerd voor deelname. In totaal werden vijftig contactpersonen uitgenodigd. Ook werd aan de contactpersonen gevraagd om de Delphi-studie verder te verspreiden onder collega's. Er werd gestreefd naar een respons van minstens twintig experts. Er namen 41 mensen deel, waarvan negentien uit de hoger onderwijssector, zeventien uit de preventiesector en vijf verbonden aan beide sectoren. Tabel 5 beschrijft de organisaties uit de hoger onderwijs- en preventiesector waar de studiepopulatie van de Delphi-studie aan verbonden is.

Tabel 5: De organisaties uit de hoger onderwijs- en preventiesector waar de studiepopulatie van de Delphi-studie aan verbonden is.

	HOGER ONDERWIJSSECTOR	PREVENTIESECTOR
NEDERLANDSTALIG BELGIË	A. Universiteit Gent B. Universiteit Antwerpen C. Katholieke Universiteit Leuven D. Hogeschool Gent E. Arteveldehogeschool Gent F. Odisee Hogeschool G. AP Hogeschool Antwerpen H. Karel de Grote Hogeschool I. Thomas More Hogeschool J. University Colleges Leuven-Limburg	A. Vlaams Instituut Gezond Leven vzw B. Vlaams Expertisecentrum Alcohol en andere Drugs C. Vlaams Expertisecentrum voor Seksuele Gezondheid D. Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie E. Vlaams Instituut Voor de Eerste Lijn F. Centrum voor Kankeropsporing G. Centrum ter Preventie van Zelfdoding H. Eetexpert I. Diabetes Liga J. Domus Medica K. Koninklijke Apothekersvereniging van Antwerpen L. Universitair Ziekenhuis Antwerpen

		M. Praktijken N. MediNet O. Eerstelijnszone Antwerpen Centrum P. Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft
--	--	--

De Delphi-studie werd uitgevoerd in Qualtrics, een online hulpmiddel om vragenlijsten op te stellen en te verspreiden, data te verzamelen en responsen te analyseren. De Delphi-studie startte met vragen over het profiel van de deelnemer (d.w.z., functie en organisatie). Per draft strategie of actie werd de deelnemer gevraagd naar zijn of haar visie over relevantie en haalbaarheid, via een 6-punts Likertschaal, met de mogelijkheid voor kwalitatieve evaluatie en aanvullingen middels vrije tekst. Figuur 3 illustreert de opmaak van de Delphi-studie. Tot slot kon de deelnemer nieuwe strategieën of acties en algemene opmerkingen delen.

Figuur 3: Illustratie van de opmaak van de Delphi-studie.

Q5

1. Een jaarlijkse netwerkdag

Op een jaarlijkse netwerkdag kunnen de onderwijsinstellingen en de preventieve sector elkaar ontmoeten om toekomstige samenwerkingen te vereenvoudigen.

Helemaal oneens

Oneens

Neutraal

Eens

Helemaal eens

Geen mening

☐
☐
☐
☐
☐
☐

Q26

Opmerkingen:

RESULTATEN

FASE 1: HET ONTWIKKELDE BELGISCHE REFERENTIEKADER

Het literatuuronderzoek verliep in drie fasen. In de eerste fase werden dertien bestaande competentiekaders geïdentificeerd, waarvan zes gericht op de gezondheidsbevordering en zeven gericht op de volksgezondheid, beschreven in Tabel 6 en 7.

De zes competentiekaders in de gezondheidsbevordering hebben een vergelijkbare structuur, waarbij de kerncompetenties worden ingedeeld in een kleiner aantal competentiedomeinen [12]. De competentiekaders zijn dus onderling vrij gelijkaardig en de consensus over de competentiedomeinen is relatief hoog. Dit komt onder andere door het gebruik van gemeenschappelijke bronnen, een vergelijkbare ontwikkelingsduur en een vergelijkbaar doel achter de ontwikkeling van de competentiekaders. Het belangrijkste onderscheid tussen de zes competentiekaders is de differentiatie in het aantal competentieniveaus: sommige competentiekaders hebben drie niveaus, andere slechts twee. Figuur 4 toont dat het CompHP-kader verschillende rollen en expertiseniveaus onderscheidt, gaande van de beginnende beroepsbeoefenaar (entry level) tot de meer gevorderde beroepsbeoefenaar (experienced) tot de beroepsbeoefenaar die op managementniveau werkzaam is in de gezondheidsbevordering (manager). Zodoende kan het CompHP-kader gebruikt worden als basis voor de ontwikkeling van meer gevorderde competenties voor een deskundige beroepsbeoefenaar [13].

Figuur 4: De verschillende rollen en expertiseniveaus volgens het CompHP-kader [13].

	Entry Level	Experienced	Manager
Health Promotion Practitioner			
Health Promotion Part of Role			
Broader Intersectoral Workforce			

Tabel 6: De zes competentiekaders in de gezondheidsbevordering.

GEBIED	ORGANISATIE	NAAM DOCUMENT OF COMPETENTIEKADER	JAAR	URL
Australië	AHPA	Core Competencies for Health Promotion Practitioners.	2009	http://healthpromotionscholarshipswa.org.au/wp-content/uploads/2014/05/core-competencies-for-hp-practitioners.pdf
Europa	IUHPE	The Galway Consensus Conference Statement.	2009	https://www.iuhpe.org/images/PUBLICATIONS/THEMATI C/CBET/Galway_Consensus_Statement.pdf
Zuid-Oost Azië	WHO (SEARO)	Health Promotion Competencies and Standards for Countries in WHO South-East Asia Region.	2010	http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204957/B4465.pdf?sequence=1&isAllowed=y
Nieuw-Zeeland	HPFNZ	Health promotion competencies for Aotearoa New Zealand.	2012	http://www.hauora.co.nz/assets/files/Health%20Promotion%20Competencies%20%20Final.pdf
Canada	HPC	The Pan-Canadian Health Promoter Competencies and Glossary.	2015	https://www.healthpromotioncanada.ca/wp-content/uploads/2016/07/2015-HPCOMP-CompletePackage3-new-logo.pdf
Europa, wereldwijd	IUHPE	IUHPE Core Competencies and Professional Standards for Health Promotion. Bekend als: The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook.	2016	https://www.iuhpe.org/images/JC-Accreditation/Core_Competencies_Standards_linkE.pdf
			2011	https://www.iuhpe.org/images/PROJECTS/ACCREDITATION/CompHP_Competencies_Handbook.pdf

De zeven competentiekaders in de volksgezondheid vertonen onderling meer verschillen qua structuur en terminologie, waardoor het minder duidelijk is welke competentiedomeinen gelijkaardig zijn en dus een minder duidelijke consensus over de competentiedomeinen bestaat. Dit komt onder andere door het gebruik van verschillend bronmateriaal, een langere ontwikkelingsduur en de diverse doelen achter de ontwikkeling van de competentiekaders. Van deze zeven competentiekaders werd het WHO-ASPHER-kader als meest toepasbaar beschouwd omdat het specifiek ontworpen is om de competenties van professionals die werkzaam zijn in de volksgezondheid te identificeren en te operationaliseren in de Europese context. Het baseert zich op de Europese beleidsrichtlijnen voor volksgezondheid. Het WHO-ASPHER 'competentiekader voor het personeel in de volksgezondheid in de Europese regio' is ontwikkeld voor gebruik in het onderwijs [14]. Het is ontwikkeld vanuit een systeemperspectief en het is bedoeld om als input te dienen voor een breed assortiment aan toepassingen, waaronder beleidsmaatregelen die relevant zijn in de verschillende fasen van de loopbaan van individuele beroepsbeoefenaars en op de volledige arbeidsmarkt. Als zodanig kan het WHO-ASPHER-kader worden toegepast bij het ontwikkelen van maatregelen om hoger onderwijs en prestaties te verbeteren, maar ook bij planning, investering, capaciteitsopbouw, analyse en monitoring.

Tabel 7: De zeven competentiekaders in de volksgezondheid.

GEBIED	ORGANISATIE	NAAM DOCUMENT OF COMPETENTIEKADER	JAAR	URL
Nieuw-Zeeland	PHANZ	Generic Competencies for Public Health in Aotearoa-New Zealand.	2007	https://app.box.com/s/vpwqpz8yyus8d8umucjzbttdi1m111p5u
Canada	PHAC	Core competencies for public health in Canada.	2008	https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/public-health-practice/skills-online/core-competencies-public-health-canada/cc-manual-eng090407.pdf
Amerika (voornamelijk Zuid-Amerika)	PAHO/ WHO (ROFTA)	Core competencies for public health: a regional framework for the Americas.	2013	https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/HSScompetencies-PH-2013.pdf
Verenigd Koninkrijk	PHE	Public Health Skills and Knowledge Framework 2016.	2016	https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/584408/public_health_skills_and_knowledge_framework.pdf
Europa	ASPHER	ASPHER's European List of Core Competences for the Public Health Professional 5th Ed.	2018	https://www.aspher.org/download/199/04-06-2018_aspher_s_european_list_of_core_competences_for_the_public_health_professional.pdf
Europa	WHO-ASPHER	WHO-ASPHER Competency Framework for the Public Health Workforce in the European Region.	2020	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/347866/WHO-EURO-2020-3997-43756-61569-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
Verenigde Staten	PHF	Core Competencies for Public Health Professionals.	2021	http://www.phf.org/resourcestools/Documents/Core_Competencies_for_Public_Health_Professionals_2021October.pdf

In de tweede en derde fase van het literatuuronderzoek werd gekeken naar bestaande voorbeelden en de evidentie over de aanpassing aan en de implementatie van de dertien competentiekaders. De manier waarop de competentiekaders worden gebruikt, kan aanknopingspunten bieden om deze aan te passen aan de Belgische context en relevant te maken voor de eerstelijnsopleidingen.

De meeste evidentie voor het gebruik van competentiekaders werd gerapporteerd door het CompHP-kader van de IUHPE, hoewel de literatuur over de implementatie van competentiekaders in de praktijk beperkt blijft [12, 15]. De bronnen die erover gevonden zijn, benadrukken de verschillende toepassingen:

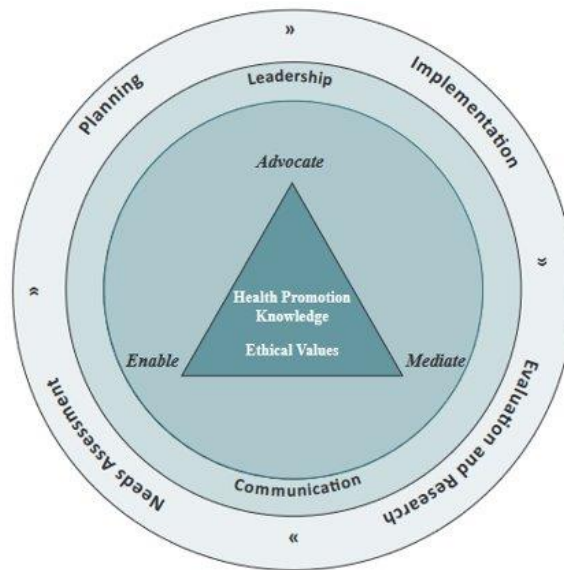
- a. Om beoordelingscriteria te creëren als zelfevaluatie-instrument voor beoefenaars van de volksgezondheid [16].
- b. Om beoordelingscriteria te creëren of te gebruiken in de context van onderwijs- en opleidingsprogramma's:
 - a. Als instrument om masterprogramma's in de volksgezondheid te beoordelen en te vergelijken [17].
 - b. Als zelfevaluatie-instrument voor landen voor nationale onderwijsprogramma's in de volksgezondheid [18].
 - c. Een zelfevaluatie-instrument maken voor studenten gezondheidsbevordering [19].
 - d. Als zelfevaluatie-instrument voor studenten in de volksgezondheid [20].
 - e. Als basis voor een zelfevaluatie-instrument (= reflectief portfolio) voor studenten gezondheidsbevordering [21].
- c. Om curricula samen te stellen als basis voor bachelor- en postdoctorale curricula in gezondheidsbevordering [22, 23].
- a) Om een accreditatiesysteem op te bouwen voor gezondheidsbevordering [24].

Uit de literatuur blijkt dus dat de competentiekaders voornamelijk gebruikt worden voor het samenstellen, opvolgen en beoordelen van onderwijsprogramma's in de gezondheidsbevordering of volksgezondheid. Hoewel de competenties die in de competentiekaders vooropgesteld worden relevant zijn voor alle beroepen (bijv., preventieadviseur, gezondheidsambtenaren) die te maken hebben met gezondheidsbevordering en ziektepreventie, is de vraag in welke mate deze ook toegepast worden in opleidingen voor beroepen in de eerstelijnszorg.

Om deze vraag te beantwoorden, werden zes bronnen (vijf artikels en één praktijkhandboek) geanalyseerd die evidentie aantonen over de implementatie van de competentiekaders in de eerstelijnszorg of eerstelijnsprofessionals in de praktijk. Tabel 8, in bijlage, vat deze bronnen samen. De bronnen verwijzen naar implementatie in verschillende contexten met een variatie in de studiepopulatie (bijv., verpleegkundigen, bedrijfsartsen, wijkgezondheidswerkers). In vijf van de zes bronnen werd het CompHP-kader geïmplementeerd, alleen of samen met andere kaders. De competentiekaders werden gebruikt als evaluatie-instrument of als referentie die bijgewerkt of aangepast werden aan een specifieke context en studiepopulatie. De bronnen hanteerden een verschillende methodologie (bijv., literatuurstudie, semigestructureerde interviews, Delphi-studie).

Op basis van het literatuuronderzoek werd besloten dat voor de Belgische eerstelijnsopleidingen zowel het CompHP-kader van de IUHPE voor gezondheidsbevordering als het WHO-ASPHER-kader voor volksgezondheid zinvol en complementair zijn. Figuren 5 en 6 illustreren beide competentiekaders. De competenties van het CompHP-kader en het WHO-ASPHER-kader werden samengevoegd en relevante competenties werden geëxtraheerd voor een beroep overschrijdend geïntegreerd referentiekader voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie in de eerstelijnszorg. De keuze voor een beroep overschrijdend referentiekader werd gemaakt omdat dit interprofessioneel samenwerken kan bevorderen. Nadien werd het gecombineerde referentiekader aangepast aan de Belgische context door vertaling van begrippen en interactie met stakeholders in de loop van het onderzoeksproject. Dat gebeurde op basis van de handleiding van de WHO over het aanpassen van een competentiekader aan een specifieke context [25]. De samengevoegde competenties werden aangepast vanuit het competentieprofiel van de preventiesector naar de lokale context en terminologie. De finale versie van het Belgische referentiekader voor het aanbod en de kwaliteit van hoger onderwijs in gezondheidsbevordering en ziektepreventie bevat veertien kerncompetenties, zoals weergegeven in Tabel 9.

Figuur 5: Het CompHP-kader van de IUHPE voor gezondheidsbevordering.



Figuur 6: Het WHO-ASPHER-kader voor volksgezondheid.



Tabel 9: De veertien kerncompetenties met competentiedomeinen van het Belgische referentiekader voor het aanbod en de kwaliteit van hoger onderwijs in gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

1. ETHISCHE WAARDEN ALS BASIS VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE A. Gezondheid is een mensenrecht. B. Verminderen van gezondheidsongelijkheid. C. Gezondheidsbevordering mag geen schade berokkenen. D. Respect voor autonomie en keuzevrijheid van individuen en groepen. E. Samenwerking als basis. F. Conform wet- en regelgeving (inclusief specifieke deontologische codes). G. Sociaal en rechtvaardig handelen.
2. ALGEMENE KENNIS EN PRINCIPES VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE A. Definities en visie van gezondheidsbevordering en ziektepreventie. B. Determinanten van gezondheid. C. Gedragsinzichten en gedragsveranderingstheorieën- en technieken. D. Impact van sociale en culturele diversiteit op gezondheidsongelijkheden.
3. KENNIS MET BETREKKING TOT GEZONDHEIDSSITUATIE EN ZORGSTEEEM IN BELGIË A. Inzicht in de belangrijkste oorzaken van morbiditeit en mortaliteit in België. B. Structuur en organisatie van het zorgsteeem in België. C. Principes van systeemdenken (complexiteit van zorgsteeem dat deel uitmaakt van verschillende strategische niveaus die elkaar beïnvloeden). D. Afwegen van economische kosten en baten bij beslissingen rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie.
4. GEZONDHEIDSTHEMA'S GERELATEERD AAN GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE A. Gezond eetgedrag B. Eetstoornissen C. Fysieke activiteit en sedentair gedrag

- D. Suïcide preventie
- E. Mentale gezondheid
- F. Seksuele gezondheid en seksualiteit
- G. Preventieve mondverzorging
- H. Gezondheid en milieu
- I. Roken
- J. Middelenmisbruik (alcohol, drugs)
- K. Val- en blessurepreventie
- L. Diabetespreventie
- M. Dementie preventie
- N. Kankeropsporing
- O. Door vaccinatie te voorkomen aandoeningen
- P. Verkeersveiligheid

5. COMPETENTIES OM ANDEREN IN STAAT TE STELLEN VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERENDE ACTIES

- A. Bevorderen van de ontwikkeling van gezondheidsvaardigheden- en geletterdheid.
- B. Overbrengen van gezondheidsvaardigheden die empowerment en participatie ondersteunen.
- C. Toepassen van benaderingen voor gemeenschapsontwikkeling om participatie van de gemeenschap te versterken en capaciteit op te bouwen voor gezondheidsbevorderende acties.

6. COMPETENTIES VOOR PLEITBEZORGING ROND GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE

- A. De belangrijkste stakeholders kennen en weten hoe het zorgsysteem werkt.
- B. Strategieën en technieken (zoals pleitbezorging en lobbyen) gebruiken om belangen te behartigen.
- C. Bewustmaking en beïnvloeding van de publieke opinie over gezondheidskwesties.
- D. Pleiten voor gezondheid op alle beleidsterreinen.

- E. Gemeenschappen en groepen ondersteunen in het verwoorden van hun behoeften en om te pleiten voor middelen en capaciteiten die nodig zijn voor gezondheidsbevordering.

7. COMPETENTIES OM SAMEN TE WERKEN VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE

- A. Inzicht krijgen in de onderlinge afhankelijkheid, integratie en concurrentie tussen de gezondheidszorgsectoren en verschillende stakeholders bij volksgezondheidskwesties.
- B. Opzetten en beheren van succesvolle partnerschappen door middel van samenwerking over sectoren en disciplines heen.
- C. Werken in (interdisciplinaire) teams.
- D. Werken met verschillende overheden en organisaties.

8. COMPETENTIES ROND COMMUNICATIE VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE

- A. Effectieve communicatietechnieken (schriftelijke, (non)-verbale) gebruiken voor het communiceren van gezondheidsboodschappen naar diverse doelgroepen.
- B. Feiten en evidentie op een begrijpelijke manier communiceren.
- C. Begrijpen en weten hoe IT en andere media werken om gezondheidsinformatie te ontvangen en te verspreiden.
- D. Cultureel geschikte communicatietechnieken gebruiken op maat en in de taal van de doelgroep.
- E. Interprofessioneel communiceren.
- F. Met respect communiceren bij het aanmoedigen van de gemeenschap om hun mening te uiten.

9. LEIDERSCHAPSCOMPETENTIES

- A. Netwerken met en motiveren van stakeholders om de gezondheid te verbeteren en gezondheidsongelijkheid te verminderen.
- B. Empowerment en participatie faciliteren.
- C. Interdisciplinaire teams leiden om gecoördineerd te werken op verschillende terreinen van de volksgezondheid.
- D. Bijdragen aan de fondsenwerving en het beheer van middelen voor gezondheidsbevorderende acties.

10. COMPETENTIES MET BETREKKING TOT ANALYSE VOOR DE PLANNING VAN GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE ACTIES

- A. Verzamelen, analyseren en toepassen van evidentie om gezondheidsinterventies te ontwikkelen en implementeren.
- B. Doelen, waarden en behoeften van patiënten identificeren op een participatieve manier.

- C. Kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruiken.
- D. Cultureel en ethisch passende onderzoeksmethoden toepassen.
- E. Prioriteiten voor gezondheidsbevorderende acties vaststellen in samenwerking met patiënten, op basis van de best beschikbare wetenschappelijke kennis en ethische waarden.

11. COMPETENTIES OM GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE STRATEGIEËN TE ONTWIKKELEN

- A. Het formuleren van realistische en meetbare doelen voor gezondheidsbevorderende acties, samen met patiënten.
- B. Methodieken, materialen en diensten creëren of hanteren en testen bij patiënten.
- C. Geschikte strategieën voor gezondheidsbevordering en gedragsveranderingstechnieken selecteren om overeengekomen doelen te bereiken.
- D. Een haalbaar actieplan ontwikkelen, rekening houdend met de behoeften van patiënten en met beperkte middelen.
- E. Het mobiliseren, ondersteunen en betrekken van patiënten bij het plannen van gezondheidsbevorderende acties.

12. COMPETENTIES OM GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE ACTIES TE IMPLEMENTEREN

- A. Ethische, empowerment, cultureel passende en participatieve processen gebruiken om gezondheidsbevorderende acties te implementeren.
- B. Bewaken van de kwaliteit van het implementatieproces in relatie tot overeengekomen doelen voor gezondheidsbevorderende acties.
- C. Faciliteren van de continuïteit van het programma en de betrokkenheid van stakeholders bij gezondheidsbevorderende acties door voortdurend overleg en samenwerking.

13. COMPETENTIES VOOR DE EVALUATIE VAN GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE ACTIES

- A. Gezondheidsbevorderende acties opvolgen en evalueren door het gedrag van patiënten te observeren of door feedback aan patiënten te vragen.
- B. Effectiviteit evalueren van gezondheidsbevorderende acties.
- C. Evaluatieresultaten gebruiken om gezondheidsbevorderende acties te verfijnen en te verbeteren.
- D. Onderzoek en evidence-based strategieën gebruiken om de praktijk te informeren over gezondheidsbevordering en ziektepreventie.
- E. Analyseren en beoordelen van data ter ondersteuning van de besluitvorming en om evidentie te leveren over de gezondheid van de bevolking.
- F. Vitale statistieken en gezondheidsindicatoren gebruiken en kwalitatief of kwantitatief onderzoek opzetten en uitvoeren dat voortbouwt op bestaande evidentie en bijdraagt aan de wetenschappelijke basis voor de gezondheidszorg.

G. Communiceren over en verspreiden van evaluatieresultaten.

14. COMPETENTIES GERELATEERD AAN WETGEVING EN BELEID

- A. Internationale, Europese en nationale wet- of regelgeving kunnen toepassen met het oog op een maximale bevordering van gezondheid en welzijn.
- B. Systemen voor gezondheidszorg en sociale dienstverlening binnen en tussen landen vergelijken en contrasteren.
- C. Het uitvoeren van gezondheids- en sociaal beleid en bijdragen aan het waarborgen van het recht op gelijke en effectieve gezondheidszorg.

FASE 2: DE ONTWIKKELDE INVENTARIS

A. GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE IN DE EERSTELIJNSOPLEIDINGEN IN BELGIË

Voor de analyses van België werden de resultaten van de Nederlands- en Franstalige vragenlijsten geïntegreerd. Tabel 10 toont de beschrijvende statistieken van de deelnemers aan de bevraging. Een steekproef van 70 deelnemers werd geïnccludeerd, waarvan 61.4 % de vragenlijst volledig heeft afgerond. Dit is een inclusie van ongeveer 35 % van alle gecontacteerde Belgische hogeronderwijsinstellingen. Ondanks dat er weinig respons was, zijn toch alle eerstelijnsopleidingen vertegenwoordigd. Dit betekent echter niet dat de resultaten daarom representatief zijn bij een lage respons. Het profiel van de deelnemers is uiteenlopend. De meerderheid van de deelnemers voert een coördinerende rol uit op de werkvloer (bijv., opleidingscoördinator, curriculummanager) (61.2 %). Merk op dat de resultaten van de opleidingen in verpleeg- en vroedkunde samengevoegd werden in de analyses.

Tabel 10: Beschrijvende statistieken van de deelnemers aan de bevraging.

	DEELNEMERS AAN DE BEVRAGING
STEEKPROEF (N)	
Totaal	70
Franstalig België	36
Nederlandstalig België	34
RESPONS BEREIK (%)	
Volledige respons	61.4 %
Gedeeltelijke respons	35.7 %
Afgevallen	2.9 %
HOGERONDERWIJSINSTELLING (N)	
Université Catholique de Louvain	7
Universiteit Gent	5
Thomas More Hogeschool	5
Université de Liège	4
Vrije Universiteit Brussel of Université Libre de Bruxelles	4
Universiteit Antwerpen	4
Haute Ecole Léonard de Vinci	4
University Colleges Leuven-Limburg	3
Hogeschool VIVES	3

Katholieke Universiteit Leuven	2
Universiteit Hasselt	2
Haute Ecole Libre de Bruxelles Ilya Prigogine	2
Haute Ecole Galilée	2
Haute Ecole Lucia de Brouckère	2
Erasmushogeschool Brussel	2
AP Hogeschool Antwerpen	2
Odisee Hogeschool	2
Hogeschool PXL	2
Haute Ecole de la Province de Liège	1
Haute Ecole de la Province de Namur	1
Haute Ecole Louvain en Hainaut	1
Arteveldehogeschool Gent	1
Hogeschool West-Vlaanderen	1
Autonome Hochschule Ostbelgien	1
Centre de Promotion Sociale de Liège	1
Institut Provincial d'Enseignement de Promotion Sociale de Liège	1
Institut Provincial Lise Thiry Charleroi	1
FUNCTIE (%)	
Coördinator (bijv., opleidingscoördinator, curriculummanager)	61.2 %
Docent	43.3 %
Leidinggevende (bijv., afdelings- en opleidingshoofd, onderwijsdirecteur)	22.4 %
Decaan	7.5 %
Andere (bijv., onderzoeker, voorzitter van de onderwijscommissie)	3.0 %
EERSTELIJSOPLEIDING (N)	
Verpleeg- en vroedkunde	20
Farmaceutische wetenschappen	8
Voedings- en dieetkunde	8
Sociaal werk	7
Huisartsgeneeskunde	6
Psychologie	5
Andere (bijv., osteopathie, geneesmiddelenontwikkeling)	4
Tandheelkunde en mondzorg	3
Revalidatiewetenschappen en kinesithérapie	3
Gezondheidsbevordering	2
Jeugdgezondheidszorg	1

Tabel 11 beschrijft welke kerncompetenties en competentiedomeinen voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie momenteel opgenomen zijn in de Belgische eerstelijnsopleidingen. Uit de resultaten blijkt dat de algemene kennis en principes voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie op zich uitgebreid aan bod komen in de huidige eerstelijnsopleidingen in België. Hieronder valt hoofdzakelijk het bijbrengen van kennis over de definities en visie van gezondheidsbevordering en ziektepreventie, en de determinanten van gezondheid. Ook kennis over de structuur en organisatie van het zorgsysteem in België wordt overgebracht aan eerstelijnsprofessionals. Ook competenties rond samenwerking en communicatie voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie scoren beiden hoog wat betreft de integratie ervan in de eerstelijnsopleidingen. Competentiedomeinen die hieronder vallen zijn interprofessioneel samenwerken en het gebruik van effectieve communicatietechnieken om gezondheidsboodschappen te communiceren naar diverse doelgroepen. Studenten worden aangeleerd om gezondheidsinterventies evidence-based te ontwikkelen met het gebruik van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. Ook worden studenten aangeleerd om geschikte strategieën voor gezondheidsbevordering en gedragsveranderingstechnieken te selecteren om overeengekomen doelen te bereiken, bijvoorbeeld in de context van een consult.

Uit de bevraging blijkt echter ook dat concrete thema's (bijv., fysieke activiteit, seksuele gezondheid, vaccinatie) gerelateerd aan gezondheidsbevordering en ziektepreventie niet standaard worden geïntegreerd in de eerstelijnsopleidingen. Opleidingen kiezen eerder voor die gezondheidsthema's die aansluiten bij hun beroepsprofiel. Bijvoorbeeld in de opleidingen in voedings- en dieetkunde komen thema's rond voeding aan bod, maar geen thema's rond seksuele gezondheid, mentale gezondheid of suïcide preventie. Dit is echter wel relevant omdat de concrete thema's deels een gezamenlijke oorsprong hebben, met elkaar samenhangen en de motivatie voor gedragsverandering bij mensen kunnen beïnvloeden. Andere competenties die onderbelicht zijn, zijn competenties voor pleitbezorging en leiderschap, en competenties gerelateerd aan wetgeving en beleid. Daaraan gekoppeld worden studenten bijna niet aangeleerd om samen te werken met verschillende overheden en organisaties.

Tabel 11: De kerncompetenties en competentiedomeinen voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie die momenteel opgenomen zijn in de Belgische eerstelijnsopleidingen.

	% KERNCOMPETENTIE OF COMPETENTIEDOMEIN OPGENOMEN IN DE BELGISCHE EERSTELIJNSOPLEIDINGEN	
ETHISCHE WAARDEN ALS BASIS VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE	68.9 %	
ALGEMENE KENNIS EN PRINCIPES VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE	86.4 %	
A. Definities en visie van gezondheidsbevordering en ziektepreventie.	89.5 %	
B. Determinanten van gezondheid.	98.2 %	
C. Gedragsinzichten en gedragsveranderingstheorieën- en technieken.	78.9 %	
D. Impact van sociale en culturele diversiteit op gezondheidsongelijkheden.	78.9 %	
KENNIS MET BETREKKING TOT GEZONDHEIDSSITUATIE EN ZORGSTEEEM IN BELGIË	68.9 %	
A. Inzicht in de belangrijkste oorzaken van morbiditeit en mortaliteit in België.	71.7 %	
B. Structuur en organisatie van het zorgsteeem in België.	90.6 %	
C. Principes van systeemdenken (complexiteit van zorgsteeem dat deel uitmaakt van verschillende strategische niveaus die elkaar beïnvloeden).	52.8 %	
D. Afwegen van economische kosten en baten bij beslissingen rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie.	60.4 %	
GEZONDHEIDSTHEMA'S GERELATEERD AAN GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE	UITGEBREID (46.4 %)	MATIG (29.1 %)
A. Gezond eetgedrag	69.2 %	30.8 %
B. Eetstoornissen	51.9 %	36.5 %
C. Fysieke activiteit en sedentair gedrag	46.2 %	42.3 %
D. Suicide preventie	34.6 %	30.8 %

E. Mentale gezondheid	65.4 %	21.2 %
F. Seksuele gezondheid en seksualiteit	42.3 %	30.8 %
G. Preventieve mondverzorging	30.8 %	25.0 %
H. Gezondheid en milieu	50.0 %	28.8 %
I. Roken	55.8 %	36.5 %
J. Middelenmisbruik (alcohol, drugs)	65.4 %	25.0 %
K. Val- en blessurepreventie	32.7 %	30.8 %
L. Diabetespreventie	65.4 %	13.5 %
M. Dementie preventie	25.0 %	28.8 %
N. Kankeropsporing	48.1 %	38.5 %
O. Door vaccinatie te voorkomen aandoeningen	55.8 %	26.9 %
P. Verkeersveiligheid	3.8 %	19.2 %
COMPETENTIES OM ANDEREN IN STAAT TE STELLEN VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERENDE ACTIES	77.6 %	
A. Bevorderen van de ontwikkeling van gezondheidsvaardigheden- en geletterdheid.	80.8 %	
B. Overbrengen van gezondheidsvaardigheden die empowerment en participatie ondersteunen.	71.2 %	
C. Toepassen van benaderingen voor gemeenschapsontwikkeling om participatie van de gemeenschap te versterken en capaciteit op te bouwen voor gezondheidsbevorderende acties.	80.8 %	
COMPETENTIES VOOR PLEITBEZORGING ROND GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE	40.4 %	
A. De belangrijkste stakeholders kennen en weten hoe het zorgsysteem werkt.	82.0 %	
B. Strategieën en technieken (zoals pleitbezorging en lobbyen) gebruiken om belangen te behartigen.	28.0 %	
C. Bewustmaking en beïnvloeding van de publieke opinie over gezondheidskwesties.	36.0 %	
D. Pleiten voor gezondheid op alle beleidsterreinen.	26.0 %	
E. Gemeenschappen en groepen ondersteunen in het verwoorden van hun behoeften en om te pleiten voor de middelen en capaciteiten die nodig zijn voor gezondheidsbevordering.	30.0 %	

COMPETENTIES OM SAMEN TE WERKEN VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE	56.5 %
A. Inzicht krijgen in de onderlinge afhankelijkheid, integratie en concurrentie tussen de gezondheidszorgsectoren en verschillende stakeholders bij volksgezondheidskwesties.	60.9 %
B. Opzetten en beheren van succesvolle partnerschappen door middel van samenwerking over sectoren en disciplines heen.	47.8 %
C. Werken in (interdisciplinaire) teams.	87.0 %
D. Werken met verschillende overheden en organisaties.	30.4 %
COMPETENTIES ROND COMMUNICATIE VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE	76.5 %
A. Effectieve communicatietechnieken (schriftelijke, (non)-verbale) gebruiken voor het communiceren van gezondheidsboodschappen naar diverse doelgroepen.	90.9 %
B. Feiten en evidentie op een begrijpelijke manier communiceren.	81.8 %
C. Begrijpen en weten hoe IT en andere media werken om gezondheidsinformatie te ontvangen en te verspreiden.	54.5 %
D. Cultureel geschikte communicatietechnieken gebruiken op maat en in de taal van de doelgroep.	75.0 %
E. Interprofessioneel communiceren.	72.7 %
F. Met respect communiceren bij het aanmoedigen van de gemeenschap om hun mening te uiten.	84.1 %
LEIDERSCHAPSCOMPETENTIES	18.2 %
COMPETENTIES MET BETREKKING TOT ANALYSE VOOR DE PLANNING VAN GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE ACTIES	76.4 %
A. Verzamelen, analyseren en toepassen van evidentie om gezondheidsinterventies te ontwikkelen en implementeren.	93.2 %
B. Doelen, waarden en behoeften van patiënten identificeren op een participatieve manier.	79.5 %
C. Kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruiken.	86.4 %
D. Cultureel en ethisch passende onderzoeksmethoden toepassen.	56.8 %

E. Prioriteiten voor gezondheidsbevorderende acties vaststellen in samenwerking met patiënten, op basis van de best beschikbare wetenschappelijke kennis en ethische waarden.	65.9 %
COMPETENTIES OM GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE STRATEGIEËN TE ONTWIKKELEN	75.0 %
A. Het formuleren van realistische en meetbare doelen voor gezondheidsbevorderende acties, samen met patiënten.	81.8 %
B. Methodieken, materialen en diensten creëren of hanteren en testen bij de patiënten.	54.5 %
C. Geschikte strategieën voor gezondheidsbevordering en gedragsveranderingstechnieken selecteren om overeengekomen doelen te bereiken.	90.9 %
D. Een haalbaar actieplan ontwikkelen, rekening houdend met de behoeften van patiënten en met beperkte middelen.	81.8 %
E. Het mobiliseren, ondersteunen en betrekken van patiënten bij het plannen van gezondheidsbevorderende acties.	65.9 %
COMPETENTIES OM GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE ACTIES TE IMPLEMENTEREN	48.5 %
A. Ethische, empowerment, cultureel passende en participatieve processen gebruiken om gezondheidsbevorderende acties te implementeren.	50.0 %
B. Bewaken van de kwaliteit van het implementatieproces in relatie tot overeengekomen doelen voor gezondheidsbevorderende acties.	52.3 %
C. Faciliteren van de continuïteit van het programma en de betrokkenheid van stakeholders bij gezondheidsbevorderende acties door voortdurend overleg en samenwerking.	43.2 %
COMPETENTIES VOOR DE EVALUATIE VAN GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE ACTIES	61.4 %
A. Gezondheidsbevorderende acties opvolgen en evalueren door het gedrag van patiënten te observeren of door feedback aan patiënten te vragen.	81.8 %
B. Effectiviteit evalueren van gezondheidsbevorderende acties.	61.4 %
C. Evaluatieresultaten gebruiken om gezondheidsbevorderende acties te verfijnen en te verbeteren.	63.6 %

D. Onderzoek en evidence-based strategieën gebruiken om de praktijk te informeren over gezondheidsbevordering en ziektepreventie.	70.5 %
E. Analyseren en beoordelen van data ter ondersteuning van de besluitvorming en om evidentie te leveren over de gezondheid van de bevolking.	63.6 %
F. Vitale statistieken en gezondheidsindicatoren gebruiken en kwalitatief of kwantitatief onderzoek opzetten en uitvoeren dat voortbouwt op bestaande evidentie en bijdraagt aan de wetenschappelijke basis voor de gezondheidszorg.	43.2 %
G. Communiceren over en verspreiden van evaluatieresultaten.	45.5 %
COMPETENTIES GERELATEERD AAN WETGEVING EN BELEID	13.6 %

Tabel 12 toont op welk competentieniveau de kerncompetenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie geïntegreerd zijn in de Belgische eerstelijnsopleidingen. De meerderheid van de competenties worden onderwezen op niveau 1 en 2. Dit betekent dat het hebben en interpreteren van kennis voorop staat in de eerstelijnsopleidingen. Als er ruimte is voor het toepassen van kennis, gebeurt dit hoofdzakelijk in een complexe context (niveau 4), zoals in de praktijk of op stage, eerder dan in een gecontroleerde context (niveau 3).

Tabel 12: De competentieniveaus waarop de kerncompetenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie zijn geïntegreerd in de Belgische eerstelijnsopleidingen.

	% NIVEAU 1	% NIVEAU 2	% NIVEAU 3	% NIVEAU 4
ETHISCHE WAARDEN ALS BASIS VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE	84.2 %	73.7 %	43.9 %	70.2 %
COMPETENTIES OM ANDEREN IN STAAT TE STELLEN VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERENDE ACTIES	89.8 %	75.5 %	46.9 %	59.2 %
COMPETENTIES VOOR PLEITBEZORGING ROND GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE	95.3 %	46.5 %	23.3 %	27.9 %
COMPETENTIES OM SAMEN TE WERKEN VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE	82.5 %	60.0 %	42.5 %	55.0 %
COMPETENTIES ROND COMMUNICATIE VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE	93.2 %	75.0 %	65.9 %	77.3 %
LEIDERSCHAPSCOMPETENTIES	82.8 %	69.0 %	44.8 %	48.3 %
COMPETENTIES MET BETREKKING TOT ANALYSE VOOR DE PLANNING VAN GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE ACTIES	90.7 %	81.4 %	58.1 %	58.1 %
COMPETENTIES OM GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE STRATEGIEËN TE ONTWIKKELEN	87.8 %	73.2 %	63.4 %	70.7 %
COMPETENTIES OM GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE ACTIES TE IMPLEMENTEREN	86.2 %	62.1 %	41.4 %	51.7 %
COMPETENTIES VOOR DE EVALUATIE VAN GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE ACTIES	82.5 %	65.0 %	45.0 %	60.0 %
COMPETENTIES GERELATEERD AAN WETGEVING EN BELEID	100.0 %	37.9 %	13.8 %	13.8 %

Tabel 13 toont welke onderwijsmethoden over het algemeen worden gebruikt om de kerncompetenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie aan te leren in de eerstelijnsopleidingen in België. Ondanks dat er veel variatie is in de onderwijsmethoden, worden (interactieve) lezingen en rollenspelen het meest gebruikt om de kerncompetenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie aan te leren. Getuigenissen, e-learnings en zelfstudie worden daarentegen minder frequent toegepast.

Tabel 13: De onderwijsmethoden die worden gebruikt om de kerncompetenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie aan te leren.

ONDERWIJSMETHODEN	% GEBRUIK OM KERNCOMPETENTIES AAN TE LEREN
Lezing	74.4 %
Interactieve lezing	67.4 %
Werkcollege	46.5 %
Groepsdiscussie, groepsgesprek	62.8 %
Vaardighedentraining	62.8 %
Rollenspel	67.4 %
Presentatie door de studenten	60.5 %
Getuigenis (fysiek of video)	39.5 %
Casusbespreking	60.5 %
E-learning (digitaal afstandsonderwijs)	32.6 %
Blended learning (combinatie van contactonderwijs en e-learning)	46.5 %
Zelfstudie	39.5 %
Andere (bijv., projectmatig leren, externe professionals, casussen voor interprofessioneel samenwerken, simulaties, stages, eindwerk)	30.2 %

B. GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE IN DE EERSTELIJNSOPLEIDINGEN IN EUROPA

Tabel 14 toont de beschrijvende statistieken van de deelnemers aan de buitenlandse bevraging. Een steekproef van 30 deelnemers werd geïnccludeerd, waarvan 56.7 % de vragenlijst volledig heeft afgerond. Gezien de lage respons kunnen de data niet worden beschouwd als representatief voor de eerstelijnsopleidingen in Europa maar als een eerste indruk over de aandacht voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie in Europa. Het profiel van de deelnemers is gevarieerd. De deelnemers zijn verbonden aan hogeronderwijsinstellingen uit verschillende landen, met een meerderheid in Nederland (4 deelnemers) en Italië (drie deelnemers). Ze hebben verschillende beroepsfuncties, maar de meerderheid is tewerkgesteld als docent (36.7 %). Ze vertegenwoordigen een aantal eerstelijnsopleidingen, met een meerderheid in geneeskunde (17 deelnemers). Dit laatste kan te maken hebben met een selectiebias omdat de rekrutering verliep via partners van EURACT, EUROPREV en EIPEN.

Tabel 14: Beschrijvende statistieken van de deelnemers aan de buitenlandse bevraging.

	DEELNEMERS AAN DE BUITENLANDSE BEVRAGING
STEEKPROEF (N)	
Totaal	30
RESPONS BEREIK (%)	
Volledige respons	56.7 %
Gedeeltelijke respons	43.3 %
LAND (N)	
Nederland	4
Italië	3
België	2
Duitsland	2
Denemarken	2
Noorwegen	1
Finland	1
Frankrijk	1
Zwitserland	1
Kroatië	1
Slovenië	1

Slowakije	1
Servië	1
Noord-Macedonië	1
Israël	1
Uganda	1
FUNCTIE (%)	
Docent	36.7 %
Andere (bijv., onderzoeker, commissaris, ere-secretaris)	20.0 %
Huisarts	16.7 %
Leidinggevende (bijv., afdelings- en opleidingshoofd)	13.3 %
Coördinator (bijv., opleidingscoördinator, curriculummanager)	10.0 %
Decaan	3.3 %
EERSTELIJSOPLEIDING (N)	
Geneeskunde	17
Revalidatiewetenschappen en kinesithérapie	2
Verpleegkunde	2
Arbeidsgeneeskunde	1
Logopedische wetenschappen	1
Interdisciplinair onderwijs	1

Tabel 15 toont op welk competentieniveau de kerncompetenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie geïntegreerd zijn in de Europese eerstelijnsopleidingen. De lage respons spoort aan tot uiterste voorzichtigheid in de interpretatie van de resultaten, die niet als representatief dienen beschouwd te worden maar eerder als een illustratie om de discussie aan te gaan. Uit deze eerste indruk doemt het beeld op dat er ruimte is om gezondheidsbevordering en ziektepreventie beter in te bedden in de eerstelijnsopleidingen van heel veel Europese landen. Hierbij mag niet uitsluitend ingezet worden op kennis, maar ook op de toepassing ervan.

Tabel 15: De competentieniveaus waarop de kerncompetenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie zijn geïntegreerd in de Europese eerstelijnsopleidingen.

	KERNCOMPETENTIE OPGENOMEN IN DE BELGISCHE EERSTELIJNSOPLEIDINGEN			
	% NIVEAU 1	% NIVEAU 2	% NIVEAU 3	% NIVEAU 4
ETHISCHE WAARDEN ALS BASIS VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE	35.3 %	52.9 %	47.1 %	17.6 %
ALGEMENE KENNIS EN PRINCIPES VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE	41.2 %	29.4 %	23.5 %	41.2 %
KENNIS MET BETREKKING TOT GEZONDHEIDSSITUATIE EN ZORGSTEEEM IN BELGIË	41.2 %	29.4 %	41.2 %	17.6 %
COMPETENTIES OM ANDEREN IN STAAT TE STELLEN VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERENDE ACTIES	47.1 %	47.1 %	17.6 %	11.8 %
COMPETENTIES VOOR PLEITBEZORGING ROND GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE	47.1 %	47.1 %	23.5 %	11.8 %
COMPETENTIES OM SAMEN TE WERKEN VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE	41.2 %	47.1 %	11.8 %	29.4 %
COMPETENTIES ROND COMMUNICATIE VOOR GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE	41.2 %	41.2 %	41.2 %	35.3 %
LEIDERSCHAPSCOMPETENTIES	23.5 %	41.2 %	11.8 %	5.9 %
COMPETENTIES MET BETREKKING TOT ANALYSE VOOR DE PLANNING VAN GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE ACTIES	29.4 %	35.3 %	41.2 %	17.6 %
COMPETENTIES OM GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE STRATEGIEËN TE ONTWIKKELEN	35.3 %	47.1 %	29.4 %	29.4 %
COMPETENTIES OM GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE ACTIES TE IMPLEMENTEREN	23.5 %	47.1 %	11.8 %	17.6 %

COMPETENTIES VOOR DE EVALUATIE VAN GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE ACTIES	29.4 %	17.6 %	23.5 %	23.5 %
COMPETENTIES GERELATEERD AAN WETGEVING EN BELEID	17.6 %	29.4 %	11.8 %	5.9 %

Tabel 16 toont welke onderwijsmethoden over het algemeen worden gebruikt om de kerncompetenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie aan te leren in de eerstelijnsopleidingen in Europa. Ondanks dat er veel variatie is in de onderwijsmethoden, worden lezingen, groepsdiscussies en rollenspelen het meest gebruikt om de kerncompetenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie aan te leren. Vaardighedentraining, getuigenissen en e-learningen worden daarentegen minder frequent toegepast.

Tabel 16: De onderwijsmethoden die worden gebruikt om de kerncompetenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie aan te leren.

ONDERWIJSMETHODEN	% GEBRUIK OM KERNCOMPETENTIES AAN TE LEREN
Lezing	70.6 %
Interactieve lezing	58.8 %
Werkcollege	64.7 %
Groepsdiscussie, groepsgesprek	82.4 %
Vaardighedentraining	35.3 %
Rollenspel	70.6 %
Gesprek	47.1 %
Presentatie door de studenten	47.1 %
Getuigenis (fysiek of video)	11.8 %
Casusbespreking	52.9 %
E-learning (digitaal afstandsonderwijs)	35.3 %
Blended learning (combinatie van contactonderwijs en e-learning)	41.2 %
Zelfstudie	52.9 %
Andere (bijv. leren in actie, werk gebaseerd leren)	17.6 %

FASE 3: DE ONTWIKKELDE STRATEGIEËN

A. CO-CREATIESESSIES

Voor de analyses werden de resultaten van de Nederlands- en Franstalige co-creatiesessies geïntegreerd. Op basis van de resultaten van de co-creatiesessies werden een aantal draft strategieën en acties ontwikkeld, op korte en middellange termijn, om gezondheidsbevordering en ziektepreventie binnen een x-aantal jaar beter te integreren en verankeren in de eerstelijnsopleidingen in België. In het rapport worden de tussentijdse resultaten van de co-creatiesessies niet afzonderlijk besproken, aangezien de ontwikkelde strategieën en acties als eindresultaat van de co-creatiesessies onderstaand uitgebreid worden besproken.

B. DELPHI-STUDIE

In de Delphi-studie werden de draft strategieën en acties beoordeeld aan de hand van een 6-punts Likertschaal. In de data-analyse werd een score toegewezen aan vijf van de zes antwoordmogelijkheden: score 1 voor helemaal oneens, score 2 voor oneens, score 3 voor neutraal, score 4 voor eens en score 5 voor helemaal eens. Aan de laatste antwoordmogelijkheid 'geen mening' werd geen score toegewezen. Er werd geanalyseerd welke strategieën en acties een consensus hadden bereikt en welke strategieën en acties moesten herzien worden. Indien minstens 70 % van de deelnemers een score 4 of 5 gaven aan een strategie of actie, had deze een consensus bereikt. Tabel 17 beschrijft welke strategieën en acties (g)een consensus hadden bereikt.

Tabel 17: De strategieën en acties die (g)een consensus hadden bereikt.

STRATEGIEËN EN ACTIES	% SCORE 4 OF 5
Bewustwording verhogen	98 %
Een basispakket van gezondheidsbevordering en ziektepreventie aanbieden	95 %
Gesprekstechnieken aanleren	95 %
Competenties beheersen	93 %
Een jaarlijkse netwerkdag organiseren	90 %
Betrokkenheid van de preventieve sector verhogen	90 %
Overzicht contactpersonen aanbieden	88 %
Interprofessioneel samenwerken	85 %
Overzicht websites aanbieden	85 %
Gratis materiaal aanbieden	71 %

Focus op praktijkgericht onderwijs	59 %
Docenten opleiden	59 %
Stageplaatsen beoordelen	54 %
Materiaal van korte duur aanbieden	49 %
Opleidingen beoordelen	46 %

Nadien werd met de onderzoeksgroep besproken welke aanpassingen moesten uitgevoerd worden aan de strategieën en acties zonder consensus. Dit gebeurde op basis van de opmerkingen die de deelnemers gaven in de Delphi-studie.

C. STRATEGIEËN EN ACTIES

De ontwikkelde strategieën omvatten acties op zowel korte als middellange termijn om de inhoud, methode en proces voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie in de eerstelijnsopleidingen vorm te geven. Wat betreft de inhoud werd een Belgisch referentiekader met veertien kerncompetenties ontwikkeld, zoals hierboven beschreven. Deze competenties vormen de leidraad om de vertaalslag te maken naar de verschillende eerstelijnsopleidingen qua begin- en eindcompetenties zodat deze in het basiscurriculum kunnen worden opgenomen. De competenties kunnen op verschillende manieren worden aangeleerd, namelijk als beginnende beroepsbeoefenaar (= kennis hebben van), als ervaringsdeskundige beroepsbeoefenaar (= geoefend hebben met) of als beheersende beroepsbeoefenaar (= vaardig zijn met). Het is aan de hoger onderwijssector om per competentie te bepalen op welk niveau deze aangeleerd moet worden. De strategieën en acties die in dit rapport zijn opgenomen, nemen de competenties van het Belgische referentiekader als uitgangspunt.

STRATEGIE 1: PLEITBEZORGING

Bewustwording is de eerste stap naar het creëren van een draagvlak om gezondheidsbevordering en ziektepreventie meer prioriteit te geven in de eerstelijnsopleidingen. Momenteel wekt de indruk dat bewustwording nog niet voldoende zichtbaar is bij belangrijke actoren in het hoger onderwijs. Ook studenten uit de eerstelijnszorg moeten zich meer bewust zijn van de rol die zij als eerstelijnsprofessional kunnen en moeten opnemen in gezondheidsbevordering en ziektepreventie. Het gaat hierbij om een doelbewuste pleitbezorgingsstrategie bij hogeronderwijsinstellingen om

gezondheidsbevordering en ziektepreventie structureel en kwalitatief te veranderen in de opleidingen. Deze strategie zou per doelgroep een aangepaste communicatie en doelgerichte acties moeten uittekenen, en deze uitwerken met de meest invloedrijke partners. Voorbeelden zijn beleidsdialogen met de opleidingsdirecteurs en de ministeries van onderwijs, evenementen om goede praktijken in de kijker te zetten, of sensibiliseringsacties voor de doelgroep (studenten) door docenten en eerstelijnsprofessionals uit het werkveld te laten getuigen over het belang van gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

STRATEGIE 2: HOGER ONDERWIJS- EN PREVENTIESECTOR SAMENBRENGEN

De hoger onderwijs- en preventiesector kennen elkaar onvoldoende en actoren uit het hoger onderwijs weten niet altijd waar zij informatie over gezondheidsbevordering en ziektepreventie kunnen vinden. Zowel docenten als studenten weten niet altijd welke professionele organisaties uit de preventiesector bestaan en in welke gezondheidsthema's zij betrokken zijn. Ook voelen beide sectoren zich onvoldoende betrokken bij elkaar. Omwille van het gebrek aan kennismaking en kennisuitwisseling tussen de hoger onderwijs- en preventiesector, weten beide partijen doorgaans niet wie het aanspreekpunt is inzake gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

Vanuit de preventiesector is een Partnerorganisatie Ondersteuning Settinggericht Werken (PO OSW) werkzaam die doelt op een samenwerking tussen preventieactoren [26]. Het Vlaams Instituut Gezond Leven vzw neemt de rol op van facilitator. Door in te zetten op een versterkte samenwerking ontstaat een meer gestroomlijnd preventieaanbod naar de settings (bijv., onderwijs, vrije tijd, zorg en welzijn). Dat wordt gerealiseerd op vlak van methodiekontwikkeling, duurzame implementatie en communicatie. Per setting is een netwerkgroep opgericht met vertegenwoordigers van preventieactoren. Binnen het PO OSW is een netwerkgroep aan de slag die gericht is op het implementeren van preventie binnen hoger onderwijs (setting zorg en welzijn). Zij zouden een goede partner vormen om verder aan de slag te gaan met de drie onderstaande acties. Met het oog hierop werd reeds contact gelegd tussen de onderzoeksgroep en de netwerkgroep. Er zijn geen engagementen uitgesproken, maar de netwerkgroep bekijkt met welke acties zij verder aan de slag kunnen gaan.

ACTIE 1: EEN JAARLIJKSE NETWERKDAG ORGANISEREN

Tijdens een jaarlijkse netwerkdag kunnen de hoger onderwijs- en preventiesector elkaar ontmoeten. Er kunnen verschillende werkvormen toegepast worden, zoals speeddaten, brainstormsessies over onderwerpen inzake gezondheidsbevordering en ziektepreventie, of korte presentaties met uitleg over de organisatie of nieuwigheden (bijv., nieuwe en innovatieve opleidingsonderdelen, nieuwe vormings- en implementatiematerialen) binnen de sector.

Er moet echter op toegezien worden dat de jaarlijkse netwerkdag een duidelijke meerwaarde heeft voor de deelnemers, bijvoorbeeld door voldoende vertegenwoordigers van beide sectoren te hebben. Het is belangrijk om niet uitsluitend deelnemers te hebben die reeds verwantschap hebben met gezondheidsbevordering en ziektepreventie, maar bijvoorbeeld ook om faculteiten van de hogeronderwijsinstellingen en hun verantwoordelijken die hier ownership over moeten nemen, te hebben op de jaarlijkse netwerkdag.

ACTIE 2: DE BETROKKENHEID TUSSEN BEIDE SECTOREN VERHOGEN

Er is nood aan kennisuitwisseling tussen de hogeronderwijsinstellingen en de professionele organisaties uit de preventiesector. Dat kan de preventiesector bijvoorbeeld doen door onderwerpen voor thesissen aan te leveren, studenten te begeleiden bij projecten inzake gezondheidsbevordering en ziektepreventie, of stageplaatsen aan te bieden. Ook kan de hoger onderwijssector de hulp van de preventiesector inschakelen bij bijvoorbeeld het brainstormen over curriculumkeuzes inzake gezondheidsbevordering en ziektepreventie (bijv., over het maken van een aparte leerlijn voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie). Daarnaast kunnen beide sectoren de betrokkenheid verhogen door elkaar bijvoorbeeld uit te nodigen op evenementen of studiedagen, en in te zetten in stuurgroepen of begeleidingscommissies.

Hierbij moet er aandacht zijn voor de werklast. Het is belangrijk dat de verhoogde betrokkenheid niet bijdraagt tot een te grote tijdsinvestering voor de sector, aangezien bovenstaande voorbeelden van verhoogde betrokkenheid niet behoren tot hun standaard takenpakket, maar eerder bijdraagt tot een win-winsituatie. Voor de preventiesector kan dat bijvoorbeeld de inzet van stagiairs in projecten zijn. Voor de hoger onderwijssector kan dat bijvoorbeeld de innovatie en suggesties voor onderwijsinhouden zijn.

ACTIE 3: EEN OVERZICHT VAN WEBSITES EN CONTACTPERSONEN MAKEN

Een overzicht van websites van alle professionele organisaties uit de preventiesector met bijhorende contactpersonen inzake gezondheidsbevordering en ziektepreventie kan eerstelijnsopleidingen helpen te informeren wie zij moeten aanspreken, bijvoorbeeld om een gastcollege rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie te organiseren. Tegelijkertijd kan een overzicht van websites van alle hogeronderwijsinstellingen die lesgeven over gezondheidsbevordering en ziektepreventie met bijhorende docenten en onderzoekers die actief zijn op dit terrein, de preventiesector helpen te informeren wie de sleutelfiguren en besluitvormers van de opleidingen zijn, bijvoorbeeld om vormings- en implementatiemateriaal rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie te promoten. Er bestaat reeds een vergelijkbare toepassing. De “preventiewijzer” biedt zorgverleners een overzicht van nuttige websites en telefoonnummers per gezondheidsthema. Ook “preventiesector in beeld” geeft een visueel overzicht van ‘wie doet wat’ op basis van de verschillende gezondheidsthema’s. Per thema worden zowel Vlaamse partners als partners met (ook) een lokale of regionale opdracht voorgesteld. Daarnaast vermelden de meeste professionele organisaties uit de preventiesector hun personeelsleden met diens functie op hun website.

Omdat er vaak personeelwissels zijn in zowel de hoger onderwijs- als preventiesector, is het belangrijk dat het overzicht ten allen tijde up-to-date moet gehouden worden. Volgens de zorgverleners wordt de bestaande preventiewijzer goed ontvangen. Daarom zou het goed zijn om deze actie erbij te voegen.

STRATEGIE 3: ONDERWIJSMETHODEN EN VORMINGS- EN IMPLEMENTATIEAANBOD ROND GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE OPTIMALISEREN

Ondanks dat er een ruim aanbod aan basismateriaal rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie van de preventiesector bestaat, is voor het verdiepen van de competentieniveaus nood aan meer variatie in pedagogisch aanbod. Zo zijn methodes gebaseerd op probleemgestuurd onderwijs of praktijk gebaseerd leren nog te weinig ontwikkeld. De recente ontwikkelingen in de hoger onderwijs- en preventiesector, op het gebied van digitaliseren en interprofessioneel leren, bieden kansen om het vormings- en implementatieaanbod te diversifiëren en te innoveren.

De Academie Voor De Eerste Lijn zorgt voor de vertaling van toepasselijk onderzoek en vernieuwende zorgconcepten naar onderwijs en praktijk [27]. Het is een samenwerking tussen vier universiteiten en zes hogescholen die krachten, middelen en kennis bundelen voor de uitbouw van een sterke eerstelijnszorg in Vlaanderen. De Vlaamse Universiteiten en Hogescholen Raad (VLUHR) doelt op het bevorderen van de samenwerking tussen de Vlaamse hogeronderwijsinstellingen en de associaties [28]. Het fungeert als een gemeenschappelijk aanspreekpunt in en voor het hoger onderwijslandschap en versterkt adviezen aan de bevoegde overheden. De VLUHR vertegenwoordigt alle spelers in het Vlaamse hoger onderwijs. Beide organisaties zouden goede partners zijn om de vier onderstaande acties toe te passen in de praktijk. Momenteel werd nog niets concreet afgesproken tussen de onderzoeksgroep en de organisaties, dus dit moet in de toekomst nog verder verkend worden.

ACTIE 4: EEN BASISPAKKET VAN GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE AANBIEDEN IN ALLE EERSTELIJNSOPLEIDINGEN

Omdat informatie over gezondheidsbevordering en ziektepreventie in de eerstelijnsopleidingen momenteel te versnipperd is, is er nood aan een basispakket van gezondheidsbevordering en ziektepreventie voor alle eerstelijnsopleidingen. Het basispakket zou onder meer de definities van gezondheidsbevordering en ziektepreventie, kennis over interprofessioneel samenwerken en kennis over de sleutelfiguren en het vormings- en implementatieaanbod van de preventiesector moeten bevatten. Per discipline moet gezocht worden naar aanknopingspunten. Hoe kan gezondheidsbevordering en ziektepreventie geïntegreerd worden binnen bestaande opleidingsonderdelen? Bij welke bestaande opleidingsonderdelen kan gezondheidsbevordering en ziektepreventie aansluiten? Daarnaast kunnen er ook nog afzonderlijke opleidingsonderdelen of lessen zijn die uitsluitend over gezondheidsbevordering en ziektepreventie gaan. Aanvullend op dit basispakket bestaan ook een aantal specialisatieopleidingen rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie waarnaar eerstelijnsprofessionals desgewenst kunnen doorstromen. Ook voortgezet onderwijs, in kader van levenslang leren, kan als mogelijkheid om doorheen de loopbaan meer te leren hierover.

ACTIE 5: PRAKTIJKGERICHT ONDERWIJS OPTIMALISEREN

Een gemiddeld curriculum in het hoger onderwijs zit vol met kennis en vaardigheden. Omdat de actoren uit het hoger onderwijs studenten graag veel leren, zodat zij uiteindelijk beroepsbekwaam zijn,

wordt een overladen curriculum gecreëerd met tijdsgebrek als gevolg. En dat tijdsgebrek kan ervoor zorgen dat er minder praktijklessen worden aangeboden. Omdat praktijkgericht onderwijs van cruciaal belang is in de eerstelijnsopleidingen is het goed om het curriculum van deze opleidingen te herzien. Wat kan geschrapt worden? Of misschien kan sommige theorie aangeleerd worden onder de vorm van nieuwe leervormen zoals Massive Open Online Course (MOOC) of Small Private Online Course (SPOC). Ook webinars of e-learnings kunnen hiervoor gebruikt worden. Op die manier is er meer ruimte in het curriculum voor praktijkgericht onderwijs.

Praktijklessen in de gezondheidsbevordering en ziektepreventie omvatten bijvoorbeeld communicatietraining waarbij evidence-based gesprekstechnieken worden aangeleerd om een gesprek te kunnen voeren rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie, zowel individueel als voor een groep. Voorbeelden hiervan zijn motivationele gespreksvoering en de 'Onder Vier Ogen' methode van Sensoa.

ACTIE 6: VORMINGS- EN IMPLEMENTATIEAANBOD ROND GEZONDHEIDSBEVORDERING EN ZIEKTEPREVENTIE OPTIMALISEREN EN VERSPREIDEN

Om het vormings- en implementatiemateriaal rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie van de preventiesector toegankelijker te maken voor de eerstelijnsopleidingen, moet het geoptimaliseerd worden. Dat kan op verschillende manieren. Indien de opleidingen expliciet een doelgroep zijn van de beheersovereenkomst en projecten van de professionele organisaties uit de preventiesector, kan het vormings- en implementatiemateriaal specifiek aangepast worden aan de doelgroep en opleiding. Zoals hierboven vermeld, hebben opleidingen vaak tijdsgebrek door een overvol curriculum. Omdat professionele organisaties uit de preventiesector vaak uitgebreid en dus tijdsintensief vormings- en implementatiemateriaal aanbieden, kunnen opleidingen dit moeilijk gebruiken. Het materiaal kan geoptimaliseerd worden door het korter te maken in tijdsduur. Er moet echter op toegezien worden dat de verkorte versie niet inboet aan kwaliteit en nog steeds de basis van gezondheidsbevordering en ziektepreventie bevat. Daarnaast zou het vormings- en implementatiemateriaal toegankelijker zijn voor de eerstelijnsopleidingen als de preventiesector soms gratis materiaal kan aanbieden. Het zou goed zijn als zij hiervoor de steun krijgen van de overheid, eventueel via subsidiëring. Om het vormings- en implementatieaanbod rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie toegankelijker te maken voor de eerstelijnsopleidingen, moet het afgestemd worden op diens noden. Maar dat kan

uitsluitend gebeuren indien de preventiesector weet welke onderwijsnoden er zijn. Dit moet dus duidelijk in kaart gebracht worden. Omdat de hoger onderwijssector vaak niet op de hoogte is van welk vormings- en implementatieaanbod rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie bestaat, kan de preventiesector het aanbod bundelen en verspreiden naar de hogeronderwijsinstellingen.

Het uitwerken of aanpassen van vormings- en implementatiemateriaal voor opleidingen neemt veel tijd in beslag. En het is voor de preventiesector niet altijd mogelijk om hier tijd en middelen aan te besteden. Eventueel kan de preventiesector hiervoor beroep doen op de inzet van stagiairs.

ACTIE 7: INTERPROFESSIONEEL SAMENWERKEN EN OPLEIDEN

Omdat geïntegreerde zorg belangrijk is, moeten studenten leren om interprofessioneel samen te werken. Om interprofessioneel samen te werken, moeten studenten kennis hebben van de verschillende eerstelijnsdisciplines en dat hebben zij niet altijd. Om interprofessioneel samenwerken aan te moedigen, kunnen de eerstelijnsopleidingen een gezamenlijke opdracht uitzetten waarbij studenten met verschillende disciplines elkaar ontmoeten. Dit is dan een samenwerkingsproject tussen verschillende eerstelijnsopleidingen. Tijdens het uitvoeren van de opdracht leren studenten elkaars discipline kennen. In deze opdracht staat interprofessioneel samenwerken steeds centraal. Ook het interprofessioneel organiseren van opleidingen in gezondheidsbevordering en preventie is noodzakelijk. Doordat studenten van verschillende eerstelijnsopleidingen samen praktijkgericht onderwijs krijgen, leren zij elkaar beter kennen en de complementariteit met betrekking tot gezondheidsbevordering en ziektepreventie van elkaars discipline ervaren. Ook onder de vorm van thesissen, casusbesprekingen of stages kan interprofessioneel samenwerken bevorderd worden.

Het blijft echter moeilijk om verschillende eerstelijnsopleidingen te laten samenwerken in één groot project. Desondanks gebeurt het focussen op interprofessioneel samenwerken reeds in een aantal eerstelijnsopleidingen van de Universiteit Antwerpen via Interprofessioneel Samenwerken in de Gezondheidszorg (IPSIG) en van de Universiteit Gent, Hogeschool Gent en Arteveldehogeschool Gent via Leren Interprofessioneel Samenwerken (LISa).

STRATEGIE 4: KWALITEIT VAN OPLEIDINGEN EVALUEREN EN MONITOREN

Om een kwalitatief goed onderwijsaanbod te kunnen ontwikkelen en onderhouden, is het essentieel dat de hogeronderwijsinstellingen ondersteunt worden in kwaliteitsbewaking en -verbetering. Binnen de bestaande visitaties van opleidingen dient het toekomstige van gezondheidsbevordering en ziektepreventie geïntegreerd te worden.

Ook bij de drie onderstaande acties zouden de Academie Voor De Eerste Lijn en de VLUHR kunnen optreden als facilitatoren, aangezien zij reeds inzetten op het evalueren en monitoren van de kwaliteit van eerstelijnsopleidingen en eerstelijnszorg. Momenteel werd nog niets concreet afgesproken tussen de onderzoeksgroep en de organisaties, dus dit moet in de toekomst nog verder verkend worden.

ACTIE 8: “TRAIN THE TRAINER”

Soms hebben hogeronderwijsinstellingen onvoldoende financiële middelen om gastcolleges rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie van de preventiesector te organiseren. Daarom werd “train the trainer” bedacht waarbij docenten worden opgeleid om zelf lessen over gezondheidsbevordering en ziektepreventie te geven. Deze vorming kan uitgevoerd worden door professionele organisaties uit de preventiesector, aangezien zij zelf gastcolleges rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie aanbieden.

Hiervoor moet echter voldoende draagvlak gecreëerd worden bij de docenten. Zowel de inhoud van gezondheidsbevordering en ziektepreventie als de docenten veranderen vaak, waardoor de vorming onderhouden moet blijven. Ook is het moeilijk om de expertise uit het werkveld over te dragen aan de docenten. En studenten hebben deze praktijkvoorbeelden nodig. Het lijkt daarom verkiesbaar dat de toepassingen aangebracht worden door iemand die dagelijks bezig is met gezondheidsbevordering en ziektepreventie.

ACTIE 9: OPLEIDINGEN OPTIMALISEREN

Omdat het curriculum van vele eerstelijnsopleidingen grotendeels onveranderd blijft gedurende de jaren, is het goed dit op herhaalde momenten te beoordelen. Wat kan geschrapt worden? Waar kan gezondheidsbevordering en ziektepreventie meer geïntegreerd worden? Het curriculum is echter ook deels wettelijk gebonden. Hierdoor is het niet altijd mogelijk om wijzigingen in het curriculum aan te

brengen. Deze actie beoogt eerder een heroriëntering van het curriculum waarbij gezondheidsbevordering en ziektepreventie geïntegreerd worden in bestaande opleidingsonderdelen. Er moet gekeken worden in welke opleidingsonderdelen dit mogelijk is.

ACTIE 10: STAGEPLAATSEN OPTIMALISEREN

Het volgen van stage is van cruciaal belang in de eerstelijnsopleidingen. Om stageplaatsen van de preventiesector toegankelijker te maken voor de eerstelijnsopleidingen, moeten deze geoptimaliseerd worden. Dat kan door de stageplaatsen beter af te stemmen op de te bereiken opleidingsdoelen en de te verwerven competenties. Dat kan ook door stageplaatsen te beoordelen op basis van beoordelingscriteria die opgelegd zijn door de eerstelijnsopleidingen, door vooraf in gesprek te gaan met de stageplaats over inhoudelijke verwachtingen, door te zorgen voor meer continue uitwisseling tussen theorie en praktijk, door studenten de stageplaatsen te laten beoordelen aan de hand van een reflectieopdracht, of door stageplaatsen vooraf te laten aangeven welke theorieën bij hen zullen kunnen aangeleerd worden.

DISCUSSIE

Het PROPELLER onderzoeksproject beoogde een aanzet te geven tot structurele integratie van gezondheidsbevordering en ziektepreventie in de eerstelijnsopleidingen in België. Vanuit het onderzoeksopzet werd gekozen om te focussen op de basisopleidingen van eerstelijnsprofessionals. Die laatste vormen de ruggengraat van effectieve gezondheidszorgsystemen [29]. Het onderzoeksproject werd opgebouwd uit drie fasen.

In de eerste fase werd via een literatuuronderzoek een Belgisch referentiekader voor het aanbod en de kwaliteit van hoger onderwijs in gezondheidsbevordering en ziektepreventie ontwikkeld. De meeste evidentie voor het gebruik van competentiekaders werd gerapporteerd door het CompHP-kader van de IUHPE, hoewel de literatuur over de implementatie van competentiekaders in de praktijk beperkt blijft [12, 15]. Het literatuuronderzoek adviseerde de implementatie van het CompHP-kader voor gezondheidsbevordering en het WHO-ASPHER-kader voor volksgezondheid. Door gebruik te maken van competentiekaders uit beide vakgebieden worden de competenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie in eerstelijnsprofessionals op een alomvattende manier gedekt. Beide competentiekaders werden samengevoegd tot een beroep overschrijdend geïntegreerd referentiekader voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie in de eerstelijnszorg. Het werd aangepast aan de Belgische context. Het referentiekader bevat veertien kerncompetenties.

In de tweede fase werd via een vragenlijst een inventaris opgemaakt van het bestaande aanbod en kwaliteit van gezondheidsbevordering en ziektepreventie in de eerstelijnsopleidingen in België en Europa. Uit de resultaten kan besloten worden dat een deel van de theoretische kennis gegeven wordt, maar dat er voor de toepassing van vaardigheden weinig tijd voorzien is. Dit werd het startpunt om met de hoger onderwijs- en preventiesector in gesprek te gaan over verbetering.

In de derde fase werden via co-creatiesessies en een Delphi-studie relevante strategieën en acties ontwikkeld om gezondheidsbevordering en ziektepreventie beter te integreren in de eerstelijnsopleidingen in België. In totaal werden vier strategieën ontwikkeld met tien bijhorende acties. Er is bijzondere aandacht voor het verhogen van de bewustwording van gezondheidsbevordering en ziektepreventie, en het ontwikkelen van een basispakket van gezondheidsbevordering en ziektepreventie in alle eerstelijnsopleidingen. Om deze strategieën en

acties te kunnen verwezenlijken, is een samenwerking tussen de hoger onderwijs- en preventiesector noodzakelijk.

Dit onderzoeksproject had een aantal sterktes. Ten eerste is het onderzoek gericht op België waardoor er gewerkt werd over de taalgrenzen heen. De gedetailleerde uitwerking van mogelijke verschillen tussen beide taalgebieden viel buiten de reikwijdte van dit rapport. Ten tweede heeft het rapport de huidige stand van zaken geschetst tegenover de achtergrond van eerstelijnsopleidingen in andere Europese landen. Ten derde werd een combinatie van diverse methodieken toegepast om een breed bereik met participatieve aanpak te hebben. Ten vierde konden de onderzoekers beroep doen op een uitgebreide stuurgroep van stakeholders met vertegenwoordigers van zorggebruikers, hogeronderwijsinstellingen in eerstelijnsopleidingen, eerstelijnsprofessionals, professionele organisaties uit de preventiesector en beleidsmakers uit beide taalgebieden, alsook internationale partners. Tenslotte biedt de samenwerking en afstemming met het parallelle REFORM P² onderzoeksproject een opportuniteit tot verbreding van reflectie en disseminatie.

Er waren ook een aantal beperkingen aan het onderzoek. Ondanks het ook beschreven werd als een sterkte van het onderzoeksproject, was het overkoepelen van de beide taalgebieden in België niet altijd eenvoudig in de uitvoering van het onderzoek. De co-creatiesessies werden uitgevoerd in relatief kleine groepen, met een vertegenwoordiging van overwegend professionele organisaties uit de preventiesector. Gezien het onderzoeksproject was er meer nood aan vertegenwoordigers van de hogeronderwijsinstellingen. De respons van deelnemers was laag doorheen het hele onderzoek waardoor de representativiteit van de resultaten ook laag is. Omwille van de tijdslimiet van het onderzoek werden slechts twee co-creatiesessies georganiseerd in beide taalgebieden, echter, er was nood aan meerdere sessies om dieper te kunnen graven met het oog op de ontwikkeling van concrete strategieën en acties. Omwille van deze beperkingen is het belangrijk dat het niet stopt bij dit onderzoeksproject, maar dat een vervolg nog meer uitkomst kan bieden voor de ontwikkeling van concretere strategieën en acties en de implementatie ervan.

Het belang van een samenwerking tussen de hoger onderwijs- en preventiesector kwam duidelijk naar voor in dit onderzoeksproject. Om een mogelijke samenwerking in de toekomst aan te moedigen, werd reeds contact gelegd met de Academie Voor De Eerste Lijn voor de onderwijssector, en de PO OSW

voor de preventiesector. Ook zullen de resultaten van dit onderzoekproject gedissemineerd worden op de Conferentie Voor De Eerste Lijn op 29 november 2023, waar vertegenwoordigers van de hoger onderwijs- en preventiesector, en beleidsmakers zullen aanwezig zijn. Hier kan gediscussieerd worden over mogelijke toekomststappen voor de implementatie van de ontwikkelde strategieën en acties.

REFERENTIELIJST

[1] WHO. Primary health care [Internet]. Genève: WHO; s.d. [Geraadpleegd op 28 september 2023].

Beschikbaar via: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1

[2] WHO en UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the sustainable development goals. Genève: WHO en UNICEF; 2018. 64 p. Beschikbaar

via: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>

[3] Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. Beleidsprioriteiten voor preventie en gezondheidsbevordering. Memorandum 2024. Brussel: Vlaams Instituut Gezond Leven vzw; 2023. 18 p. Beschikbaar via:

https://www.gezondleven.be/files/Gezond-Leven_Memorandum-2024.pdf

[4] Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. Gedragsdeterminanten: Een overzicht. Brussel: Vlaams Instituut Gezond Leven vzw; 2020. 13 p. Beschikbaar via:

<https://www.gezondleven.be/files/gezondheidsbevordering/overzicht-gedragsdeterminanten-update-2020.pdf>

[5] Agentschap Zorg en Gezondheid. Een geïntegreerde zorgverlening in de eerste lijn. Brussel: Agentschap Zorg en Gezondheid; 2017. Beschikbaar via:

<https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/CELZ%20beleidstekst%20hervorming%20eerstelijnzorg.pdf>

[6] Paulus D, Van Den Heede K, Mertens R. Position paper: Organisatie van zorg voor chronisch zieken in België. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; 2012. 70 p. KCE Report 190As.

Beschikbaar via: https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_190A_organisatie_zorg_chronisch_zieken_Position%20Paper_0_0.pdf

[7] Tsakitzidis G, Goesaert E, Kool E, en anderen. Implementatiestrategie interprofessioneel samenwerken in de eerste lijn. Brussel: Vlaams Instituut Voor De Eerste Lijn; 2020. 22 p. Beschikbaar

via: https://www.vivel.be/wp-content/uploads/2021/03/Rapport_IIPS_gunningVivel_.pdf

- [8] Dempsey C, Barry MM, Battel-Kirk B. Literature review: Developing competencies for health promotion. Paris: IUHPE; 2011. 133 p. Projectnummer: 20081209. Beschikbaar via: https://www.researchgate.net/publication/259616173_CompHP_Literature_Review_Developing_Competencies_for_Health_Promotion_Part_1
- [9] Stegeman I, Papartyte L, Savolainen N. Recommendations for the implementation of health promotion good practices. Building on what works: Transferring and implementing good practice to strengthen health promotion and disease prevention in Europe. s.l.: CHRODIS PLUS and the European Union's Health Programme; 2020. 85 p. Beschikbaar via: http://chrodis.eu/wp-content/uploads/2020/10/d5.3-transfer-and-implementation-of-good-practices_final.pdf
- [10] Clement M. Muizen in het auditorium. In: Elen J, Laga E, redacteurs. Analyse van een opleidingsonderdeel. Antwerpen/Apeldoorn: Garant; 2002. p 47-65.
- [11] de Meyrick J. The Delphi method and health research. Health Educ. 2003;103(1):7-16. <https://doi.org/10.1108/09654280310459112>
- [12] Battel-Kirk B, Barry MM. Has the development of health promotion competencies made a difference? A scoping review of the literature. Health Educ Behav. 2019;46(5):824-42. <https://doi.org/10.1177/1090198119846935>
- [13] Dempsey C, Battel-Kirk B, Barry MM. The CompHP core competencies framework for health promotion handbook. Paris: IUHPE; 2011. 33 p. Projectnummer: 20081209. Beschikbaar via: https://www.researchgate.net/publication/236150975_The_CompHP_core_competencies_framework_for_health_promotion_handbook
- [14] WHO-ASPHER. Competency framework for the public health workforce in the European region. Genève: WHO-ASPHER; 2020. 73 p. Beschikbaar via: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347866/WHO-EURO-2020-3997-43756-61569-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- [15] Schleiff M, Hansoti B, Akridge A, en anderen. Implementation of global health competencies: A scoping review on target audiences, levels, and pedagogy and assessment strategies. PLoS One. 2020;15(10):e0239917. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0239917>.
- [16] Iskandar K, Haddad C, Hajj A, en anderen. Assessing self-reported core competencies of public health practitioners in Lebanon using the WHO-ASPHER validated scale: A pilot study. BMC Med Educ. 2022;22(1):882. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03940-4>
- [17] Haque S, Marques IT, Stankutė I, en anderen. Towards harmonisation of public health master education based on WHO-ASPHER Competency Framework for Public Health Workforce in the European Region. SEEJPH. 2021;3 <https://doi.org/10.56801/seejph.vi.238>
- [18] Gruzieva TS, Hrechyshkina NV, Antonyuk OY, en anderen. Self-assessment of the content of the public health master's educational program for compliance with the European Public Health Core Competences Programme. Wiad Lek. 2021;74(3,2):713-7. <https://doi.org/10.36740/WLek202103227>
- [19] Lang G. Developing and validating a self-assessment tool for health promotion competencies with training participants in Austria. Health Promot Int. 2021;36(3):630-40. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa073>
- [20] Robinson S, Brownnett T. Educating public health champions. Health Educ J. 2018;77(8):978-94. <https://doi.org/10.1177/0017896918786016>
- [21] McKenna V, Connolly C, Hodgins M. Usefulness of a competency-based reflective portfolio for student learning on a Masters Health Promotion programme. Health Educ J. 2011;70(2):170-5. <https://doi.org/10.1177/0017896910373135>
- [22] Madsen W, Bell T. Using health promotion competencies for curriculum development in higher education. Glob Health Promot. 2012;19(1):43-9. <https://doi.org/10.1177/1757975911428818>

[23] Biehl V, Wieber F, Abegglen D, en anderen. Professional identity formation in health promotion practitioners: Students' perspectives during an undergraduate program in Switzerland. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(20):10754. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010754>

[24] National Collaborating Centre for Determinants of Health en HPC. Webinar: Moving health promotion forward as an accredited discipline [Internet]. Canada: National Collaborating Centre for Determinants of Health; 2020 [Geraadpleegd op 28 september 2023]. Beschikbaar via: <https://nccdh.ca/workshops-events/entry/webinar-moving-health-promotion-forward-as-an-accredited-discipline>

[25] WHO. Adapting the WHO Rehabilitation Competency Framework to a specific context: A stepwise guide for competency framework developers. Genève: WHO; 2020. 32 p. Beschikbaar via: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339078/9789240015333-eng.pdf?sequence=1>

[26] Vlaams Instituut Gezond Leven vzw. Het ABC van PO OSW [Internet]. Brussel: Vlaams Instituut Gezond Leven vzw; 2021 [Geraadpleegd op 12 oktober 2023]. Beschikbaar via: <https://www.gezondleven.be/nieuws/het-abc-van-po-osw>

[27] Academie Voor De Eerste Lijn [Internet]. s.l.: Academie Voor De Eerste Lijn; s.d. [Geraadpleegd op 12 oktober 2023]. Beschikbaar via: <https://www.academievoordeeerstelij.nl/>.

[28] VLUHR [Internet]. Brussel: VLUHR; s.d. [Geraadpleegd op 27 oktober 2023]. Beschikbaar via: <https://www.vluhr.be/nl/>.

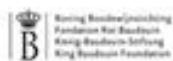
[29] The Frontline Health Workers Coalition. Who they are [Internet]. Verenigde Staten: The Frontline Health Workers Coalition; s.d. [Geraadpleegd op 23 oktober 2023]. Beschikbaar via: <https://www.frontlinehealthworkers.org/who-they-are>

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

Nederlandstalige vragenlijst.

Propeller SURVEY VLAAMS



Welkom bij de enquête van het PROPELLER-onderzoeksproject

Het doel van deze enquête is nagaan in welke mate gezondheidsbevordering en ziektepreventie momenteel geïntegreerd zijn in de eerstelijns opleidingen in België

Gezien de nood aan preventieve en geïntegreerde zorg, is er behoefte aan capaciteitsopbouw op het gebied van ziektepreventie en gezondheidsbevordering voor professionals in de eerste lijn. Het is dan ook belangrijk dat competenties hiervoor systematisch opgenomen worden in opleidingen. Dit onderzoeksproject zal – samen met onderwijspartners en andere stakeholders - daartoe aanbevelingen ontwikkelen.

Deze enquête vormt een eerste stap in dit proces. Op deze manier willen we inzicht krijgen in:

1. Welke competenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie momenteel worden aangeleerd in de opleidingen van de verschillende eerstelijnsdisciplines.
2. Op welk niveau deze competenties aan bod komen (bv. weten, tonen hoe) en welke onderwijsvormen worden gebruikt.

Waarom kan dit nuttig zijn voor u?

Voor de opleiding die u coördineert of vertegenwoordigt, kan dit relevant zijn om inzicht te krijgen in welke competenties al sterk verankerd zijn in uw opleiding en welke nog meer aan bod kunnen komen. Met het oog op kwaliteitszorg is het dan mogelijk om te zien wat verbeterd kan worden. Het overzicht van uw antwoorden kan u op het einde van de vragenlijst downloaden. Dit kan nuttige input leveren bij een curriculumherziening of de invulling van specifieke vakken.

BELANGRIJKE INFORMATIE VOOR HET INVULLEN VAN DE VRAGENLIJST

Als u niet zeker bent van uw antwoord, bespreek dit dan met de lectoren/docenten die betrokken zijn bij de opleiding waarvoor u deze vragenlijst invult. U kan de enquête op elk ogenblik pauzeren, de URL link bewaren en gerust nadien verder werken.

Belangrijk om te weten is dat het niet ons doel is om de kwaliteit van het onderwijsprogramma te beoordelen. Wanneer we de resultaten presenteren zullen we deze niet individueel voorstellen, maar slechts algemene bevindingen weergeven.

Uw deelname is geheel vrijwillig en je mag op elk moment stoppen. De vragenlijst is anoniem, wat betekent dat we geen persoonlijke gegevens verzamelen.

* 1. Ik ben bereid deel te nemen

☐ Ja

☐ Nee

Algemene vragen

In dit eerste deel, zullen we u enkele algemene vragen stellen om inzicht te krijgen in wie deze enquête invult

*** 2. Wat is de naam van uw instelling? (Indien u aan meerdere instellingen bent verbonden, geef dan de voornaamste)**

- | | |
|--|---|
| ☐ AP Hogeschool Antwerpen | ☐ Arteveldehogeschool |
| ☐ Erasmushogeschool Brussel | ☐ Hogeschool Gent |
| ☐ Hogeschool PXL | ☐ Hogeschool West-Vlaanderen |
| ☐ Karel de Grote-Hogeschool | ☐ Katholieke Hogeschool Vives |
| ☐ Katholieke Universiteit Leuven | ☐ Odisee |
| ☐ Thomas More Hogeschool | ☐ UC Leuven-Limburg |
| ☐ Universiteit Antwerpen | ☐ Universiteit Gent |
| ☐ Universiteit Hasselt | ☐ Vrije Universiteit Brussel |
| ☐ Andere | |

*** 3. Wat is uw functie binnen de instelling? (meerdere antwoorden mogelijk - bv. ook wanneer meerdere mensen invullen)**

- | | |
|---|--|
| ☐ Opleidingscoördinator | ☐ Docent/Lector |
| ☐ Traject begeleider/ studieloopbaan coördinator | ☐ Andere |

*** 4. Als u meer dan één discipline vertegenwoordigt/coördineert, voor welke discipline zal u deze vragenlijst invullen?**

- | | |
|---|---|
| ☐ Verpleegkunde (Bachelor) | ☐ Vroedkunde (Bachelor) |
| ☐ Verpleeg- en vroedkunde (Master) | ☐ Geneeskunde |
| ☐ Huisartsgeneeskunde (ManaMa) | ☐ Jeugdgezondheidszorg (ManaMa) |
| ☐ Arbeidsgeneeskunde (ManaMa) | ☐ Revalidatiewetenschappen en kinesitherapie |
| ☐ Farmaceutische wetenschappen (Bachelor) | ☐ Farmaceutische zorg (Master) |
| ☐ Sociaal werk (maatschappelijk werk) (Bachelor) | ☐ Sociaal werk (Master) |
| ☐ Voedings- en dieetkunde (Bachelor) | ☐ (Toegepaste) Psychologie (Bachelor) |
| ☐ Psychologie (Master) | ☐ Mondzorg (Bachelor) |
| ☐ Tandheelkunde | ☐ Andere |

*** 5. Specificeer hier nog meer de exacte benaming van de opleiding voor welke u de vragenlijst zal invullen (dit kan slechts 1 opleiding zijn bv. Bachelor Verpleegkunde)**

BELANGRIJKE DEFINITIES

Als we in deze vragenlijst naar gezondheidsbevordering verwijzen, gebruiken we de volgende definitie:

Gezondheidsbevordering is het proces om mensen in staat te stellen de controle over hun gezondheid te vergroten en te verbeteren. Een voorbeeld hiervan is het stimuleren van een gezonde leefstijl of het creëren van een ondersteunende omgeving (Ottawa Charter, 1986)

Als we naar ziektepreventie verwijzen, gebruiken we de volgende definitie:

Ziektepreventie verwijst naar maatregelen die gericht zijn op het minimaliseren van de ziektelast en bijbehorende risicofactoren. Voorbeelden hiervan zijn screening, vaccinatie, preventieve medicatie (WHO, 2017)

Hieronder ziet u twee algemene vragen over het belang en de rol van gezondheidsbevordering en ziektepreventie in uw opleiding

- * 6. Voor de discipline die u vertegenwoordigt: hoe belangrijk beschouwt u de rol van gezondheidspromotie/ziektepreventie?

0 = helemaal niet belangrijk en 10 = heel erg belangrijk

- * 7. In welke mate schat u in dat de preventieve rol van eerstelijnsprofessionals benadrukt wordt tijdens de opleiding die u vertegenwoordigt?

0 = helemaal niet en 10 = zeer veel

Kerncompetenties gezondheidsbevordering en ziektepreventie

In het volgende deel reiken we u telkens een competentie aan op het gebied van gezondheidsbevordering en/of ziektepreventie. Deze competenties zijn afkomstig uit 2 competentiekaders voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie, namelijk het CompHP framework en WHO ASPHER competency framework.

In totaal zullen **14 competenties** bevroegd worden.

We vragen u voor elk van **deze competenties in te schatten of deze (1) geïntegreerd is in de opleiding die u vertegenwoordigt en (2) zo ja, op welk competentieniveau.**

Met **integratie** bedoelen we dat het **opgenomen staat in de opleidingsonderdelen en/of leerplannen.**

Weet u weinig af van één van de volgende competentiedomeinen in de opleiding die u vertegenwoordigt?

Dan kan u telkens gedurende de hele enquête op de knop "Pauzeren" onderaan klikken. U kan de URL die dan verschijnt kopiëren en delen met een collega. Hij/zij kan dit deel van de vragenlijst dan in uw plaats invullen. Nadien kan u of een andere collega verder met het volgende thema.

U kan ook gewoon pauzeren en zelf op een later moment verder invullen. Vergeet de URL niet op te slaan.

1. Ethische waarden als basis voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie

Voorbeelden zijn:

- Gezondheid is een menselijk recht
- Aandacht voor het verkleinen van gezondheidsongelijkheid
- Gezondheidsbevordering mag geen schade berokkenen
- Respect voor autonomie en keuzevrijheid van individuen en groepen
- Samenwerking als basis
- Conform wet- en regelgeving handelen (incl. specifieke deontologische codes)
- Sociaal en rechtvaardig handelen

- * 8. Zijn ethische waarden die ten grondslag liggen aan gezondheidsbevordering en ziektepreventie momenteel geïntegreerd in de opleiding?

- ☐ Ja ☐ Gedeeltelijk
☐ Nee ☐ Ik weet het niet

* 9. **Op welk competentieniveau worden deze ethische waarden in de opleiding geïntegreerd?**
Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ WETEN (Kennis)
- ☐ TONEN (Demonstratie in een gesimuleerde situatie bv simulatie oefeningen, rollenspel, project)
- ☐ WETEN HOE (Interpretatie en toepassing van deze kennis bv in een werkstuk, casus, praktijklessen)
- ☐ DOEN (Toepassen in complexe situaties bv. praktijk/stage)

* 10. **2. Algemene kennis en principes voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie**

Zijn deze algemene kennis en principes van gezondheidsbevordering en ziektepreventie geïntegreerd in de opleiding?

	1 Ja	2 Nee	3 Ik weet het niet
Definities van en visie op gezondheidsbevordering en ziektepreventie	☐	☐	☐
Determinanten van gezondheid (welke factoren bepalen onze gezondheid)	☐	☐	☐
Gedragsdeterminanten, gedragsveranderingstheorieën en/of -technieken (hoe gedrag verklaren en veranderen)	☐	☐	☐
Impact van sociale en culturele diversiteit op gezondheidsongelijkheden	☐	☐	☐

* 11. **3. Kennis met betrekking tot gezondheidssituatie en zorgsysteem in België**

Zijn deze kennis, principes en/of modellen met betrekking tot het gezondheidszorgsysteem in België momenteel geïntegreerd in de opleiding?

	1 Ja	2 Nee	3 Ik weet het niet
Inzicht in de belangrijkste oorzaken van morbiditeit en mortaliteit in België	☐	☐	☐
Structuur en organisatie van het gezondheidszorgsysteem in België, waaronder ook het preventieve gezondheidssysteem	☐	☐	☐
Health in All Policies (inzicht in de complexiteit van het gezondheidszorgsysteem dat deel uitmaakt van verschillende strategische niveaus die elkaar beïnvloeden)	☐	☐	☐
Afweging van economische kosten en baten bij beslissingen rond preventie/gezondheidsbevordering	☐	☐	☐

* 12. **4. Gezondheidsthema's gerelateerd aan gezondheidsbevordering en ziektepreventie**

Geef voor elk van deze gezondheidsthema's aan of ze aan bod komen in de opleiding vanuit een preventieve insteek

	1 Ja, komt uitgebreid aan bod bv. als inhoudelijk thema op zich	2 Ja, komt aan bod maar niet uitgebreid bv. onder de vorm van voorbeelden in lessen	3 Nee, komt niet aan bod	4 Ik weet het niet
Gezond eetgedrag	☐	☐	☐	☐
Eetstoornissen	☐	☐	☐	☐

Fysieke activiteit en sedentair gedrag	☐	☐	☐	☐
Suïcide preventie	☐	☐	☐	☐
Mentale gezondheid	☐	☐	☐	☐
Seksuele gezondheid en seksualiteit	☐	☐	☐	☐
Preventieve mondverzorging	☐	☐	☐	☐
Gezondheid en milieu	☐	☐	☐	☐
Roken	☐	☐	☐	☐
Middelenmisbruik (alcohol, drugsgebruik,...)	☐	☐	☐	☐
Val- en blessurepreventie	☐	☐	☐	☐
Diabetespreventie	☐	☐	☐	☐
Dementie preventie	☐	☐	☐	☐
Kanker screening	☐	☐	☐	☐
Door vaccinatie te voorkomen ziekten	☐	☐	☐	☐
Verkeersveiligheid	☐	☐	☐	☐
Andere	☐	☐	☐	☐

* 13. **5. Competenties om anderen in staat te stellen voor gezondheidsbevorderende acties**

Zijn deze competenties om anderen in staat te stellen om gezondheidsbevorderende acties op te zetten geïntegreerd in de opleiding?

	1 Ja	2 Nee	3 Ik weet het niet
Werken aan gezondheidsvaardigheden en -geletterdheid	☐	☐	☐
(Kwetsbare) burgers empoweren en participatie van de doelgroep stimuleren	☐	☐	☐
Een omgeving creëren die de gezondheid beschermt en gezonde keuzes gemakkelijk maakt	☐	☐	☐

Hier nogmaals een overzicht om de onderstaande vraag te kunnen beantwoorden

Competenties om anderen in staat te stellen voor gezondheidsbevorderende acties

- Werken aan gezondheidsvaardigheden en -geletterdheid
- (Kwetsbare) burgers empoweren en participatie van de doelgroep stimuleren
- Een omgeving creëren die de gezondheid beschermt en gezonde keuzes gemakkelijk maakt

* 14. **Op welk niveau worden deze competenties in de opleiding geïntegreerd?**
Meerdere antwoorden mogelijk

- | | |
|---|--|
| ☐ WETEN (kennis) | ☐ WETEN HOE (Interpretatie en toepassing van deze kennis bv in een werkstuk, casus, praktijklessen) |
| ☐ TONEN (Demonstratie in een gesimuleerde situatie bv) | ☐ DOEN (Toepassen in complexe situaties bv) |

15. Als bepaalde van deze competenties op een verschillend competentieniveau geïntegreerd zijn, zo ja kan je hier verder informatie over noteren?

* 16. 6. Competenties voor pleitbezorging gericht op het verbeteren van gezondheid (en welzijn)

Zijn deze competenties voor pleitbezorging gericht op het verbeteren van gezondheid (en welzijn) geïntegreerd in de opleiding?

	1 Ja	2 Nee	3 Ik weet het niet
De belangrijkste stakeholders kennen en weten hoe het gezondheidssysteem werkt	☐	☐	☐
Strategieën en technieken gebruiken (zoals pleitbezorging, lobbyen, coalitievorming) om belangen te behartigen ter bevordering van de gezondheid, aandacht te creëren voor preventie in de zorg en de vermindering van gezondheidsongelijkheden	☐	☐	☐
Bewustmaking en beïnvloeding van de publieke opinie over gezondheidskwesties	☐	☐	☐
Gemeenschappen en groepen ondersteunen in het verwoorden van hun behoeften en om te pleiten voor de middelen en capaciteiten die nodig zijn voor gezondheidsbevordering	☐	☐	☐
Pleiten voor Health in All Policies	☐	☐	☐

Hier nogmaals een overzicht om de onderstaande vraag te kunnen beantwoorden

Competenties voor pleitbezorging gericht op het verbeteren van gezondheid (en welzijn)

- De belangrijkste stakeholders kennen en weten hoe het gezondheidssysteem werkt
- Strategieën en technieken gebruiken (zoals pleitbezorging, lobbyen, coalitievorming) om belangen te behartigen ter bevordering van de gezondheid, aandacht voor preventie in de zorg en de vermindering van gezondheidsongelijkheden
- Bewustmaking en beïnvloeding van de publieke opinie over gezondheidskwesties
- Gemeenschappen en groepen ondersteunen in het verwoorden van hun behoeften en om te pleiten voor de middelen en capaciteiten die nodig zijn voor gezondheidsbevordering
- Pleiten voor Health in All Policies

* 17. Op welk niveau worden deze competenties in de opleiding geïntegreerd?
Meerdere antwoorden mogelijk

- | | |
|---|--|
| ☐ WETEN (kennis) | ☐ WETEN HOE (Interpretatie en toepassing van deze kennis bv in een werkstuk, casus, praktijklessen) |
| ☐ TONEN (Demonstratie in een gesimuleerde situatie bv simulatie oefeningen, rollenspel, project) | ☐ DOEN (Toepassen in complexe situaties bv. praktijk/stage) |

18. Als bepaalde van deze competenties op een verschillend competentieniveau geïntegreerd zijn, zo ja kan je hier verder informatie over noteren?

*** 19. 7. Competenties voor partnerschap: samenwerken over disciplines en sectoren heen om de impact en duurzaamheid van acties en interventies te verzekeren.**

Zijn deze competenties rond samenwerking voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie momenteel geïntegreerd in de opleiding?

	1 Ja	2 Nee	3 Ik weet het niet
Inzicht krijgen in de onderlinge afhankelijkheid, integratie en concurrentie tussen de verschillende stakeholders binnen de gezondheidszorg (en daarbuiten)	☐	☐	☐
Opzetten en beheren van succesvolle partnerschappen/coalities door middel van samenwerking over sectoren en disciplines heen, met het oog op preventieve acties en het bereiken van gezondheidsdoelen	☐	☐	☐
Werken in (interdisciplinaire) teams (in lokale, nationale en internationale organisatiestructuren)	☐	☐	☐
Werken met verschillende overheden en organisaties, inclusief regelgevende, professionele en accreditatiebureaus	☐	☐	☐

Hier nogmaals een overzicht om de onderstaande vraag te kunnen beantwoorden

Competenties om samen te werken voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie

- Inzicht krijgen in de onderlinge afhankelijkheid, integratie en concurrentie tussen de verschillende stakeholders binnen de gezondheidszorg (en daarbuiten)
- Opzetten en beheren van succesvolle partnerschappen/coalities door middel van samenwerking over sectoren en disciplines heen, met als doel preventieve acties en het bereiken van gezondheidsdoelen
- Werken in (interdisciplinaire) teams (in lokale, nationale en internationale organisatiestructuren)
- Werken met verschillende overheden en organisaties, inclusief regelgevende, professionele en accreditatiebureaus

*** 20. Op welk niveau zijn deze competenties in de opleiding geïntegreerd?
Meerdere antwoorden mogelijk**

- | | |
|---|--|
| ☐ WETEN (kennis) | ☐ WETEN HOE (Interpretatie en toepassing van deze kennis bv in een werkstuk, casus, praktijklessen) |
| ☐ TONEN (Demonstratie in een gesimuleerde situatie bv simulatie oefeningen, rollenspel, project) | ☐ DOEN (Toepassen in complexe situaties bv. praktijk/stage) |

21. Als bepaalde van deze competenties op een verschillend competentieniveau geïntegreerd zijn, zo ja kan je hier verder informatie over noteren?

*** 22. 8. Communicatie competenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie**

Zijn deze competenties rond communicatie voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie momenteel geïntegreerd in de opleiding?

	1 Ja	2 Nee	3 Ik weet het niet
Geschikte technieken gebruiken zoals schriftelijke, verbale, non-verbale en luistervaardigheden voor het communiceren van gezondheidsboodschappen naar diverse doelgroepen (d.w.z. leken, professionele, academische)	☐	☐	☐
Feiten en evidentie op een verstaanbare manier communiceren (vaak ook in tijden van gezondheids crisis)	☐	☐	☐
Begrijpen en weten hoe IT en andere (innovatieve) media werken om informatie over gezondheidsbevordering te ontvangen en te verspreiden (bijv. e-gezondheidstoepassingen)	☐	☐	☐
Overtuigend communiceren op een ethische, positieve en cultuurcompetente manier, op maat en in de (beeld)taal van de doelgroep	☐	☐	☐
Interprofessioneel communiceren (inclusief aanmoedigen van teamleden om hun mening te uiten met respect voor hun eigen expertise)	☐	☐	☐
Met respect communiceren bij het aanmoedigen van de gemeenschap en patiënten om hun mening te uiten	☐	☐	☐

Hier nogmaals een overzicht om de onderstaande vraag te kunnen beantwoorden

Communicatie competenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie

- Geschikte technieken gebruiken zoals schriftelijke, verbale, non-verbale en luistervaardigheden voor het communiceren van gezondheidsboodschappen naar diverse doelgroepen (leken, professionele, academische)
- Feiten en evidentie op een verstaanbare manier communiceren
- Begrijpen en weten hoe IT en andere (innovatieve) media werken om informatie over gezondheidsbevordering te ontvangen en te verspreiden (bijv. e-gezondheidstoepassingen)
- Overtuigend communiceren op een ethische, positieve en cultuurcompetente manier, op maat en in de (beeld)taal van de doelgroep
- Interprofessioneel communiceren (inclusief aanmoedigen van teamleden om hun mening te uiten met respect voor hun eigen expertise)
- Met respect communiceren bij het aanmoedigen van de gemeenschap en patiënten om hun mening te uiten

*** 23. Op welk niveau zijn deze competenties in de opleiding geïntegreerd?**
Meerdere antwoorden mogelijk

- | | |
|---|--|
| ☐ WETEN (kennis) | ☐ WETEN HOE (Interpretatie en toepassing van deze kennis bv in een werkstuk, casus, praktijklessen) |
| ☐ TONEN (Demonstratie in een gesimuleerde situatie bv simulatie oefeningen, rollenspel, project) | ☐ DOEN (Toepassen in complexe situaties bv. praktijk/stage) |

24. Als bepaalde van deze competenties op een verschillend competentieniveau geïntegreerd zijn, zo ja kan je hier verder informatie over noteren?

9. Leiderschapscompetenties

Competenties zijn onder andere:

- Netwerken met en motiveren van stakeholders tot verandering die gezondheid bevordert, ziekte voorkomt gezondheidsongelijkheid vermindert
- Uitwisseling tussen praktijk, beleid en onderzoek stimuleren en faciliteren
- Actief op zoek gaan naar nieuwe kennis, ideeën, kansen en bedreigingen om de praktijk te verbeteren
- Werkwijzen gebruiken die empowerment en (burger)participatie faciliteren (bvb. teamwerk, onderhandeling, motivatie, conflictoplossing, besluitvorming, facilitering en probleemoplossing)
- Degelijk onderbouwde standpunten vormen en uitdragen en zicht hebben op de mogelijke gevolgen daarvan
- Professionalisering van het team en de organisatie bevorderen
- Interdisciplinaire teams leiden om op een gecoördineerde manier te werken binnen verschillende terreinen van volksgezondheid
- Bijdragen aan het werven en beheren van middelen voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie

*** 25. Zijn deze competenties rond leiderschap voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie momenteel geïntegreerd in de opleiding?**

- ☐ Ja
 ☐ Gedeeltelijk
 ☐ Nee
 ☐ Ik weet het niet

Hier nogmaals een overzicht om de onderstaande vraag te kunnen beantwoorden

Competenties rond leiderschap

- Netwerken met en motiveren van stakeholders tot verandering die gezondheid bevordert, ziekte voorkomt gezondheidsongelijkheid vermindert
- Uitwisseling tussen praktijk, beleid en onderzoek stimuleren en faciliteren
- Actief op zoek gaan naar nieuwe kennis, ideeën, kansen en bedreigingen om de praktijk te verbeteren
- Werkwijzen gebruiken die empowerment en (burger)participatie faciliteren (bvb. teamwerk, onderhandeling, motivatie, conflictoplossing, besluitvorming, facilitering en probleemoplossing)
- Degelijk onderbouwde standpunten vormen en uitdragen en zicht hebben op de mogelijke gevolgen daarvan
- Professionalisering van het team en de organisatie bevorderen
- Interdisciplinaire teams leiden om op een gecoördineerde manier te werken binnen verschillende terreinen van volksgezondheid
- Bijdragen aan het werven en beheren van middelen voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie

*** 26. Op welk niveau zijn deze competenties in de opleiding geïntegreerd?**
Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ WETEN (kennis)
 ☐ WETEN HOE (Interpretatie en toepassing van deze kennis bv in een werkstuk, casus, praktijklessen)
- ☐ TONEN (Demonstratie in een gesimuleerde situatie bv simulatie oefeningen, rollenspel, project)
 ☐ DOEN (Toepassen in complexe situaties bv. praktijk/stage)

*** 27. 10. Competenties met betrekking tot analyse: opzoeken, verzamelen, verwerken en toepassen van evidentie in functie van het plannen van gezondheidsbevordering en ziektepreventie acties**

Zijn deze competenties op vlak van analyse voor de planning van gezondheidsbevordering en ziektepreventie geïntegreerd in de opleiding?

	1 Ja	2 Nee	3 Ik weet het niet
Verzamelen, analyseren en toepassen van informatie, data, good practices en literatuur om gezondheidsinterventies te onderbouwen	☐	☐	☐
Doelen, waarden en behoeften van patiënten/cliënten/stakeholders identificeren op een participatieve manier	☐	☐	☐
Kwantitatieve en/of kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruiken	☐	☐	☐
	☐	☐	☐

Cultureel en ethisch passende onderzoeksmethoden toepassen			
Prioriteiten voor gezondheidsbevorderende acties vaststellen in samenwerking met stakeholders/patiënt/cliënt, op basis van de beste beschikbare wetenschappelijke kennis en ethische waarden	☐	☐	☐

Hier nogmaals een overzicht om de onderstaande vraag te kunnen beantwoorden

Competenties met betrekking tot analyse voor de planning van gezondheidsbevordering en ziektepreventie acties

- Verzamelen, analyseren en toepassen van informatie, data, good practices en literatuur om gezondheidsinterventies te onderbouwen
- Doelen, waarden en behoeften van patiënten/cliënten/stakeholders identificeren op een participatieve manier
- Kwantitatieve en/of kwalitatieve onderzoeksmethoden gebruiken
- Cultureel en ethisch passende onderzoeksmethoden toepassen
- Prioriteiten voor gezondheidsbevorderende acties vaststellen in samenwerking met stakeholders/patiënt/cliënt, op basis van de beste beschikbare wetenschappelijke kennis en ethische waarden

* 28. Op welk niveau zijn deze competenties in de opleiding geïntegreerd? Meerdere antwoorden mogelijk

- | | |
|---|--|
| ☐ WETEN (kennis) | ☐ WETEN HOE (Interpretatie en toepassing van deze kennis bv in een werkstuk, casus, praktijklessen) |
| ☐ TONEN (Demonstratie in een gesimuleerde situatie bv simulatie oefeningen, rollenspel, project) | ☐ DOEN (Toepassen in complexe situaties bv. praktijk/stage) |

29. Als bepaalde van deze competenties op een verschillend competentieniveau geïntegreerd zijn, zo ja kan je hier verder informatie over noteren?

* 30. 11. Competenties om gezondheidsbevordering en ziektepreventie strategieën te ontwikkelen

Zijn deze competenties voor de ontwikkeling van strategieën voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie geïntegreerd in de opleiding?

	1 Ja	2 Nee	3 Ik weet het niet
Samen met patiënten/cliënten passende, realistische en meetbare doelstellingen formuleren voor gezondheidsbevorderende acties (doelgerichte zorg)	☐	☐	☐
Geschikte strategieën en gedragsveranderingstechnieken selecteren, op maat van de patiënt/cliënt en gericht op de overeengekomen doelstellingen (bv. in de context van een consult/gesprek)	☐	☐	☐
Een haalbaar actieplan ontwikkelen (eventueel ook materialen en/of diensten), rekening houdend met de behoeften/mogelijkheden van de patiënt/cliënt, en met beperkte middelen (bv. weinig tijd tijdens een consultatie of beperkt aantal consultaties)	☐	☐	☐
Methodieken, materialen en diensten (vb. coachingtraject) creëren of hanteren en testen bij de patiënt/cliënt	☐	☐	☐
Het mobiliseren, ondersteunen en betrekken van patiënten/cliënten bij het plannen van gezondheidsbevorderende acties	☐	☐	☐

Hier nogmaals een overzicht om de onderstaande vraag te kunnen beantwoorden

Competenties om gezondheidsbevordering en ziektepreventie strategieën te ontwikkelen

- Samen met patiënten/cliënten passende, realistische en meetbare doelstellingen formuleren voor gezondheidsbevorderende acties
- Geschikte strategieën en gedragsveranderingstechnieken selecteren, op maat van de patiënt/cliënt en gericht op de overeengekomen doelstellingen (bv. in de context van een consult/gesprek)
- Een haalbaar actieplan ontwikkelen (eventueel ook materialen en/of diensten), rekening houdend met de behoeften/mogelijkheden van de patiënt/cliënt, en met beperkte middelen (bv. weinig tijd tijdens een consultatie of beperkt aantal consultaties)
- Methodieken, materialen en diensten (vb. coachingstraject) creëren of hanteren en testen bij de patiënt/cliënt
- Het mobiliseren, ondersteunen en betrekken van patiënten/cliënten bij het plannen van gezondheidsbevorderende acties

* 31. Op welk niveau zijn deze competenties in de opleiding geïntegreerd?

Meerdere antwoorden mogelijk

☐ WETEN (kennis)

☐ WETEN HOE (Interpretatie en toepassing van deze kennis bv in een werkstuk, casus, praktijklessen)

☐ TONEN (Demonstratie in een gesimuleerde situatie bv simulatie oefeningen, rollenspel, project)

☐ DOEN (Toepassen in complexe situaties bv. praktijk/stage)

32. Als bepaalde van deze competenties op een verschillend competentieniveau geïntegreerd zijn, zo ja kan je hier verder informatie over noteren?

* 33. 12. Competenties om gezondheidsbevordering en ziektepreventie acties te implementeren

Zijn deze competenties voor de implementatie van acties rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie geïntegreerd in de opleiding?

	1 Ja	2 Nee	3 Ik weet het niet
Ethische, empowerment, cultureel passende en participatieve processen gebruiken om gezondheidsbevorderende acties te implementeren	☐	☐	☐
Bewaken van de kwaliteit van het implementatieproces in relatie tot overeengekomen doelen en doelstellingen voor gezondheidsbevorderende acties	☐	☐	☐
Faciliteren van de continuïteit van het programma en de betrokkenheid van stakeholders bij gezondheidsbevorderende acties door voortdurend overleg en samenwerking	☐	☐	☐

Hier nogmaals een overzicht om de onderstaande vraag te kunnen beantwoorden

Competenties voor de implementatie van acties rond gezondheidsbevordering en ziektepreventie

- Ethische, empowerment, cultureel passende en participatieve processen gebruiken om gezondheidsbevorderende acties te implementeren
- Bewaken van de kwaliteit van het implementatieproces in relatie tot overeengekomen doelen en doelstellingen voor gezondheidsbevorderende acties
- Faciliteren van de continuïteit van het programma en de betrokkenheid van stakeholders bij gezondheidsbevorderende acties door voortdurend overleg en samenwerking

*** 34. Op welk niveau zijn deze competenties in de opleiding geïntegreerd?**
Meerdere antwoorden mogelijk

- ☐ WETEN (kennis) ☐ WETEN HOE (Interpretatie en toepassing van deze kennis bv in een werkstuk, casus, praktijklessen)
- ☐ TONEN (Demonstratie in een gesimuleerde situatie bv simulatie oefeningen, rollenspel, project) ☐ DOEN (Toepassen in complexe situaties bv. praktijk/stage)

35. Als bepaalde van deze competenties op een verschillend competentieniveau geïntegreerd zijn, zo ja kan je hier verder informatie over noteren?

*** 36. 13. Competenties voor de evaluatie van gezondheidsbevordering en ziektepreventie acties**

Zijn deze competenties voor de evaluatie van gezondheidsbevordering en ziektepreventie acties geïntegreerd in de opleiding?

	1 Ja	2 Nee	3 Ik weet het niet
Gezondheidsbevorderende acties opvolgen/evalueren door het gedrag van de patiënt/cliënt te observeren en/of door feedback te vragen aan de patiënt/cliënt (gesprek, dagboek, enz.)	☐	☐	☐
Effectiviteit van de acties/interventies evalueren	☐	☐	☐
Evaluatieresultaten gebruiken om acties/interventies aan te passen en te verbeteren	☐	☐	☐
Onderzoek en wetenschappelijk onderbouwde strategieën gebruiken om de praktijk te informeren over gezondheidsbevordering en ziektepreventie	☐	☐	☐
Analyseren en beoordelen van data om de besluitvorming te ondersteunen en om evidentie te leveren over de gezondheid van de bevolking, ook voor risicogroepen en kwetsbare groepen	☐	☐	☐
Vitale statistieken en gezondheidsindicatoren gebruiken, en kwalitatief en/of kwantitatief onderzoek opzetten en uitvoeren dat voortbouwt op bestaand bewijs en bijdraagt aan de wetenschappelijke basis voor de gezondheidszorg	☐	☐	☐
Communiceren over evaluatieresultaten of ze beschikbaar stellen	☐	☐	☐

Hier nogmaals een overzicht om de onderstaande vraag te kunnen beantwoorden

Competenties voor de evaluatie van gezondheidsbevordering en ziektepreventie acties

- Gezondheidsbevorderende acties opvolgen/evalueren door het gedrag van de patiënt/cliënt te observeren en/of door feedback te vragen aan de patiënt/cliënt (gesprek, dagboek, enz.)
- Evaluatieresultaten gebruiken om acties en interventies aan te passen en te verbeteren
- Onderzoek en wetenschappelijk onderbouwde strategieën gebruiken om de praktijk te informeren over gezondheidsbevordering en ziektepreventie
- Analyseren en beoordelen van data om de besluitvorming te ondersteunen en om evidentie te leveren over de gezondheid van de bevolking, ook voor risicogroepen en kwetsbare groepen
- Effectiviteit evalueren van activiteiten/interventies ter bevordering van de gezondheid
- Vitale statistieken en gezondheidsindicatoren gebruiken, en kwalitatief en/of kwantitatief onderzoek opzetten en uitvoeren dat voortbouwt op bestaand bewijs en bijdraagt aan de wetenschappelijke basis voor de gezondheidszorg
- Communiceren over evaluatieresultaten of ze beschikbaar stellen

*** 37. Op welk niveau zijn deze competenties in de opleiding geïntegreerd?**

Meerdere antwoorden mogelijk

- | | |
|---|--|
| ☐ WETEN (kennis) | ☐ WETEN HOE (Interpretatie en toepassing van deze kennis bv in een werkstuk, casus, praktijklessen) |
| ☐ TONEN (Demonstratie in een gesimuleerde situatie bv simulatie oefeningen, rollenspel, project) | ☐ DOEN (Toepassen in complexe situaties bv. praktijk/stage) |

38. Als bepaalde van deze competenties op een verschillend competentieniveau geïntegreerd zijn, zo ja kan je hier verder informatie over noteren?

14. Competenties gerelateerd aan wetgeving en beleid

Competenties zijn onder meer:

- Internationale, Europese en nationale wet- of regelgeving kunnen toepassen met het oog op bevordering van gezondheid en welzijn te maximaliseren
- Gezondheids- en sociale dienstverleningssystemen binnen en tussen landen vergelijken en contrasteren
- Het uitvoeren van gezondheids- en sociaal beleid zoals beleidsmaatregelen toepassen die een gezondheidsbevorderende omgeving mogelijk maken, en het bijdragen aan het waarborgen van het recht op gelijke en effectieve gezondheidszorg

*** 39. Zijn deze competenties rond wetgeving en beleid voor gezondheidsbevordering geïntegreerd in de opleiding?**

- | | |
|---------------------------|--|
| ☐ Ja | ☐ Gedeeltelijk |
| ☐ Nee | ☐ Ik weet het niet |

Hier nogmaals een overzicht om de onderstaande vraag te kunnen beantwoorden

Competenties gerelateerd aan wetgeving en beleid

- Internationale, Europese en nationale wet- of regelgeving kunnen toepassen met het oog op bevordering van gezondheid en welzijn te maximaliseren
- Gezondheids- en sociale dienstverleningssystemen binnen en tussen landen vergelijken en contrasteren
- Het uitvoeren van gezondheids- en sociaal beleid zoals beleidsmaatregelen toepassen die een gezondheidsbevorderende omgeving mogelijk maken, en het bijdragen aan het waarborgen van het recht op gelijke en effectieve gezondheidszorg

*** 40. Op welk niveau zijn deze competenties in de opleiding geïntegreerd?**

Meerdere antwoorden mogelijk

- | | |
|---|--|
| ☐ WETEN (kennis) | ☐ WETEN HOE (Interpretatie en toepassing van deze kennis bv in een werkstuk, casus, praktijklessen) |
| ☐ TONEN (Demonstratie in een gesimuleerde situatie bv simulatie oefeningen, rollenspel, project) | ☐ DOEN (Toepassen in complexe situaties bv. praktijk/stage) |

41. Zijn er competenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie aanwezig in de opleiding die hier NIET vermeld werden?

Afsluitende algemene vragen

Tot slot zullen we nog enkele algemene vragen stellen

- * 42. Welke van de onderstaande onderwijsmethoden worden over het algemeen gebruikt om de competenties die hierboven benoemd werden aan te leren?

Selecteer hieronder één of meer opties

- | | |
|---|--|
| ☐ Lezing (ex cathedra) | ☐ Interactieve lezing (ex cathedra) |
| ☐ Werkcollege | ☐ Groepsdiscussie/gesprek |
| ☐ Vaardigheidstraining | ☐ Rollenspel |
| ☐ Presentatie door de studenten | ☐ Getuigenissen (fysiek of video) |
| ☐ Case study | ☐ E-learning (online afstandsonderwijs) |
| ☐ Blended learning (combinatie van contactonderwijs en e-learning) | ☐ Zelfstudie |
| ☐ Ik weet het niet | ☐ Andere |

43. Worden er specifieke modellen of materialen gebruikt om deze competenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie over te brengen?

Zo ja, waar komen die materialen/modellen vandaan (bv. welk kader, via welke organisaties)?

Ethische waarden als basis voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie

Algemene kennis, principes en modellen voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie

Kennis met betrekking tot gezondheidssituatie en (preventief) zorgsysteem in België

Gezondheidsthema's vanuit een preventieve insteek

Competenties om anderen in staat te stellen voor gezondheidsbevorderende acties

Competenties voor pleitbezorging gericht op het verbeteren van gezondheid (en welzijn)

Competenties voor partnerschappen en samenwerking

Communicatie competenties voor gezondheidsbevordering/ziektepreventie

Leiderschapscompetenties voor gezondheidsbevordering/ziektepreventie

Competenties met betrekking tot analyse voor de planning van gezondheidsbevordering/ziektepreventie acties

Competenties voor de ontwikkeling van gezondheidsbevordering/ziektepreventie

Competenties voor implementatie van acties voor gezondheidsbevordering/ziektepreventie

Competenties voor de evaluatie van acties voor gezondheidsbevordering/ziektepreventie

Competenties gerelateerd aan wetgeving en beleid voor gezondheidsbevordering

- * 44. Over het algemeen, in welke mate schat je in dat deze specifieke competenties rond gezondheidsbevordering en

ziektepreventie momenteel opgenomen zijn in de opleiding die u vertegenwoordigt?

0=Helemaal niet en 10= Zeer uitgebreid

* 45. Is er een kwaliteitsevaluatie van het onderwijsprogramma uitgevoerd met betrekking tot gezondheidsbevordering/ziektepreventie?

☐ Ja

☐ Nee

☐ Ik weet het niet

46. Hoe gebeurde deze kwaliteitsevaluatie?

47. Heeft u nog aanvullende opmerkingen met betrekking tot de competenties voor gezondheidsbevordering en ziektepreventie?

Uw antwoorden zijn geregistreerd!

Hartelijk dank dat u de tijd genomen hebt om deze enquête in te vullen. Uw antwoorden zijn zeer waardevol voor ons.

[Uw antwoorden opslaan?](#)

Een overzicht van uw antwoorden kan u [hier](#) downloaden en opslaan.

BIJLAGE 2

**Tabel 8: Bronnen over de implementatie van de competentiekaders in de eerstelijnszorg
of eerstelijnsprofessionals in de praktijk.**

Competentie- kader	Land	Doel	Methode	Resultaat	Gebruik van het competentiekader	Hoogtepunten	URL
CompHP, WHO-ASPHR, Brazilië PAHO	Brazilië	Ontwikkelen en bijwerken van competenties voor occupational medicine in Brazilië om de bijscholing voor bedrijfsartsen te begeleiden en adequate criteria te bieden voor de certificering in occupational medicine.	Er werd een Delphi-studie uitgevoerd met behulp van een vragenlijst gebaseerd op de literatuurstudie, een eerdere Braziliaanse competentiematrix, een beoordeling door een panel van deskundigen en gevalideerd door 223 bedrijfsartsen, leden van de National Association of Occupational Medicine.	De nieuwe 'Matrix Kerncompetenties' illustreert de interactie tussen de verschillende competentiedomeinen en wijst erop dat een effectieve praktijk in occupational medicine een evenwichtige ontwikkeling van de verschillende domeinen tijdens de specialistische opleiding vereist. Competenties moeten worden beschouwd in een geïntegreerde benadering.	Ontwikkeling van een vragenlijst gebaseerd op de literatuurstudie en de kerncompetenties die nodig zijn voor bedrijfsartsen in Brazilië, resulterend in vragen georganiseerd in vijf hoofddomeinen en 71 specifieke competenties, beoordeeld door middel van een 4 graden Likert-schaal.	Het gebruik van verschillende kaders om één kader bij te werken; mix van gespecialiseerde kaders en bredere kaders; impact van huidige context wordt benadrukt.	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2093791121015778?via%3Dihub
CompHP	Brazilië	Het onderzoek was gericht op het herkennen van de competentiedomeinen in de gezondheidsbevordering in de milieueducatie die wordt uitgevoerd door gezondheidswerkers.	Een gemengd onderzoek, met de CompHP als theoretisch kader, uitgevoerd met zestien gezondheidswerkers uit de gemeenschap, gebaseerd op semigestructureerde interviews en gegevensorganisatie door middel van de Alceste software.	De volgende competentiedomeinen in gezondheidsbevordering werden aangetoond: partnerschap, mogelijkheid tot veranderingen en diagnose. We herkennen bewijs dat wijst op andere domeinen, hoewel met minder statistische significantie, zoals: communicatie, planning en implementatie, met het oog op het ontwikkelen van milieueducatieactiviteiten. Er is een beperkt aantal gezondheidsbevorderende competenties gemobiliseerd in de milieueducatiepraktijken die	Als referentiekader voor een lexicale analyse van interviews.	Het identificeert welke competenties worden gebruikt, maar ook hoe. Het maakt identificatie van hiaten mogelijk, toont relevantie van competenties voor de praktijk.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33566950/

				ontwikkeld zijn door gezondheidswerkers in de gemeenschap, wat de volledigheid van deze elementen vereist om gezondheidsbevorderende praktijken te implementeren en zo positieve transformaties op het gebied van milieu en gezondheid te bewerkstelligen.		
PHAC	Canada	Beschrijft het proces dat is gebruikt om Canadese competenties voor verpleegkundigen in de gezondheidszorg te ontwikkelen en de bijbehorende online onderwijsstrategieën.	Competentieontwikkeling in drie fasen: 1) een omgevingsscan; 2) een iteratief proces om competenties op te stellen; en 3) een aangepast Delphi-proces om het uiteindelijke competentiekader te bevestigen door middel van persoonlijke raadplegingen en een vragenlijst. De kennisvertaalsstrategie bestond uit het vragen om inzendingen van onderwijsstrategieën voor peer-review en vervolgens opname in een interactieve online bron.	A) Entry-to-Practice Public Health Nursing Competencies for Undergraduate Nursing Education: bestaande uit vijf domeincompetentieverklaringen met 19 respectievelijke indicatoren. B) De Canadian Association of Schools of Nursing Public Health Nursing Teaching Strategies Website: een opslagplaats van de definitieve bewerkte versies van de voorbeeldstrategieën, vrij toegankelijk op de CASN-website.	Om te zorgen voor consistentie met relevante nationale beroepscompetenties, werden de vijf domeinen waaruit de nieuw ontwikkelde competenties voor toegang tot de praktijk bestaan.	Nadruk op hoe een competentie kan verworven worden. Doel is kritieke leerervaringen afbakenen die specifiek zijn voor verpleegkunde op het gebied van de volksgezondheid. Mogelijke vergelijking tussen de twee kaders.
CompHP	Brazilië	Het doel van deze studie is het analyseren van het inbrengen van een reflectieve beroepspraktijk als strategie voor het ontwikkelen van competenties voor gezondheidsbevordering in de opleiding van verpleegkundigen.	Casestudy, kwalitatieve benadering verankerd in het theoretisch-methodologische kader van de marxistische dialectiek. De gegevens werden verkregen uit documenten, interviews met afgestudeerde studenten en focusgroepen met docenten van een verpleegkundige instelling voor hoger onderwijs. De	De meest gunstige contexten voor een reflectieve praktijk in de ontwikkeling van competenties voor gezondheidsbevordering hebben te maken met de integratie van onderwijs, dienstverlening en gemeenschap, interactie tussen docent en student en teamwerk. Het discours van vroegtijdige integratie is hegemonisch geconstrueerd als een sociale praktijk van het studiescenario. De kenmerken van	De verkennende analyse van het pedagogisch project van de cursus werd uitgevoerd vanuit een script door de domeinen of eigenschappen van competenties als assen te nemen.	De belangrijkste pedagogische strategieën voor de ontwikkeling van competenties voor gezondheidsbevordering zijn gecontextualiseerd leren door rekening te houden met de complexiteit van de sociale realiteit, en de integratie en onderdompeling van

		gegevens werden onderzocht door middel van kritische discoursanalyse.	het curriculaire voorstel van het studiescenario begunstigen het 'leren doen' gemedieerd door ervaring en reflexiviteit door de ontwikkeling van competenties voor gezondheidsbevordering te mobiliseren. Naast de invoeging genereert de onderdompeling van studenten in de realiteit van de dienstverlening ervaringen in een reflectief-kritisch proces.	studenten in de realiteit; de ontwikkeling van competenties voor gezondheidsbevordering tijdens de opleiding kan een strategische actie zijn om het onderwijs te veranderen en effecten te produceren in diensten die zijn afgestemd op de eisen van nationaal beleid en sociale behoeften; de resultaten tonen aan dat de competenties voor gezondheidsbevordering tijdens de opleiding in het studiescenario worden ontwikkeld; het toont een manier om te weten welke competentiedomeinen al ontwikkeld zijn, het benadrukt sterke punten en hiaten.			
CompHP, AHPA	Finland	Het identificeren en bereiken van consensus onder deelnemers aan de gemeentelijke eerstelijnsgezondheidszorg over de vereiste case management competenties verpleegkundigen in gezondheidsbevorderende praktijken in Oost-Finland.	Ronde 1 met semi-gestructureerde interviews werden afgenomen bij deelnemers aan de gemeentelijke eerstelijnsgezondheidszorg. Ronde 2 van het vragenlijstonderzoek werd uitgevoerd in dezelfde gezondheidscentra. Voor de gegevensanalyse en beschrijvende statistieken gebruikt.	Er werd duidelijk consensus bereikt over zeventien competenties die verpleegkundigen moeten hebben, en deze geven de kennis of vaardigheden van gezondheidsbevordering aan. Desondanks was er geen overeenstemming over de noodzaak voor verpleegkundigen om geïnteresseerd te zijn in gemeentelijke besluitvorming. Verpleegkundigen hebben verschillende case management vaardigheden nodig om gezondheidsbevordering in de	De analyse ging verder met het identificeren van competenties voor gezondheidsbevordering op basis van literatuur. Identificatie van competenties voor gezondheidsbevordering in betekenisvolle eenheden uit interviews (Delphi-ronde 1) + vertaald onder de vorm van stellingen in een kwantitatieve vragenlijst (Delphi-ronde 2).	Gedetailleerd proces van de gemengde methode: concreet voorbeeld.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25950804/.

gemeentelijke
eerstelijnsgezondheidszorg te
realiseren en ze moeten worden
ondersteund door
leidinggevend in de
eerstelijnsgezondheidszorg om
gezondheidsbevorderende
activiteiten te ontwikkelen.

CompHP	Ierland	Geen artikel, niet van toepassing.	Geen artikel, niet van toepassing	Dit competentiekader is toegepast in en aangepast aan de praktijk van gezondheidsbevordering in de jeugdsector en geeft informatie over de kerncompetenties die medewerkers nodig hebben om de gezondheid en het welzijn van jongeren effectief te bevorderen in hun werkomgeving. De competenties zijn georganiseerd in 3 categorieën: KENNIS 'IK WEET'; VAARDIGHEDEN 'IK KAN'; en HOUDINGEN 'IK BEN'.	Dit competentiekader is toegepast in en aangepast aan de praktijk van gezondheidsbevordering in de jeugdsector.	Het competentiekader maakt een directe vergelijking tussen de twee kaders mogelijk. Bijvoorbeeld: het verschil in structuur. Georganiseerd in kennis, p-vaardigheden en houdingen, en geformuleerd in zinnen die beginnen met 'ik weet, ik kan en ik ben'. Er wordt echter niet gezegd hoe en waarom deze competenties.
--------	---------	------------------------------------	-----------------------------------	--	--	--