Promouvoir des politiques de recrutement et de rétention efficaces pour les travailleurs de la santé au sein de l'Union européenne en garantissant l'accès au perfectionnement professionnel continu (PPC) et à des lieux de travail sains et sûrs qui permettent d'assurer la sécurité des patients et la fourniture de soins de qualité (2017-2018)

Rapport de la Conférence des partenaires sociaux sur le perfectionnement professionnel continu. *« Travailler ensemble, apprendre ensemble – Passer en mode apprentissage »* les 19 et 20 juin 2017 à Amsterdam

NE Knibbe MSc.
JJ Knibbe MSc.
LOCOmotion Research NL

Ce projet bénéficie du soutien financier de la Commission européenne

Sommaire

1. Introduction 3
2. Conférence sur le PPC à Amsterdam 6
2.1. Thème 1 : Le besoin de PPC 6
2.2. Thème 2 : Comment rendre le PPC efficace ? 7
2.3. Thème 3 : Participation (travailleurs et patients) 9
2.4. Thème 4 : Coopération entre partenaires sociaux et financement du PPC 10
2.5. Thème 5 : De quelles compétences avons-nous besoin ? 11
2.6. Thème 6 : Groupes sous-représentés 11
3. Enseignements à tirer 13
4. Résumé pour aller de l'avant 14

Annexes

1. Agenda, intervenants et thèmes de la conférence 13
2. Délégués, pays représentés et leurs organisations 17
3. Résumés des présentations 22
4. Publications sur le mur de messages 32

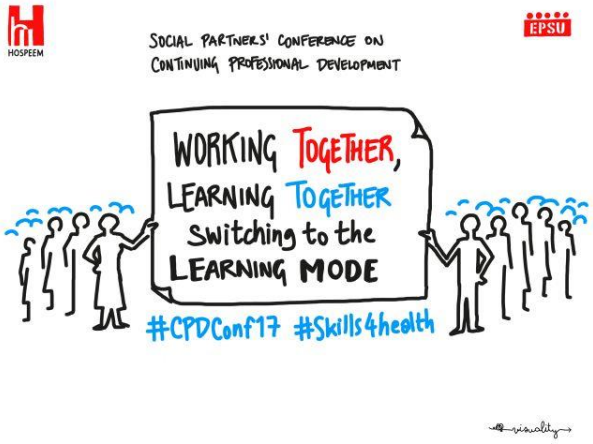
Remerciements

La FSESP et l'HOSPEEM tiennent à remercier chaleureusement la *Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen* (NVZ) ainsi que le groupe de pilotage du projet (GPP) pour leur soutien dans l'organisation de cette conférence. La FSESP et l'HOSPEEM souhaitent également remercier la Commission européenne pour son soutien financier, Bas van den Dungen (Directeur général, ministère de la Santé des Pays-Bas) pour sa présentation et le CAOP pour sa prise en charge des considérations pratiques afin que cette conférence puisse se tenir.

1. Introduction

Les 19 et 20 juin 2017, l'HOSPEEM et la FSESP ont organisé – avec le soutien du membre néerlandais de l'HOSPEEM, la *Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen* (NVZ) – la conférence *« Travailler ensemble, apprendre ensemble – Passer en mode apprentissage »* à Amsterdam afin d'approfondir l'axe thématique autour du perfectionnement professionnel continu (PPC) et de l'apprentissage tout au long de la vie.

L'événement reposait sur la déclaration conjointe de l'HOSPEEM et de la FSESP relative au perfectionnement professionnel continu et l'apprentissage tout au long de la vie pour l'ensemble des travailleurs de la santé au sein de l'UE, adoptée en novembre 2016. Dans ce document, les partenaires sociaux sectoriels du secteur hospitalier et médical reconnaissent le PPC comme un élément essentiel au maintien et à l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients. L'accès au PPC et à des opportunités de carrière est présenté comme propice à la mise en place de politiques de recrutement et de rétention efficaces. La déclaration conjointe précise que les initiatives de PPC et d'apprentissage tout au long de la vie doivent être considérées comme des investissements à long terme dans (la productivité du) le personnel de santé, et non comme un facteur de coût. Les partenaires sociaux ont un rôle majeur à jouer sur le PPC, en partenariat avec les autorités compétentes et les autres acteurs concernés. La déclaration indique également que la mise en place du PPC relève de la responsabilité commune des employeurs et des travailleurs, et dépend grandement de la motivation intrinsèque des salariés à s'investir dans leur propre développement. Enfin, l'HOSPEEM et la FSESP rappellent l'importance de tenir compte des spécificités locales et de respecter les différents cadres juridiques et règlementaires nationaux lors de la conception de systèmes de PPC.



La conférence a été l'occasion d'échanger et de débattre d'un certain nombre d'initiatives basées sur les partenaires sociaux et présentées par les représentants des membres de l'HOSPEEM et des affiliés de la FSESP en Belgique, au Danemark, en Finlande, en France, en Allemagne, aux Pays-Bas, en Suède et au Royaume-Uni, ainsi que du rôle clé joué par les partenaires sociaux dans ce domaine. Elle a offert la possibilité d'en apprendre davantage sur les cadres réglementaires favorables au PPC ainsi que sur les mesures visant à faciliter l'accès au PPC, à mettre à jour ou à améliorer les qualifications, les aptitudes, les compétences et les pratiques professionnelles, ainsi que la fourniture de services sûrs et de qualité par un personnel d'hôpital/de santé apte à pratiquer.

En outre, plusieurs chercheurs et représentants gouvernementaux ont partagé leurs perspectives et expériences lors des séances plénières et au cours de l'une des quatre sessions thématiques de groupe.

Les présentations et discussions menées lors de la conférence de l'HOSPEEM et de la FSESP ont permis d'aborder un certain nombre d'éléments liés au PPC. Notamment : Comment garantir des modèles de financement pérennes du PPC pour tous les types de travailleurs de la santé ? Comment rendre le PPC accessible équitablement à tous les professionnels de la santé indépendamment de leur âge, de leur profession, de leurs horaires de travail et de leur type de contrat ? Que peuvent faire les partenaires sociaux à différents niveaux pour fournir un meilleur accès aux groupes souvent sous-représentés dans les programmes de PPC et d'apprentissage tout au long de la vie, tels que les travailleurs de la santé âgés de plus de 45 ans, les travailleurs à temps partiel et les travailleurs peu qualifiés (principalement le personnel de soutien médical) ? À quels modèles de PPC faut-il recourir pour satisfaire la demande croissante de travail en équipes regroupant diverses professions de santé ? Comment organiser le PPC dans un contexte de numérisation croissante des services de santé (santé connectée, santé mobile, télémédecine) ? Comment construire le PPC en tant qu'élément clé du plan de développement personnel et d'équipe, et des stratégies de développement organisationnel ? Comment élaborer une approche fondée sur le partenariat afin de concevoir, d'organiser, de mettre en place et d'évaluer les politiques et les outils de PPC à l'échelon national, sectoriel et des entreprises ?

Concernant les métiers de la santé, les participants ont accordé une attention particulière aux infirmiers, au personnel de soutien médical et aux médecins lors de cette conférence. Ils ont notamment diffusé quatre courtes vidéos de témoignages d'infirmiers néerlandais, dans lesquelles ceux-ci parlent des avantages qu'ils ont jusqu'à présent tiré du PPC dans leur carrière et dans divers contextes professionnels, et de leurs attentes quant à l'organisation du PPC à l'avenir. Ces vidéos peuvent être visionnées sur les sites de l'HOSPEEM et de la FSESP.

Au cours de la conférence, les participants ont été priés d'écrire et de partager les enseignements qui, selon eux, étaient à tirer de cet événement. Les présidents, modérateurs et le panel de clôture se sont ensuite basés sur ces propositions pour alimenter les débats en plénière. Vous trouverez un aperçu de l'ensemble des post-its dans le chapitre 3 de ce rapport.

Le rapport rédigé lors de cette conférence est l'un des produits livrables de ce projet. Il sera diffusé au niveau national et européen et sera repris dans les travaux futurs du Comité de dialogue social sectoriel européen relatif au secteur hospitalier sur le PPC. Un autre produit livrable est la mise en place de pages web dédiées sur les sites de l'HOSPEEM et de la FSESP contenant les documents européens et nationaux relatifs au PPC et donnant accès à l'ensemble des présentations des deux conférences organisées dans le cadre de ce projet.

Cette conférence a marqué une étape clé pour les partenaires sociaux sectoriels du secteur hospitalier et de la santé, l'HOSPEEM et la FSESP, concernant l'identification d'approches, d'instruments et de formats de PPC efficaces, tant pour les responsables de direction que les travailleurs. Elle a rassemblé plus de cent participants de 18 États membres de l'UE et 4 États non-membres, dont 35 provenant des Pays-Bas.

2. Conférence sur le PPC à Amsterdam

La conférence s'est ouverte sur un entretien de groupe entre Bas van den Dungen (Directeur général du ministère de la Santé des Pays-Bas), Elise Merlijn (Confédération syndicale néerlandaise (FNV), Pays-Bas) et Kate Ling (système national de santé (NHS), Royaume-Uni). Les représentants des partenaires sociaux ont souligné certaines priorités des syndicats et des employeurs dans le domaine du PPC et de l'apprentissage tout au long de la vie, ainsi que les principaux problèmes et possibilités à étudier. Les participants ont regardé un message vidéo du Commissaire Andriukaitis dans lequel il fait part de son soutien à la déclaration conjointe de l'HOSPEEM et de la FSESP sur le PPC et l'apprentissage tout au long de la vie pour tous les travailleurs de la santé au sein de l'Union européenne, ainsi qu'au travail mené par les partenaires sociaux sectoriels du secteur hospitalier dans le domaine du PPC.

Sur la base des divers parcours et domaines d'expertise des intervenants, cinq causes communes ont pu être identifiées. Ces « thèmes » sont présentés dans les cinq paragraphes ci-dessous.

2.1. Thème 1 : Le besoin de PPC

Plusieurs intervenants ont souligné le besoin urgent d'introduire des programmes de PPC et d'apprentissage tout au long de la vie. La raison première est que dans un nombre croissant de pays européens, l'âge de départ effectif à la retraite a reculé, et la charge et l'intensité de travail ont augmenté, ce qui pousse une part de plus en plus importante du personnel de santé à quitter son emploi. Ensuite, l'âge moyen des patients ainsi que leur besoin de soins plus complexes augmentent également (Oerlemans), ce qui se traduit par une demande croissante de personnel plus qualifié. Il en va de même pour les

changements en matière de spécialisation des infirmiers (Steenberg et Lund), l'introduction de nouveaux types de soins, l'augmentation des soins à domicile, la mise en place rapide de technologies de l'information et de la communication, l'augmentation des demandes des patients, qui souhaitent exercer un plus grand contrôle sur leurs soins et être mieux informés (Towle et Casagrande), sans oublier un rétrécissement budgétaire important (Alkema, Van Dungen, Merkel). Ces facteurs peuvent contribuer à une spirale négative et entraîner une pénurie d'infirmiers correctement formés (Beck et König).

Sans compter les perspectives de carrière inappropriées qui peuvent avoir un impact sur la rétention d'infirmiers qualifiés et expérimentés de quarante ans et plus, et éventuellement entraîner une fuite des cerveaux (Stalpers et Vermeulen, Andriukaitis) et donc des coûts supplémentaires pour les employeurs et la société. Cette mauvaise rétention a également un impact sur la qualité des soins : sur la base des données du rapport Eurobaromètre spécial, Balazs Lengyel a déclaré que la présence de personnel médical qualifié était essentielle à la fourniture de soins de santé de haute qualité.

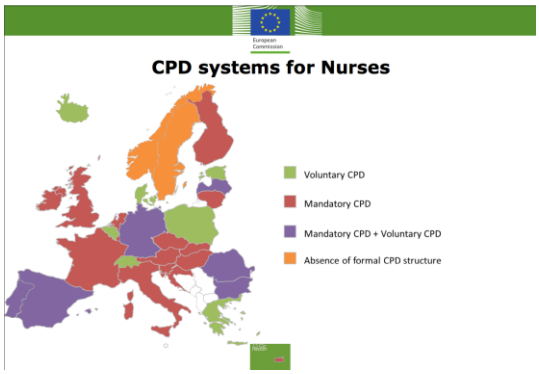
Tous ces éléments montrent que le PPC et l'apprentissage tout au long de la vie sont d'une importance capitale pour la qualité des soins ainsi que la sécurité des patients et du personnel. Les données issues de l'étude d'UNISON (Royaume-Uni) réalisée en 2016 montrent que le personnel ressent lui-même un besoin de PPC : 61 pour cent des 2 300 professionnels de la santé interrogés, notamment de soutien clinique, évaluent leurs opportunités de perfectionnement professionnel comme « inappropriées ». Les intervenants Pile et Donohue ont déclaré que les aides-soignants voulaient « être formés, reconnus et soutenus ».

Ce besoin est non seulement ressenti par les travailleurs, mais aussi soutenu par la directive 2005/36/CE, révisée par la directive 2013/55/UE (Lengyel) qui stipule que « les États membres veillent à ce que les professionnels puissent actualiser leurs connaissances, leurs aptitudes et leurs compétences ».

2.2. Thème 2 : Comment rendre le PPC efficace ?

Pour que le PPC soit organisé de façon pleinement efficace, nous devons tenir compte du fait qu'en Europe, il existe une « grande diversité d'approches et de mécanismes nationaux divergents d'une profession à l'autre » et qu'il « n'existe pas de méthode idéale d'apprentissage pour garantir une meilleure sécurité des patients et qualité des soins » (Lengyel)[1]**.** Toutefois, plusieurs causes communes ont pu être identifiées durant la conférence.

Premièrement, le cadre actuel d'obtention de crédits semble limiter l'efficacité du PPC. En effet, Grant a affirmé qu'il n'était pas justifié d'instaurer un système de récompense ou de crédits pour en renforcer l'efficacité. « Les systèmes de reconnaissance des crédits ne reconnaissent pas les modes d'apprentissage réellement efficaces.



[1]Source : EAHC/2013/Health/07. Étude relative à l'évaluation et à la cartographie du perfectionnement professionnel continu et de l'apprentissage tout au long de la vie pour les professionnels de santé au sein de l'UE.

Si vous instaurez un système d'incitation basé sur des crédits, les gens ne se comportent pas de façon appropriée. L'apprentissage est un processus, pas un événement ponctuel » (Grant).

Deuxièmement, les intervenants ont convenu que pour être pleinement efficace, la formation devait répondre aux besoins individuels des travailleurs. Ainsi, elle peut être adaptée à chaque personne dans son propre contexte professionnel. C'est pourquoi nous devons évaluer les compétences et les besoins d'apprentissage individuels afin de mettre en place un système de formation personnalisé (Van Dungen, Beck et König). Landman et Wahab ont présenté un outil d'auto-évaluation en ligne permettant de fournir un aperçu des compétences (manquantes), des ambitions et des perspectives de carrière. En outre, leur hôpital (North West Hospital, Pays-Bas) se base sur les évaluations annuelles du personnel pour adapter le PPC aux besoins individuels de chaque travailleur. Lors de ces évaluations, les responsables discutent du développement personnel et du plan de formation avec le salarié.

Troisièmement, les différences de compétences doivent être prises en compte dans l'amélioration de l'efficacité du PPC. Cela peut contribuer à la mise en place un environnement de formation permettant à l'ensemble des infirmiers d'exceller à leur propre niveau, y compris au niveau universitaire (Stalpers et Vermeulen, Steenberg-Holtzmann et Lund).

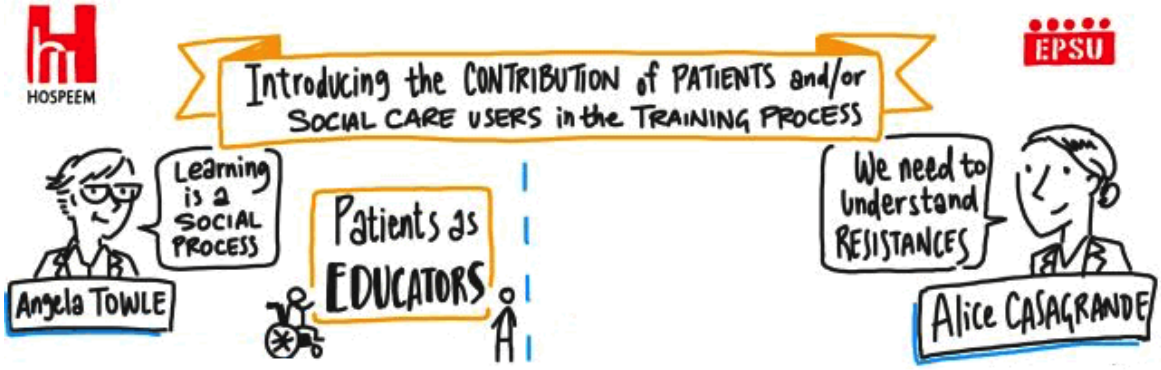
Quatrièmement, l'expérimentation de nouveaux modes d'apprentissage créatifs doit être encouragée. Les exemples suivants, obtenus aux Pays-Bas, sont issus de la session de groupe n°4. Ainsi, Overeem a présenté le concept de « gestion des ressources en personnel », exemple de formation d'équipes de soins permettant d'assurer une communication et une direction efficaces. L'apprentissage en équipes à base de scénarios et avec retour et compte-rendu vidéos s'est avéré particulièrement bénéfique et efficace. En outre, De Jong et Verwoert ont présenté le « jeu de l'évasion » en tant que nouveau mode de formation créatif. Le jeu de l'évasion consiste à enfermer une équipe dans une salle. L'objectif est de s'en échapper dans les trente minutes. Pour ce faire, l'équipe doit résoudre des puzzles, des devinettes et des énigmes correspondant à leurs besoins d'apprentissage et à leurs compétences. Si le groupe y parvient, il obtient un code lui permettant de retrouver sa liberté. Le jeu de l'évasion est un travail d'équipe. Le groupe doit réfléchir de façon critique, avec créativité et logique, tout en faisant preuve d'esprit de collaboration, de communication et d'initiative dans un délai très court. Pour accroître l'efficacité de la formation, le jeu de l'évasion est suivi d'un compte-rendu de trente minutes effectué par le formateur.

Apprentissage actif durant le jeu de l'évasion (hôpital Spaarne, Pays-Bas).

Enfin, conformément au principe de base (souvent mentionné durant la conférence) selon lequel l'apprentissage s'effectue à 70 pour cent sur le lieu de travail, à 20 pour cent lors d'échanges d'informations avec les collègues et à 10 pour cent en contexte d'apprentissage formel et explicite, Oerlemans, Johansson et Cider ont recommandé de préconiser l'apprentissage « sur le lieu de travail ». En ligne avec cette approche de la formation « sur le terrain » et « au moment du besoin », Van der Worp a présenté le concept d'un système embarqué d'aide à la performance (EPSS – *Embedded Performance Support System*), base de données néerlandaise de vidéos explicatives que les infirmiers peuvent visionner sur leur téléphone portable ou sur un ordinateur de bureau partout et à tout moment lorsqu'ils ont besoin de conseils.

2.3. Thème 3 : Participation (travailleurs et patients)

Une troisième cause commune qui s'est retrouvée dans plusieurs suggestions était d'utiliser explicitement l'avis des patients dans les formations proposées. Towle et Casagrande ont déclaré que les patients devaient jouer un rôle pédagogique actif et collaboratif en tant qu'enseignants, examinateurs, concepteurs de programmes de formation et décideurs en matière d'éducation : former *avec* les patients. Cela vaut non seulement pour la formation initiale, mais aussi pour le perfectionnement professionnel continu. L'implication des patients permet de renforcer la communication, d'instaurer des relations honnêtes et bienveillantes, de promouvoir la sécurité des patients et d'améliorer la qualité des soins.



Ce concept de « responsabilisation du patient » a également été incorporé au modèle BRIDGE danois, dans lequel les hôpitaux et les communautés collaborent et les patients participent aux activités de formation, tant en tant qu'enseignants que participants (Steenberg-Holtzmann et Lund).

2.4. Thème 4 : Coopération entre partenaires sociaux et financement du PPC

La coopération entre partenaires sociaux est également un thème important qui a été souligné dans plusieurs présentations. Selon Pile, les travailleurs et les employeurs sont à la fois des acteurs et des alliés essentiels : « le partenariat social permettra de surmonter les enjeux en matière de mise en place du PPC ». Dans le même esprit, Beck et König ont déclaré que le PPC devait toujours faire partie des négociations sociales. Lors de la session de groupe n°3, il a été expliqué qu'en Bulgarie, par exemple, les partenaires sociaux planifient et décident conjointement de la conception du PPC et le PPC fait partie intégrante d'un processus d'amélioration de la qualité des soins. De même, au Monténégro, les syndicats doivent convenir de plans en matière de PPC et ont voix au chapitre lors de leur évaluation, conformément à la législation nationale. Johansson et Cider ont présenté l'accord entre partenaires sociaux et prestataires de formation en Suède concernant les attestations de qualité des formations ainsi que la coopération entre acteurs essentiels au niveau local et régional, et ont rappelé l'importance de mettre l'accent sur la formation « sur le terrain ». Steenberg-Holtzmann et Lund ont considéré que l'implication totale des partenaires sociaux était un facteur de réussite important pour le modèle BRIDGE danois, dans lequel les hôpitaux et les communautés travaillent ensemble pour améliorer le PPC.

Concernant le financement du PPC, Oerlemans a présenté la Convention collective de travail néerlandaise pour les hôpitaux (*CAO-Ziekenhuizen*) 2015, déclarant que le PPC et l'apprentissage tout au long de la vie non obligatoires constituaient un droit pour tous les employés et que ce « droit pour tous » était financé avec un budget dédié de trois pour cent du budget salarial moyen par hôpital.
Lefebvre a partagé l'expérience belge en matière de dialogue et de négociations entre partenaires sociaux sur les budgets annuels alloués au PPC. En Belgique, le financement du PPC provient en partie des travailleurs (0,1 pour cent de leur salaire). Il est placé dans un fonds dédié au PPC conformément aux décisions des partenaires sociaux et fait donc l'objet de négociations Une grande partie du PPC provient du gouvernement et dans ce domaine, chaque hôpital détient une majeure partie de la responsabilité. Dans la partie francophone de Belgique, l'organisation paritaire « Competentia » a été fondée par les partenaires sociaux pour soutenir les établissements de santé et de protection sociale dans leur mise en place du PPC. En Flandre, le système est à peu près le même.

En Croatie, les infirmiers doivent souvent financer leur PPC eux-mêmes. Il est nécessaire d'établir une coopération entre partenaires sociaux afin de mettre en place un plan d'action conjoint sur les questions de conception du PPC, de financement, de groupes sous-représentés et de conditions d'accès au PPC.

En Lettonie, une règle stipule que les travailleurs de la santé doivent financer leur propre PPC, bien que quelques formations et programmes d'enseignement soient obligatoires. Parfois, principalement pour les médecins, le PPC peut être financé par les entreprises pharmaceutiques. Il existe un exemple de soutien commercial aux Pays-Bas, où le Groene Hart Hospital (hôpital du cœur vert) et un éditeur ont co-créé l'EPSS (une base de données en ligne dotée de vidéos didactiques).

2.5. Thème 5 : De quelles compétences avons-nous besoin ?

La réponse à la question « de quelles compétences avons-nous besoin ? » se trouve plus ou moins dans le paragraphe 2.2 du présent rapport. Étant donné que la formation ne peut être efficace qu'en répondant aux besoins individuels du travailleur, les compétences nécessaires – basées sur la formation et l'enseignement professionnels initiaux et l'expérience accumulée durant la carrière professionnelle – sont également très personnelles et doivent être évaluées en conséquence.

D'une part, Stalpers et Vermeulen ont rappelé l'importance des perspectives de carrière universitaires cliniques pour prévenir la perte de personnel qualifié (« fuite des cerveaux »). Mais, d'autre part, nous risquons de former trop d'infirmiers académiques par rapport au nombre de postes d'aides-soignants requérant des compétences pratiques auprès des patients.

Pour y remédier, le concept d'évolution de carrière horizontale peut être un élément intéressant (Beck et König). Ici, il n'est pas vraiment question de parcours de carrière verticaux (postes de direction, viser un niveau d'études spécifique, etc.), mais plutôt de développer des compétences et des connaissances spécialisées dans sa profession et/ou son emploi actuel (infirmier spécialisé dans le traitement des plaies, « ergo-coach », etc.).

De leur expérience danoise, Steenberg-Holtzmann et Lund ont présenté les compétences nécessaires à la nouvelle ère du secteur de la santé : compétences interdisciplinaires et interprofessionnelles, compétences d'implication des patients et de leurs familles, compétences techniques et informatiques, compétences communicationnelles et compétences pour assurer des soins continus entre la fourniture de soins primaires et secondaires.

2.6. Thème 6 : Groupes sous-représentés

L'une des pierres angulaires de la déclaration conjointe de l'HOSPEEM et de la FSESP est que le PPC doit être accessible à tous et à toutes les formes de contrats.

En outre, l'accent doit être mis sur les groupes sous-représentés dans les programmes de formation. Merkel a indiqué que les travailleurs âgés étaient un groupe sous-représenté et que le PPC pouvait les aider à faire face aux évolutions techniques, organisationnelles et informatiques. Mettre davantage l'accent sur le PPC pour les travailleurs âgés devrait permettre d'éviter le risque de discrimination fondée sur l'âge et d'exclusion des opportunités professionnelles.

Le personnel de soutien médical est un autre exemple de groupe sous-représenté dans les programmes de PPC. Pile et Donohue ont expliqué que de nombreux aides-soignants *souhaitaient rester à leur poste, mais que certains souhaitaient évoluer, ce que faciliterait la possibilité de gagner et d'apprendre davantage* et *que les aides-soignants souhaitaient voir leur poste valorisé, être formés, reconnus et soutenus*. Pile et Donohue ont présenté le poste « d'associé infirmier » (*nursing associate* − apprentissage de niveau cinq avec diplôme de base) comme une nouvelle opportunité professionnelle dans le domaine infirmier. Ce nouveau poste vise à développer le potentiel inexploité et à obtenir une main-d'œuvre issue d'un plus grand échantillon de communautés locales.

De manière générale, Landman et Wahab ont indiqué que les salariés travaillant en soins intensifs, aux urgences, dans les blocs opératoires et dans les services de cardiologie étaient sous-représentés dans les programmes de PPC. Afin de rendre le PPC accessible à tous, ils ont conçu la Feuille de route (*Roadmap*), soutien au PPC permettant de faire le lien entre les ambitions de l'organisation et celles de ses salariés. Grâce à cet outil, les salariés peuvent étudier leurs propres opportunités professionnelles en comparant leur emploi actuel avec un poste potentiel.

3. Enseignements à tirer

En s'appuyant sur les présentation des intervenants, les débats en séance plénière, les vidéos présentées, les post-its sur le mur de messages et les remarques finales du panel de clôture[2], on peut tirer les enseignements suivants :

- Étant donné que le PPC est un atout et non un coût, les restrictions budgétaires ne peuvent être une excuse pour ne pas explorer les modèles de financement durable du PPC.
- Financer le PPC avec un budget dédié et protégé (ex. fixer un pourcentage du budget salarial moyen par hôpital ou recourir à des fonds spécifiques) pour s'assurer que le PPC ne dépend pas des fluctuations économiques.
- Le soutien commercial peut s'avérer utile pour concevoir de nouveaux modes de PPC.
- Lorsque le PPC prend la forme d'une formation organisée hors du lieu de travail, des dispositions doivent être prises pour assurer le remplacement des personnes formées afin de limiter la charge supplémentaire pour le personnel.
- Pas de raison d'instaurer un système d'accréditation. Le résultat, mais aussi le processus d'apprentissage (plan et réflexion) doivent être reconnus en tant que crédits.
- Il est essentiel de lier la formation aux besoins personnels du travailleur. Pour garantir de bons résultats, l'apprentissage doit être sur mesure.

- Ne pas investir seulement dans les carrières verticales. Dans le secteur de la santé, il est possible de poursuivre une carrière horizontale.
- Ne pas seulement valoriser les formations professionnelles formelles, mais aussi l'apprentissage informel. Mettre l'accent sur la formation « sur le terrain ».
- Avoir l'esprit ouvert pour concevoir de nouveaux modes créatifs de PPC.
- Impliquer les patients (« responsabilisation des patients ») peut être un facteur de réussite pour le PPC.
- Les perspectives de carrière universitaires cliniques sont importantes pour prévenir la « fuite des cerveaux ». Mais, dans le même temps, nous risquons de former trop d'infirmiers académiques par rapport au nombre de postes d'aides-soignants requérant des compétences pratiques auprès des patients.
- Mettre davantage l'accent sur le PPC pour les travailleurs âgés devrait permettre d'éviter le risque de discrimination fondée sur l'âge et d'exclusion des opportunités professionnelles.
- Les formations initiales et post-initiales doivent être perçues comme un continuum de soutien au perfectionnement professionnel continu.

[2] Sabine Scheer (NVZ, Pays-Bas), Kirsi Sillanpää (Tehy, Finlande – Vice-Président FSESP CP SSS) et Alice Casagrande (FEHAP, France), modérateur : Nico Knibbe (LOCOmotion, Pays-Bas).

4. Résumé pour aller de l'avant

En se basant sur la déclaration conjointe de l'HOSPEEM et de la FSESP sur le perfectionnement professionnel continu et l'apprentissage tout au long de la vie pour tous les professionnels de la santé au sein de l'Union européenne, l'HOSPEEM et la FSESP ont organisé, avec le soutien du membre néerlandais de l'HOSPEEM *Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen* (NVZ), la conférence « Travailler ensemble, apprendre ensemble – Passer en mode apprentissage » les 19 et 20 juin 2017 à Amsterdam. L'HOSPEEM et la FSESP se sont fixés comme objectif d'approfondir leur axe thématique autour du perfectionnement professionnel continu (PPC) et de l'apprentissage tout au long de la vie.

Cette conférence a marqué une étape clé pour les partenaires sociaux sectoriels du secteur hospitalier et de la santé, l'HOSPEEM et la FSESP, concernant l'identification d'approches, d'instruments et de formats de PPC efficaces, tant pour les responsables de direction que les travailleurs.

Lors de la conférence, de nombreuses présentations et discussions ont porté sur le besoin urgent de PPC et d'apprentissage tout au long de la vie car dans un nombre croissant de pays européens, l'âge de départ effectif à la retraite a reculé, ce qui pousse une part de plus en plus importante du personnel de santé à quitter son emploi. Par conséquent, de nouveaux concepts informatiques et de soins sont introduits, les soins à domicile sont privilégiés et les exigences des patients augmentent. Sans PPC approprié, ces facteurs peuvent contribuer à une spirale négative entraînant une pénurie d'infirmiers, une baisse de la qualité des soins et une augmentation des coûts pour les employeurs et la société.

Les intervenants ont convenu que pour être pleinement efficace, la formation devait répondre aux besoins individuels des travailleurs. C'est pourquoi, sur la base des différences de compétences, nous devons évaluer les aptitudes et les besoins d'apprentissage individuels afin de mettre en place un système de formation personnalisé. L'expérimentation de nouveaux modes d'apprentissage créatifs doit être saluée et encouragée, tout en gardant à l'esprit que l'apprentissage sur le terrain est de loin le plus efficace. En outre, l'implication des patients dans la formation (« responsabilisation des patients ») est considérée comme un facteur de réussite.

La collaboration entre partenaires sociaux est nécessaire pour surmonter les enjeux en matière de mise en place du PPC. Plusieurs exemples intéressants ont été présentés, notamment en matière de financement dans les différents États membres de l'UE.

Annexe 1 : 1. Agenda, intervenants et thèmes de la conférence

19 juin 2017

12h-13h45 *Enregistrement (à côté de la salle plénière – Calla 3)*

12h30-13h30 *Déjeuner de bienvenue*

Présidente : Maryvonne Nicolle (CFDT Santé services sociaux, France/Vice-Présidente de la FSESP CP SSS)

14h-14h45

- Accueil par Tjitte Alkema (NVZ, Pays-Bas/Secrétaire général de l'HOSPEEM)

- Introduction par M. Bas van den Dungen (Directeur général de VWS, ministère de la Santé, Pays-Bas)

- Entretien en groupe modéré par Nico Knibbe :
  - M. Bas van den Dungen
  - Elise Merlijn (FNV Zorg en Welzijn, Pays-Bas)
  - Kate Ling (NHS, Royaume-Uni)

- Allocution vidéo du commissaire européen chargé de la Santé et de la Sécurité alimentaire, Vytenis Andriukaitis, DG SANTÉ

14h45-15h30 **Travailler et apprendre au sein du service**
Gestion du perfectionnement professionnel continu
Prof. Janet Grant (CenMEDIC, Royaume-Uni)

15h30-16h *Pause thé/café*

16h-16h35 **Expertise d'Heidelberg en matière d'avancement professionnel continu**
Herbert Beck (ver.di, Allemagne), Edgar Reisch (Hôpital universitaire d'Heidelberg, Allemagne) et Anja König (Hôpital universitaire d'Heidelberg, Allemagne)

16h35-17h10 **Les infirmiers se valent-ils tous ? Différences de compétences aux Pays-Bas**
Prof. Hester Vermeulen (Centre médical universitaire Radboud, Pays-Bas) et Dewi Stalpers (NVZ, Pays-Bas)

17h10-17h45 **PPC pour le personnel de soutien médical : une nouvelle opportunité professionnelle dans le domaine infirmier**
Helga Pile (UNISON, Royaume-Uni) et Sam Donohue (Healt Education England, Royaume-Uni)

20 juin 2017

8h30-9h *Café de bienvenue*

Président : Tjitte Alkema (NVZ, Pays-Bas/Secrétaire général de l'HOSPEEM)

9h-9h45 **Introduire la contribution des patients et/ou des bénéficiaires de la protection sociale dans le processus de formation**
Dr. Angela Towle (Université de la Colombie britannique, Canada) et Alice Casagrande (FEHAP, France)

9h45-10h30 **Étude de la DG SANTÉ *« Cartographier le PPC et l'apprentissage tout au long de la vie pour les professionnels de santé au sein de l'Union européenne »***
Balazs Lengyel (DG SANTÉ, Commission européenne)

10h30-11h *Pause thé/café*

11h-12h30 Quatre sessions de groupe :

1 **Différentes approches pour un PPC efficace** *(dans la salle plénière – Calla 3)*
Président : Herbert Beck (ver.di, Allemagne)

- Définition des priorités en matière de PPC et négociations des différentes branches professionnelles autour des activités/programmes de PPC dans le secteur hospitalier français
Vidéo de la CFDT et intervention de Cyrille Duch (CFDT Santé services sociaux, France)
- Développement des compétences d'une main-d'œuvre vieillissante dans les hôpitaux allemands
*Dr. Sebastian Merkel, IAT (*Institut Arbeit und Technik – *Institut pour le travail et la technologie), Gelsenkirchen, Allemagne*
- Comment collaborer entre syndicats, employeurs et prestataires de formation pour mettre en place un PPC efficace en Suède ?
Margaretha Johansson (Kommunal, Suède) et Zenita Cider (PDG du Health and Care Services College, Suède)

Langues : Anglais, français, allemand et néerlandais

2 **Collaboration interprofessionnelle et développement des**

compétences *(salle Rosa 4)*
Présidente : Kirsi Sillanpää (Tehy, Finlande/Vice-Présidente de la FSESP CP SSS)

- Le modèle BRIDGE – Programme de développement des compétences conçu pour renforcer la collaboration interprofessionnelle, le partage de connaissances et l'implication des patients et des citoyens dans l'ensemble des secteurs.
Jette Steenberg Holtzman et Winnie Lund (Centre des ressources humaines, région de la capitale du Danemark)
- Comment le PPC soutient-il la fourniture de soins par des équipes multiprofessionnelles ? Exemple en Finlande
Juhapetteri Jääskeläinen (infirmière gestionnaire adjointe, Hôpital central universitaire d'Helsinki (HUCH), Centre des grands brûlés d'Helsinki, Finlande)

Langue : Anglais

3 **Financement du PPC** *(salle Rosa 5)*
Président : Frank Tetteroo (NVZ, Pays-Bas)

- Comment le PPC est-il ou doit-il être financé ? Exemple aux Pays-Bas
Niels Oerlemans (NVZ, Pays-Bas)
- Competentia – Rôles et activités d'une organisation paritaire dans la promotion et le soutien du PPC pour les professionnels de la santé
François-Xavier Lefebvre (Competentia, Belgique)

Langue : Anglais

4 **Apprentissage innovant sur le lieu de travail** *(salle Rosa 6)*
Présidente : Sabine Scheer (NVZ, Pays-Bas)

- Gestion des ressources en personnel : exemple néerlandais de formation d'équipes de soins permettant d'assurer une communication et une direction efficaces.
Erica Overeem (Hôpital Gelre, Pays-Bas)
- Bonnes pratiques : Courtes vidéos d'instructions au moment du besoin
Jaco van der Worp (Groene Hart Hospital, Gouda, Pays-Bas)
- Apprendre à s'échapper !
Cuun de Jong et Priscilla Verwoert (pension de Spaarne, Pays-Bas)

Langue : Anglais

12h30-13h45 *Pause déjeuner*

Président : Tjitte Alkema (NVZ, Pays-Bas/Secrétaire général de l'HOSPEEM)

13h45-14h30 Compte-rendu des sessions de groupe : présentation des principaux résultats des présentations et des discussions.

Session de groupe n°1 : Différentes approches pour un PPC efficace
Rapporteur : Nina Bergman (Vårdförbundet, Suède)

Session de groupe n°2 : Collaboration interprofessionnelle et développement des compétences
Rapporteur : Malene Vestergaard Sørensen (Danish Regions, Danemark)

Session de groupe n°3 : Financement du PPC
Rapporteur : Juha Kurtti (Tehy, Finlande)

Session de groupe n°4 : Apprentissage innovant sur le lieu de travail
Rapporteur : Taija Hämäläinen (CLAE, Finlande)

14h30-15h **La « feuille de route » : Exemple néerlandais d'organisation du soutien au perfectionnement professionnel continu qui correspond aux ambitions de l'organisation et de ses salariés**
Harm Landman et Hannah Wahab (Noordwest Ziekenhuisgroep/Groupe hospitalier du Nord-Ouest, Alkmaar, Pays-Bas)

15h-15h15 *Petite pause*

15h15-16h Panel de clôture/Séance de récapitulation modérée par Nico Knibbe : présentation des enseignements à tirer et des dessins, et discussion autour de ces éléments avec les participants de la conférence.

- Sabine Scheer (NVZ, Pays-Bas)
- Kirsi Sillanpää (Tehy, Finlande − Vice-Présidente de la FSESP CP SSS)
- Alice Casagrande (FEHAP, France)

Les membres du panel seront également priés de mettre en avant un enseignement à tirer et/ou un dessin.

Appendix 2: Delegates, represented countries and their organisations

HOSPEEM	NVZ	Tjitte	Alkema	The Netherlands
EPSU	PA.SY.DY	Andronikos	Andronikou	Cyprus
EPSU	PA.SY.DY	Zoe	Antoniou	Cyprus
PSI	PSI	Baba	Aye	France
HOSPEEM	HOSPEEM Secretariat	Céline	Barlet	Belgium
EPSU	Ver.di	Herbert	Beck	Germany
EPSU	EPSU Secretariat	Sarrah	Bentahar	Belgium
HOSPEEM	Spekter	Trond	Bergene	Norway
EPSU	Vårdförbundet	Nina	Bergman	Sweden
EPSU	HSSMS-MT	Marija	Berislavic	Croatia
HOSPEEM	ARAN	Marta	Branca	Italy
EPSU	Trade union of health and social care of Czech Republic	Ivana	Břeňková	Czech Republic
Other	Dutch Ministry of Health	Gert	Buisman	The Netherlands
HOSPEEM	FEHAP	Alice	Casagrande	France
HOSPEEM	Kempenhaeghe - NVZ	Marlene	Chatrou	The Netherlands
Other	VO-Health and Care Services College	Zenita	Cider	Sweden
EPSU	NNO	Tore	Dahlstrøm	Norway
HOSPEEM	NVZ	Jeannette	De Graauw	The Netherlands
Other	Spaarne Gasthuis	Helene	De Groot	The Netherlands
Other	Sophia Revalidatie	Mascha	De Haan	The Netherlands
Other	Spaarne Gasthuis	Cuun	De Jong	The Netherlands
EPSU	NU'91	Rolf	De Wilde	The Netherlands

HOSPEEM	HSE	John	Delamere	Ireland
EPSU	CGSP-ACOD	Muriel	Di Martinelli	Belgium
Other	StAZ	Mieke	Dinjens	The Netherlands
Other	Health Education England	Samantha	Donohue	United Kingdom
EPSU	CFDT Santé Sociaux	Cyrille	Duch	France
EPSU	SPS-FO	André	Falba	France
HOSPEEM	HOSPEEM Secretariat	Sara	Fasoli	Belgium
Other	Stichting ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen	Beatrice	Fest	The Netherlands
EPSU	SIPTU	Kevin	Figgis	Ireland
EPSU	CNE (CSC)	Marie-Agnès	Gilot	France
Other	CenMEDIC	Janet	Grant	United Kingdom
EPSU	Kommunal	Yvonne	Gräsman	Sweden
HOSPEEM	Lithuanian national association of health care organizations	Sigitas	Griskonis	Lithuania
HOSPEEM	National Union of Private Hospitals	Krasimir Dimitrov	Grudev	Bulgaria
Other	StAZ	Femke	Haenen	The Netherlands
EPSU	EPSU	Julian	Hale	Belgium
HOSPEEM	CLAE	Taija	Hämäläinen	Finland
EPSU	NUMGE	Signe	Hananger	Norway
HOSPEEM	Spekter	Björn	Henriksen	Norway
Other	Groene Hart Ziekenhuis	Conny	Hes	The Netherlands
EPSU	Ver.di	Marek	Hintsches	Germany
Other	Helsinki University Central Hospital HUCH, Helsinki Burn Centre	Juhapetteri	Jaaskelainen	Finland

EPSU	Kommunal	Margaretha	Johansson	Sweden
EPSU	LSADPS	Dalia	Juskeviciene	Lithuania
EPSU	The Finnish Union of Practical Nurses	Leena	Kaasinen	Finland
HOSPEEM	Latvian Hospital Association	Jevgenijs	Kalejs	Latvia
HOSPEEM	CLAE	Johanna	Karlström	Finland
Other	Westfriesgasthuis	Pieter	Kievit	The Netherlands
EPSU	Vida	Valérie	Kihr	Austria
Other	LOCOmotion	Nico	Knibbe	The Netherlands
EPSU	FTU – HS	Ivan	Kokalov	Bulgaria
HOSPEEM	Estonian Hospitals Association	Märt	Kõlli	Estonia
Other	Akademie für Gesundheitsberufe Universitätsklinik Heidelberg	Anja	König	Germany
EPSU	Tehy	Juha	Kurtti	Finland
Other	North West Hospital Group	Harm	Landman	The Netherlands
EPSU	APEF asbl	François-Xavier	Lefebvre	Belgium
EPSU	JHL	Veikko	Lehtonen	Finland
Other	European Commission – DG SANTE	Balazs	Lengyel	Belgium
HOSPEEM	NHS	Kate	Ling	United Kingdom
EPSU	OSZSP ČR	Francl	Lubomir	Czech Republic
Other	The Capital Region of Denmark, Centre for Human Resources	Winnie	Lund	Denmark
Other	Visuality	Christopher	Malapitan	Belgium
EPSU	EPSU Secretariat	Mathias	Maucher	Belgium
Other	Institut für Arbeit und Technik (IAB)	Sebastian	Merkel	Germany
EPSU	FNV Zorg en Welzijn	Elise	Merlijn	Netherlands
Other	StAZ	Niels	Mooij	The Netherlands

Other	StAZ	Hedwig	Neefs	The Netherlands
EPSU	CFDT Santé Sociaux	Maryvonne	Nicolle	France
EPSU	The Finnish Union of Practical Nurses	Arja	Niittynen	Finland
HOSPEEM	NVZ	Niels	Oerlemans	The Netherlands
Other	Gelre Hospitals	Erica	Overeem	The Netherlands
EPSU	TUPHWB	Hanna	Padrez	Belarus
EPSU	Sindikat Zdravstva Crne Gore (SZCG)	Vladimir	Pavicevic	Montenegro
EPSU	UNISON	Helga	Pile	United Kingdom
EPSU	YOUNION	Karl	Preterebner	Austria
EPSU	LSADPS	Brigita	Rasimaite	Lithuania
Other	Universitätsklinik Heidelberg	Edgar	Reisch	Germany
HOSPEEM	NVZ	Sabine	Scheer	The Netherlands
EPSU	Ver.di	Brigitte	Schero	Germany
EPSU	Ver.di	Rudolf	Schoen	Germany
EPSU	FNV Zorg en Welzijn	Jan	Schriefer	The Netherlands
EPSU	Tehy	Kirsi	Sillanpää	Finland
EPSU	RCM	Jonathan	Skewes	UK
HOSPEEM	HOSPEEM Secretariat	Emilie	Sourdoire	Belgium
HOSPEEM	NVZ	Dewi	Stalpers	The Netherlands
Other	The Capital Region of Denmark, Centre for Human Resources	Jette	Steenberg Holtzmann	Denmark
EPSU	Vida	Willibald	Steinkellner	Austria
HOSPEEM	NVZ	Frank	Tetteroo	The Netherlands

HOSPEEM	NFU	Monica	Teuns	The Netherlands
HOSPEEM	FEHAP	Laetitia	Tibourtine	France
Other	University of British Columbia	Angela	Towle	Canada
EPSU	NUMGE	Raymond	Turoy	Norway
Other	Dutch Ministry of Health	Bas	Van den Dungen	The Netherlands
Other	Groene Hart Hospital, Gouda	Jacco	Van der Worp	The Netherlands
HOSPEEM	NVZ	Marileen	Van Horne	The Netherlands
Other	Bernhoven B.V.	S.	Van Roosmalen	The Netherlands
Other	Noordwest Ziekenhuisgroep Alkmaar	E.	Van Soelen	The Netherlands
Other	CNV	Joost	Veldt	The Netherlands
HOSPEEM	IQ healthcare Radboudumc	Hester	Vermeulen	The Netherlands
Other	Spaarne Gasthuis	Priscilla	Verwoert	The Netherlands
HOSPEEM	Danish Regions	Malene	Vestergaard Sørensen	Denmark
Other	Spaarne Gasthuis	Marianne	Voskamp	The Netherlands
Other	North West Hospital Group	Hanna	Wahab	The Netherlands

Appendix 3: Abstracts of the presentations

Working and learning in the service
Managing continuing professional development
Prof. Janet Grant (CenMEDIC, UK)

This presentation will analyse the purposes of continuing professional development (CPD) and ask how we can design an approach that delivers all the intended benefits and recognises evidence about the effectiveness of learning at this level, as well as acknowledging the need for professional transparency and accountability. The current credit-collecting framework is limited in its effectiveness, and in its integration with both healthcare service and personal interests. Learning is a process, not an event. An approach to planning and recognising that process will be described, based on what is known about how doctors actually identify their learning needs, learn, and return that learning to practice. An example of such process in current practice will be given. Reference: Grant, Janet [2012] *The Good CPD Guide*. 2nd edition. Taylor and Francis, London.

'A nurse is a nurse is a nurse?' Skills level differentiation in the Netherlands
Prof. Hester Vermeulen (Radboud UMC, The Netherlands) and Dr. Dewi Stalpers (Dutch Hospital Association, The Netherlands)

In this joined presentation, prof. Hester Vermeulen (Radboud UMC) and dr. Dewi Stalpers (Dutch Hospital Association) address the subject of nurses' skills level differentiation in the Netherlands.

First, an overview of the Dutch health care workforce will be given in which it is shown that nurses are the largest group of health care professionals. Various national reports and international scientific studies emphasize the importance of adequate skill-mix in relation to the quality of nursing care. Topics such as good positioning of nurses with different competencies and educational levels and efficient deployment of staff are relevant in this context.

The most recent development in the Dutch health care system involving nurses, is the proposed amendment of law: from one level of registered nurses to two levels of nurses, namely Vocational level nurses (EQF 4) and Bachelor level nurses (EQF 6). To anticipate on this enormous transition of approximately 180.000 overall of which 80.000 nurses working in hospitals, the Quality Impulse Hospital Personnel (KiPZ) is made available by the Dutch Hospital Association in collaboration with the Ministry of Health, Welfare and Sports. From this subsidy, hospitals can invest in continuous professional development (CPD) of their staff, for example by E-Health and upgrading educational levels.

In the context of retention and retaining of the nursing workforce, it is necessary to look at the roles and opportunities for nurses of all kinds of educational levels, including Masters and PhDs. Therefore, clinical academic career pathways are important. Skills level differentiation in itself is not the goal, but it can be used as a mean to create efficient nursing teams, high performing organisations and optimal patient outcomes.

Career pathways and opportunities for development into higher-skilled roles.
Helga Pile (UNISON, UK) and Sam Donohue (Health Education England, UK)

This presentation will consider the CPD needs of healthcare support workers looking at the development in England of the nursing associate role, a new career opportunity in nursing. There is strong demand from support workers for professional development into higher-skilled roles. The nursing associate role seeks to develop this untapped potential and achieve a workforce drawn from a wider cross-section of local communities. The presenters will reflect on the experience of partnership working between government agency and trade unions, and will outline some of the issues emerging from the test site programme.

Introducing the contribution of patients and / or social care users in the training process

Angela Towle (University of British Columbia, Canada)

Drawing on personal experience at the University of British Columbia in Canada, personal involvement in international initiatives, and the literature, this presentation will address the following questions: what do we mean by patient involvement in CPD? Why involve patients and what are the benefits? What are some examples of patient involvement in CPD? The presentation will briefly describe a wide range of educational initiatives in which patients and service users can enhance CPD, and some lessons learned.

Alice Casagrande (FEHAP, France)

Believing in patient involvement in CPD is one thing, implementing it is another. After hearing about international initiatives and literature, this presentation will explain the way a small task force initiated by the Fehap with a series or partners tried to move from ideas – and ideals – to concrete realization. From the practical difficulties and various resistances and criticisms that the group encountered, a series of lessons can be learned, concerning the way to help patient and social care service users' expertise and knowledge be fully recognized by all parties.

Competence development of an aging workforce German hospitals.
Dr. Sebastian Merkel (IAT, Gelsenkirchen, Germany)

Currently, the health and social care sector is facing multiple challenges: a rising demand for workers, a high share of older workers, challenging working conditions, the digitalization, to name a few. The demand for longer working careers has become widespread in modern societies, as growing life expectancy increases economic pressures for sustainable approaches to the work life participation of older employees. To deal with these challenges, age management offers promising measures. Within the European project EXTEND (Social inequalities in extending working lives of an ageing workforce) case studies are conducted in several organisations (hospitals, in-patient and out-patient care) in which such measures are analyzed.

Cross-sectoral development of skills and qualifications in Denmark – the BRO project.
Winnie Lund Jette and Steenberg Holtzman (Center for human resources, Capital Region of Denmark)

Background
Patients and citizens are faced with challenges in relation to obtaining seamless care. The health care professionals have been educated in and often work in separate institutions and the organizational structures are not designed to overcome these challenges.

Objectives
Enhanced patient involvement, relational coordination and leadership engagement.
Improved quality of care and creating seamless patient pathways for the elderly patients.

Methods
The target groups are health care professionals across primary and secondary settings. The BRIDGE model is a joint venture between a hospital and the communities of the uptake area. During 2013 – 2016 six processes have been established with the participation of six hospitals, 15 municipalities, 200 health care professionals, more than 100 leaders and over 50 users of the health service.

The BRIDGE model consists of several central activities. Local key stakeholders are identified and function as a planning committee. This committee engages with leadership teams to ensure engagement and involvement. A Kick Off is held followed by three education sessions of two - three days. The participants create a specific collaboration activity designed to enhance seamless care across the settings. This is followed by presentation for leaders and patients and lastly three knowledge seminars are held to ensure sustainability. This process takes 4 – 6 months.

Results
The BRIDGE model has been evaluated within the theoretical frame of Program Theory. The results show that participants have enhanced knowledge and actions regarding

patient involvement, coordination and communication across primary and secondary sector. The relational coordination has increased and the participants have gained mutual respect, shared knowledge and shared objectives.

Implications
The BRIDGE model has been used within the somatic elderly patient pathways, but the results indicate that it can be transferred into other pathways characterized by complexity, a need for seamless care and multiple health care professionals.

How does CPD support multi-professional team-based care? An example from Finland.
Juhapetteri Jääskeläinen (Master of Health Care, Deputy Nurse Manager, Helsinki Burn Center, Finland)

Trauma is a leading death cause in western countries for working age people. EuroSafe estimates in their 2013 published report (Injuries in the European Union) that over 230 000 people die every year due to injuries sustained in accidents and violent acts. Also they estimate that approximately 5,7 million people are admitted to hospital and 33,9 million treated as hospital outpatients. Typical Finnish major trauma patient is middle aged man, who has been injured in traffic or work-related accident.

At the beginning of millennia Töölö hospital was in a new situation due to organizational changes. Patient flows were increasing as the resources were not. There is a lot of history in treating major trauma patients in Töölö hospital, but problems started to manifest in new situation. There was too much variation in practices and in quality of the treatment according to time of the day and month and according to who was on shift. This was deemed unacceptable and lot of practices were changed in aim to provide high quality treatment of trauma patients 24 / 7 / 365.

One of the projects was the implementation of the Traumaprotocol and Traumateam. Traumateam is a multi-professional team, that works simultaneously on different tasks in the vital resuscitation of the trauma patient in hospital emergency room. According to studies Traumateam approach improves mortality and allows tasks to be completed in shorter time. In overall trauma teams all over the world have had a fundamental impact on trauma patients' outcomes. Traumaprotocol is the handbook for the team – it defines the roles of different members and how the patient is to be treated.

In Töölö hospital CPD is vital for fluent teamwork and it consists of several different parts. It has grown to be vital part of Töölö hospital culture and has taken several years to evolve and the work of many dedicated professionals.

All new staff are given personal orientation according to their former experience, this can take weeks, months or years. Nursing staff are given a personal mentor that helps the novice nurse to accumulate needed information and skills. A lot of learning happened while doing day-to-day-work. The usually slow morning time in the ER is used to teach

small-groups of nurses. This training covers for example systematic evaluation of the trauma patient (A B C D E), different procedures, non-technical skills, communication and multi-casualty-incidents.

Töölö hospital emergency room has training days twice a year and the aim is that all the personnel are able to participate in to them. These day contain lectures, small-group teachings and different kind of exercises. More advanced nurses and doctors take part in single- and multi-professional conferences. These have participants from all over Finland and usually contain lectures and different workshops. The most experienced nurses and doctors take part in national and international trauma courses like European Trauma Course.

The trauma team practices in full scale simulations that are organized monthly or more frequently. In these the whole team treats a simulated patient in realistic, real-life conditions. These practices are mandatory for all personnel before they are assigned to real trauma team actications. In simulations the team practices communication and other essential non-technical skills, but also different technical skills.

Good education and learning demands also feedback. This is provided in debriefing and trauma meetings. If possible, after the patient has been transferred from the ER the team regroups to have a debriefing about the case. The aim of the debriefing is to compare different perspectives about what was done: what was done right and what could've been done better. Also this is a good way to resolve issues if there were any conflicts between personnel. Trauma meetings are organized monthly and they are intended for all personnel that have treated the patient in different time of the patient care in hospital. In these multi-ward, multi-professional meetings a patient case is given retrospective analysis and different key-decisions are discussed in aim to learn.

How is, or should, CPD be financed?
Niels Oerlemans (NVZ, The Netherlands)

The Dutch hospitals branch is to invest an extra half a billion euros in the quality of its staff over the next four years. Furthermore, they plan to this this in a particularly creative fashion, with a measure that limited certain working conditions being turned partially into a subsidy for strategic staff training. Strategic training is currently on every hospital agenda. 'In that respect, the Netherlands is completely unique in Europe. I've noticed this trend, for example, in the contacts I have as Secretary General of HOSPEEM, and during the European meeting of healthcare employers and employees', says Tjitte Alkema, Labour & Training Manager at the Dutch Hospitals Association (NVZ).

Future-proof health care
'Since the KIPZ (Dutch Hospital Staff Quality Boost) subsidy scheme was introduced over a year ago, we have seen hospitals put their strategic training policies into practice and invest in the qualifications of their hospital staff. The aim, both now and in the future, is also to continue providing health care that is safe, reliable and high quality.' Earlier this year, health care in the Netherlands was again rated highest in Europe, and we want to continue providing that level of care. The Netherlands sets an example for other European countries with the way it stimulates strategic staff training. We have noticed that a great deal of attention is being given everywhere to the hospital care that will be needed in 2020. The way we are dealing with this issue and further developing it is attracting international attention', Alkema explained.

More complex health care demands more of hospital staff
The NVZ manager added that health care is going to change both drastically and rapidly over the next few years. 'People are living longer and have increasingly serious and often multiple disorders. These are disorders that until recently were often fatal, but can now be treated and thus become chronic. Medical technological possibilities are also increasing, while at the same time policy dictates that patients stay at home for as long as possible, as is often the patient's wish too. This means that as time goes on, hospitals will accommodate primarily those who require intensive and complex care. All these developments will make new and greater demands on health care and hospital staff.'' The challenge for hospitals is to incorporate these developments into the care that will need to be provided in 2020, care in which the patient will be the main focus. Hospitals are therefore once again placing their processes, and the care they offer, under close scrutiny, asking themselves the following: Are we focusing on the right patient groups? Are we offering them the services they need? Are we working efficiently? Is extensive cooperation needed within the health care chain in order to remain successful? These questions in turn lead to talent management questions: What kind of staff will we need in the future, what should they be able to do and how can we keep them employable? Furthermore: who do we have at present and what should we be offering them?
We have also noticed that 'staff expertise' is an important core concept in the visions, missions and strategies set out by hospitals. The KIPZ has helped to ensure that the course of direction hospitals plan to take now also considers current and target situations with respect to strategic staff training policies.'

Strategic training plan
In order to be eligible for the subsidy, hospitals had to draw up a strategic training plan in 2014. These focused on question such as: What qualifications must staff have? What level of training is required of them? They were also asked to provide an annual report on the activities carried out as part of the plan and in order to achieve the set goals. Alkema regards KIPZ thus as a relatively unregulated subsidy; it does not impose further high administration costs on hospitals.

The NVZ supports hospitals with the KIPZ subsidy and with the realisation of their strategic training plans. Alkema: 'We have set up a separate project organisation and, as a trade association, we offer our members tailor-made activities. These are widely appreciated, particularly as it appears to be difficult for many hospitals to incorporate this subject into their organisational objectives as strategic plans. This is partly due to the fact that staff systems often lack the essential information needed to analyse current staff situations. Moreover, many hospitals find it extremely difficult to plan further ahead than a year due to the many changes in health care. They have indeed been operating in a highly dynamic and unstable environment over the past few years.'

Training interventions for staff
'For many hospitals, the quality and safety of health care, leadership and client friendliness are important starting points with respect to training interventions for staff. Many hospitals regard nurses as a crucial group of staff when it comes to the quality and safety of health care. Studies including the European RN4Cast1 study show that strategic choices regarding the utilisation and qualifications of nursing staff can determine patients' health outcomes. Hospitals therefore analyse the optimum way to utilise nursing staff with a particular level of qualification. This is carried out using applied research on pilot wards, for example. Furthermore, several members of the NVZ, in collaboration with RAET and affiliated parties, have made it their business to ensure that hospitals are able to analyse their nursing staff data. Once hospitals know what kind of talent they currently have at their disposal, they can also steer the future towards the desired direction.

Leadership
Leadership is also an important theme in many of the plans, according to Alkema. 'The KIPZ ensures that hospitals develop a vision on the leadership style needed in their organisation. This can be interpreted as: What do we need from our managers and what do they need in order to fulfil their task so that organisational objectives are realised? This means more than knowledge and expertise alone. It is also about the desired organisational culture and the educational climate.'
'In 2014, hospitals made a great start with talent management by drawing up a strategic training plan. The next step is to evaluate all of that talent in the organisation. It is, of course, then important to work towards optimum utilisation of all that talent. This has dual benefits. The institution will be able to meet health care demands in 2020, and staff will be able to make the best possible use of their talents!'

Competentia – Roles and activities of a paritarian organisation to promote and support CPD for care workers
François Xavier Lefebvre (Competentia, Belgium)

My presentation will show how a transversal perspective of skills, developed through social and care sectors can have a positive impact on LLL.

Competentia is a project aiming at setting up ready-made tools for skills 'management.

The project is sustained by Funds but also Regional authorities.

Crew Resource Management: a Dutch example of building health care teams focusing on effective communication and leadership.
Erica Overeem (Gelre Hospital, The Netherlands)

There are many ways of learning: in the classroom, digital, in groups, at the work floor, etc. To work safely in a hospital it is important to pay attention at the functioning and learning of teams of doctors and nurses. This is called: Crew Resource Management. CRM is developed in the aviation. The disaster with a plane in Tenerife made clear that communication, situational awareness and specially the openness to ask every question or share every doubt one can have around decisions that are made, is fundamental to work safely. The parallel to health care is obvious. Gelre hospitals have developed a program of training teams in these non-technical skills. Learning from scenarios in a team with video feedback and debriefing have turned out to be very strong and effective. Nurses and doctors feel more equipped and secure about how to behave and work together in acute and stressful situations.

Good practice: Short video instructions at the moment of need
Jaco van der Worp (Groene Hart Hospital, Gouda, The Netherlands)

Landsteiner Institute needed a way to provide its hospital staff timely and practical training as they perform their daily tasks. We work several years with formal training, but we missed performance support for workplace learning to use additional to the formal training.

We now provide short on-demand video instructions at the moment of need, we call it EPSS: embedded performance support system. For the nurses we use the name 'asQme'. The library of instructional videos is easy to access. In this presentation we will share how we use video to support just-in-time learning.

We will present a few best practice examples from the Green Heart Hospital how we support nurses when they work with medical devices they don't use every day. Subject matter experts make their own user generated video's, nurses can open these video's with their mobile phone or on a desktop computer. With Performance Support we also support our cardiac care nurses who can be called to action in the weekend. With the short instruction video's they are able to learn at the moment of need.

In this co-creation project with the publisher Noordhoff, we developed a performance support system and a Dutch healthcare video catalog. Noordhoff has the tools, the Green Heart Hospital does the testing and implementation at the workplace. By doing this, we hope to save time and money and improve learning outcomes and quality of care.

Good practice Spaarne Hospital (NL): Escape room seduces to learn about safety
Cuun de Jong and Priscilla Verwoert (Spaarne gasthuis, The Netherlands)

In the Netherlands, the national patient safety week is organized once a year. Looking for an innovative way to create more awareness on the patient safety theme in the Dutch Spaarne Gasthuis, a large teaching hospital, we developed The (learning through) escape room.

An escape room is a game where you get locked up together with colleagues. The group has to escape from this room within 30 minutes. For this, they have to solve puzzles, riddles and mysteries. If the group succeeds, they will find a code to regain freedom.

The escape room is a real team effort. The team has to think critically, creative and logical and also needs to collaborate, communicate and show leadership under serious time pressure. To increase the learning efficiency the escape room experience is followed by a 30-minute debriefing. The debriefing is led by an observer who asks reflective questions. If desired the participants received individual recommendations for further learning concerning safety issues.

The escape room was available during the whole patient safety week for all Spaarne Gasthuis employees. Due to its success it's still in business.

In this breakout session we will take you along in the development of the escape room, the experiences and the lessons learned.

The Roadmap: A Dutch example of organizing support for Continuous Professional Development that fits within the ambitions of the organization and its employees
Harm Landman and Hannah Wahab (Noordwest Ziekenhuisgroep/North West Hospital Group, Alkmaar, The Netherlands)

In 2015, the HR department of the Noordwest Hospital Group (Noordwest) identified three policy areas which it wanted to improve on: the strategic workforce planning, annual appraisals and mobility & employability. These goals were set out in its 2015 policy plan, aimed at substantive improvements and greater internal cohesion in order to contribute to:

- The Noordwest strategic vision, mission and core values, by securing and continuously improving professionalism and professional conduct, now as well as in the future.
- Better organizational results by having the right amount of employees with a right male/female ratio, in the right place at the right time.

- The alignment of the ambitions of the organization with that of its employee's, by facilitating and stimulating internal mobility of employees in alignment with organizational developments.
- Sustainable employability (vitality) of employees.
- The involvement of all employees.

In Progressional People we found a good partner to address these policy ambitions throughout the organisation. Their approach was to expand the organisational vision on these subjects and set-up an application to facilitate the policy ambitions and provide coherence. The following steps were taken:

1. A digitized job classification system with which functions can be created, adapted and developed. In addition, employees can investigate their own career opportunities by comparing their current job with a job they aspire to; displaying the differences in activities, knowledge and skills. The digital job description also serves to evaluate work performance.
2. By mapping both national and regional job demands together with demographic and organizational data, the strategic workforce planning was given an impulse. It made clear which target groups (functions) the organisation had to focus on in the coming years and what skills employees needed to develop. Important target groups for Noordwest include post-initial education programs for nurses, Hbo[3]-qualified nurses and employees whose job will change due to further digitization.
3. A new approach to the annual appraisals was developed, whereby the employee's role is considerably larger. Individual competences are added and the personal ambitions of the employees are discussed explicitly in relation to the developments of the organisation. Thereby encouraging the mobility and employability of employees.
4. The implementation of an employee portal was the fourth step. Employees can use this portal to envision their career opportunities and ambitions. Based on a personal profile, the application displays possible career opportunities for the employees. Also the available professions / vacancies in the region and befitting education and training are displayed.

The development, preparation and implementation of this project at Noordwest was taken up by managers and employees alike, in workgroups as well as in advisory groups. The training of managers and employees is now part of the implementation of the new annual appraisals. During the project feedback is collected (often positive and also critical) contributing to the continuous improvement of the project.

[3] Higher vocational education

Annexe 4 : Publications sur le mur de messages

Durant la conférence, les délégués ont été encouragés à écrire des messages sur des post-its et à les coller sur un mur dédié dans la salle de conférence. En tout, 52 messages ont été accrochés à ce mur. Ils ont été écrits en anglais, en français, en allemand et en néerlandais, et sont présentés ci-dessous en anglais.

« Étant donné le recul de l'âge de la retraite et le vieillissement des aides-soignants, il faut encourager les formations et les fonctions professionnelles permettant aux travailleurs de se reconvertir dans le secteur de la santé. »

« Le PPC et l'apprentissage tout au long de la vie contribuent à un recrutement et à une rétention améliorés et plus efficaces du personnel de santé. »

« Les investissements dans l'apprentissage formel et informel sont importants. Tant maintenant qu'à l'avenir. »

« Les programmes de PPC sont très importants, il faut trouver des ressources pour permettre au personnel d'y participer. »

« PPC ET APPRENTISSAGE TOUT AU LONG DE LA VIE POUR TOUS LES TRAVAILLEURS. »

« L'investissement dans le PPC/l'apprentissage tout au long de la vie doit être effectué indépendamment de la conjoncture économique. »

« La formation est un atout, pas un coût. »

« Le PPC doit faire partie d'une planification stratégique du personnel. Investir dans l'avenir. Utiliser les connaissances disponibles sur plusieurs générations. »

« Les personnes aux parcours professionnels tumultueux ont besoin d'une culture d'apprentissage sur le lieu de travail. Les organisations sont elles aussi des environnements d'apprentissage. »

« Les infirmiers ont besoin de PPC car ils sont soumis à un nombre croissant d'obligations. Le PPC peut les aider à accroître leur satisfaction au travail, à bénéficier d'augmentations de salaire et à prévenir toute surcharge de travail. »

« La communication entre professionnels de la santé est très importante car un grand nombre d'erreurs de gestion des patients découlent d'un manque d'informations. »

« Nous devons travailler ensemble, nous former ensemble et partager nos connaissances. »

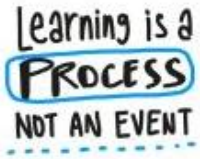
« La collaboration interprofessionnelle et le développement des compétences sont essentiels à la prise en charge de personnes âgées vulnérables. Il est important de faire preuve de capacités à diriger (soutien à la gestion). »

« Le PPC et l'apprentissage tout au long de la vie seront récompensés. Investissement dans les travailleurs => investissement dans de meilleurs soins => réduction des problèmes »

« Pas de raison d'instaurer un système d'accréditation. »

« PPC = étude = PAS SEULEMENT UNE OBTENTION DE CRÉDITS »

« Le résultat, mais aussi le processus d'apprentissage (plan et réflexion) doivent être reconnus en tant que crédits. »



« L'apprentissage est un processus, pas un événement ponctuel. »

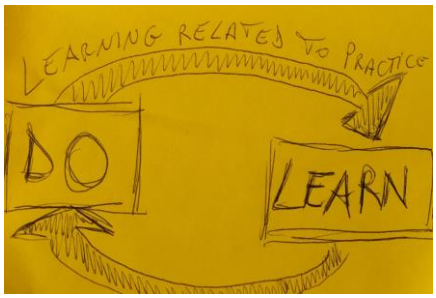
« L'apprentissage est un processus, pas un événement ponctuel ! Pas seulement une obtention de crédits. Le PPC doit être pertinent. »

« Utiliser des crédits qui reconnaissent le processus d'apprentissage plutôt que des événements isolés. »

« L'apprentissage est un processus continu. »

« Depuis sa naissance, l'être humain se forme par apprentissage empirique. Il est formé par ses parents, par le système d'éducation nationale, puis par l'école de la vie. L'apprentissage tout au long de la vie doit être un continuum. »

« La formation n'est pas le seul moyen d'accroître les connaissances. »



« Le PPC ne doit pas entraîner une charge supplémentaire pour les professionnels de la santé. »

« Meilleure utilisation des ressources ! Se servir de toutes les connaissances et compétences existantes. »

« Mettre en avant les rôles du travail en équipes interprofessionnelles permettant d'améliorer le PPC. Aucun secteur professionnel de la santé ne peut travailler seul. »

« Ne pas investir seulement dans les carrières verticales. Dans le secteur de la santé, il existe de très bonnes opportunités de carrière horizontale. Par exemple en tant que spécialiste du traitement des plaies ou ergo-coach. »

« Les modèles de PPC réussis sont conçus de façon participative en se basant non seulement sur l'expertise des conseils et des comités, mais aussi en impliquant les patients. »

« En formation, il faut trouver le bon équilibre entre besoins individuels, besoins de l'organisation et motivation. »

« Valoriser non seulement la formation professionnelle, mais aussi l'apprentissage informel. Permettre aux travailleurs de mettre en pratique et de partager ce qu'ils ont appris. »

« Besoin d'avoir l'esprit ouvert pour concevoir des modes de PPC créatifs. Oser tester de nouvelles choses. »

« La formation doit être pertinente et amusante. »

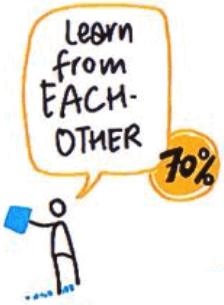
« Il est essentiel de lier la formation aux besoins personnels du travailleur. Les programmes/formats de PPC doivent évoluer au fil des changements dans le monde du travail (technologies modernes, numérisations, etc.). »

« Il est important de promouvoir et d'apporter une valeur ajoutée à la formation, y compris via des modes de formation informelle. Les travailleurs doivent avoir la possibilité de mettre en pratique et de partager ce qu'ils ont appris. Besoin d'ouverture d'esprit (créativité, tenter de nouvelles choses). »

« Tout le monde est différent. Pour garantir de bons résultats, l'apprentissage doit être sur mesure. »

« Il est évident/logique que le PPC doive être personnalisé/adapté aux besoins individuels du travailleur. Nous devons mettre en place un cercle vertueux et oser changer de point de vue sur le PPC et l'apprentissage tout au long de la vie. Possibles points de départ :

- *Hôpital/Entreprise*
- *Niveau sectoriel*
- *Niveau national. »*



« On apprend le plus de ses collègues (70/20/10). »

« Nouveaux modes d'apprentissage, jeux. L'apprentissage peut être amusant. Le jeu de l'évasion en est un exemple. »
« PPC adapté à une approche médicale personnalisée – à développer ! »

« Collaboration interprofessionnelle et développement des compétences. »

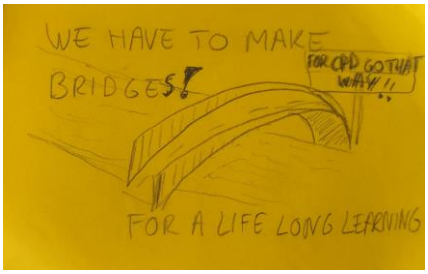
« Il est essentiel d'impliquer la direction dès le début pour assurer la réussite d'un projet. »

« Apprentissage en ligne et autres PPC doivent aussi être fournis à temps. En raison des pénuries de salariés, il n'y a pas de temps durant les horaires de travail. Donc les infirmiers, qui sont déjà épuisés par leur travail, doivent se former durant leur temps libre. Le temps de formation devrait être prévu dans leur planning de travail. »

« Dans les hôpitaux, les bons infirmiers ne sont pas ceux qui détiennent un master ou un doctorat. Les bons infirmiers peuvent se baser sur leurs connaissances et leurs connaissances pratiques. »

« La santé <u>pour</u> les personnes ou la santé <u>avec</u> les personnes ! Comment les travailleurs peuvent-ils utiliser ce que les patients leur disent ? »

« Le PPC est une chose, mais nous avons à peine évoqué l'apprentissage tout au long de la vie. En raison du recul de l'âge de la retraite. Donc beaucoup d'infirmiers ne pourront pas continuer ce travail difficile. L'apprentissage tout au long de la vie devrait les aider à trouver un autre emploi. »



« L'HOSPEEM pour toujours parce que nous voulons partager pour de meilleurs soins. »

« Les travailleurs de la santé peuvent-ils être contraints de suivre des cours de PPC ? Pourquoi pas ? Tant que le PPC est présenté/proposé de façon positive/encourageante, c'est OK, à condition que cela soit fait dans le but de fournir des incitations. Nous devons également introduire les formats/programmes de PPC dans les conseils de travail et avoir affaire à des employeurs participatifs. »

« Attention, les évolutions techniques et la numérisation ne se produisent pas en deux semaines. Anticiper l'avenir et proposer des formations appropriées et à jour. »

« Les formations doivent être financées exclusivement par l'employeur. L'employeur doit faire attention aux travailleurs et les écouter pour adapter le perfectionnement professionnel continu à leurs besoins. Les formations doivent être utiles sur le terrain pour donner aux travailleurs une certaine forme de reconnaissance. »

« Besoin de coordination et de collaboration avec les institutions publiques/le gouvernement pour obtenir un financement durable du PPC. Les bons modèles de financement sont le financement dédié et le financement anticyclique basé sur des budgets sûrs pour une planification stratégique du PPC/des plans de PPC (formats, groupes, conception). »

« Il faut beaucoup de courage pour les grands changements. »

« L'implication des patients est notre défi de formation des professionnels. Être inspirant est la meilleure pratique. »

« Après ces deux jours, qu'allons-nous faire concrètement ? Quelles mesures concrètes pouvons-nous prendre ? Le dialogue social européen n'est utile que s'il existe du dialogue social au niveau national. Le rôle des partenaires sociaux devrait être d'encourager et de guider ce dialogue social local tout en ayant des exigences qui motivent tout le monde (et non le plus petit dénominateur commun). Osons nous fixer des exigences ambitieuses qui répondent à des objectifs (quantitatifs et qualitatifs) clairement définis. Les restrictions budgétaires sont souvent l'excuse parfaite pour mettre la formation de côté. Le PPC et l'apprentissage tout au long de la vie sont essentiels, mais les compétences d'infirmiers sont importantes. »