Förderung einer effektiven Strategie für die Einstellung und langfristige Bindung von Gesundheitsfachkräften in der EU durch die Gewährleistung eines Zugangs zu kontinuierlicher beruflicher Entwicklung sowie zu gesunden und sicheren Arbeitsplätzen im Interesse der Patientensicherheit und einer qualitativ anspruchsvollen Pflege (2017-2018)

Bericht der Sozialpartnerkonferenz über kontinuierliche berufliche Entwicklung „Working together, learning together - Switching to the learning mode" (Zusammen arbeiten, zusammen lernen - Umschalten in den Lernmodus) Amsterdam – 19. Und 20. Juni 2017

NE Knibbe MSc.
JJ Knibbe MSc.
LOCOmotion Research NL

Dieses Projekt wird von der Europäischen Kommission finanziell gefördert

Inhalt

1. Einleitung 3
2. Die Amsterdamer CPD-Konferenz 6
2.1. Thema 1 Die Forderung nach CPD 6
2.2. Thema 2: Wie kann CPD effektiv gestaltet werden? 7
2.3. Thema 3: Beteiligung von Arbeitnehmer/-innen und Patienten/-innen 9
2.4. Thema 4: Zusammenarbeit der Sozialpartner und CPD-Finanzierung 10
2.5. Thema 5: Welche Kompetenzen brauchen wir? 11
2.6. Thema 6: Unterrepräsentierte Gruppen 12
3. Erkenntnisse und Schlussfolgerungen 14
4. Zusammenfassung und nächste Schritte 16

Anhänge

1. Tagesordnung, Redner/-innen und Themen der Konferenz 13
2. Delegierte, vertretene Länder und ihre Organisationen 17
3. Kurzfassungen der Präsentationen 22
4. Pinnwandposts 32

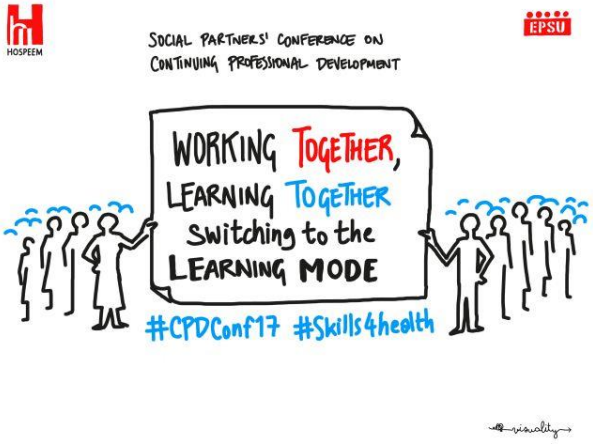
Danksagung

EGÖD und HOSPEEM bedanken sich herzlich bei der Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) und der Projektlenkungsgruppe für ihre Hilfe bei der Organisation der Konferenz. EGÖD und HOSPEEM bedanken sich weiterhin bei der Europäischen Kommission für die finanzielle Unterstützung, bei Bas van den Dungen (Generaldirektor des niederländischen Gesundheitsministeriums) für sein Grundsatzreferat und bei CAPO für die Betreuung in allen praktischen Fragen, ohne die diese Konferenz nicht möglich gewesen wäre.

1. Einleitung

Am 19. und 20. Juni 2017 haben HOSPEEM und EGÖD mit Unterstützung des niederländischen HOSPEEM-Mitglieds, der Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), eine Konferenz mit dem Titel „*Working together, learning together – Switching to the learning mode*" in Amsterdam organisiert, um sich intensiver mit dem gemeinsamen Themenschwerpunkt kontinuierliche berufliche Entwicklung (CPD) und lebenslanges Lernen (LLL) zu befassen.

Grundlage für diese Veranstaltung war die im November 2016 angenommene gemeinsame Erklärung von HOSPEEM und EGÖD über kontinuierliche berufliche Entwicklung (CPD) und lebenslanges Lernen (LLL) für das gesamte Gesundheitspersonal in der EU. In dieser Erklärung bestätigen die sektoralen Sozialpartner im Krankenhaus- und Gesundheitssektor, dass CPD für die Aufrechterhaltung und Verbesserung der Qualität der Versorgung und der Sicherheit der Patienten/-innen von überragender Bedeutung ist. Der Zugang zu CPD und beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten wird hier ebenfalls als wichtige Voraussetzung für eine effektive Personalsuche und die langfristige Personalbindung beschrieben. Die gemeinsame Erklärung hebt besonders hervor, dass CPD- und LLL-Initiativen als langfristige Investitionen in die (Produktivität der) Fachkräfte im Gesundheitswesen und nicht als Kostenfaktor angesehen werden sollten. Den Sozialpartnern kommt gemeinsam mit den zuständigen Behörden und sonstigen wichtigen Anspruchsgruppen eine wichtige Aufgabe zu, wenn es um CPD geht. In der Erklärung wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass CPD/LLL eine gemeinsame Verantwortung der Arbeitgeber und Arbeitnehmer/-innen ist und in hohem Maße von der Eigenmotivation der ArbeitnehmerInnen abhängt, in ihre eigene Entwicklung zu investieren. HOSPEEM und EGÖD erinnern schließlich daran, dass die Berücksichtigung lokaler Gegebenheiten und die Beachtung unterschiedlicher einzelstaatlicher gesetzlicher Regelwerke bei der Ausgestaltung von CPD-Systemen von Bedeutung sind.



Die Konferenz bot ein Podium für den Gedankenaustausch und die Debatten über eine Reihe von Initiativen der Sozialpartner, präsentiert von HOSPEEM- und EGÖD-Mitgliedern aus Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Deutschland, den Niederlanden, Schweden und dem Vereinigten Königreich, sowie über die wichtige Rolle der Sozialpartner in diesem Bereich.

Sie bot darüber hinaus die Möglichkeit, mehr über die unterstützenden Regulierungsrahmen für CPD und über politische Maßnahmen in Erfahrung zu bringen, die den Zugang zu CPD, die Aktualisierung und Erweiterung von Qualifikationen, Kompetenzen und beruflicher Praxis und die Bereitstellung qualitativ hochwertiger Dienstleistungen durch Personal im Krankenhaus und im Gesundheitswesen fördern, das zur Ausübung seiner Tätigkeit befähigt ist und die Patientensicherheit an die erste Stelle setzt. Weiterhin berichteten mehrere Wissenschaftler/-innen und Regierungsdelegierte während der Plenarsitzungen oder während der vier in kleineren Gruppen organisierten Themensitzungen (Breakout-Sessions) über ihre Erkenntnisse und Erfahrungen.

Auf der HOSPEEM-EGÖD-Konferenz haben sich die Präsentationen und Diskussionen mit einer Reihe von Aspekten im CPD-Kontext befasst. Dazu gehören: Wie lassen sich nachhaltige Modelle für die CPD-Finanzierung zum Nutzen aller Berufe in der Gesundheitsversorgung sicherstellen? Wie kann der Zugang zu CPD für alle Beschäftigten im Gesundheitswesen ungeachtet des Alters, des Berufs, der Arbeitszeitmodelle und des Arbeitsvertrags ermöglicht werden? Was können die Sozialpartner auf den unterschiedlichen Ebenen tun, damit in CPD- und LLL-Maßnahmen oft unterrepräsentierte Gruppen wie Gesundheitspersonal über 45 Jahre, Teilzeitkräfte oder Beschäftigte mit geringen formalen Qualifikationen (in erster Linie Hilfskräfte) einen besseren Zugang erhalten? Welche CPD-Modelle sind geeignet, die zunehmende Nachfrage nach Arbeit in Teams zu unterstützen, in denen verschiedene Gesundheitsberufe zusammenarbeiten? Wie lassen sich CDP-Angebote vor dem Hintergrund einer zunehmenden Digitalisierung der Gesundheitsversorgung (eHealth, mHealth, Telemedizin) am besten organisieren? Wie lässt sich CPD als wichtiges Element in die Team- und Personalentwicklungsplanung sowie in die Strategen für die organisatorische Entwicklung einbauen? Wie können im Rahmen eines partnerschaftlichen Handlungsansatzes CPD-Strategien und Werkzeuge auf nationaler, sektoraler und unternehmerischer Ebene gestaltet, organisiert, umgesetzt und beurteilt werden?

Auf der Konferenz ging es bei den Gesundheitsberufen in erster Linie um Krankenschwestern und Krankenpfleger, Hilfskräfte sowie Ärzte und Ärztinnen. Dies wurde ebenfalls durch vier kurze Videointerviews mit holländischen Krankenschwestern verdeutlicht, in denen sie berichten, wie sie bisher von CPD-Maßnahmen für ihre berufliche Laufbahn und in unterschiedlichen Arbeitskontexten profitiert haben und welche Erwartungen sie an die zukünftige Organisation der CPD haben. Diese Videos stehen sowohl auf der HOSPEEM als auch auf der EPSU Website zur Verfügung.

Während der Konferenz wurden die Teilnehmer/-innen gebeten, die für sie wichtigsten Erkenntnisse und Schlussfolgerungen aufzuschreiben und mitzuteilen. Die Vorsitzenden, die Moderatoren/-innen und das abschließende Panel verwendeten diese Beiträge für die Plenumsdiskussionen. Der vollständige Überblick über alle Pinnwandposts wird in Kapitel 3 des vorliegenden Berichts präsentiert.

Der über diese Konferenz erstellte Bericht gehört zu den Arbeitsergebnissen dieses Projekts. Er wird auf nationaler Ebene und auf EU-Ebene verteilt und enthält wichtige Vorgaben für die zukünftige Arbeit des Ausschusses für den sektoralen Sozialdialog im Krankenhaussektor im Bereich CPD. Ein weiteres Arbeitsergebnis ist die Einrichtung spezieller Seiten auf den Websites von HOSPEEM und EGÖD mit europäischen und länderspezifischen Unterlagen zu CPD sowie dem Zugang zu allen Präsentationen und Referaten, die auf beiden im Kontext dieses Projekts veranstalteten Konferenzen erfolgt sind.

Diese Konferenz war ein wichtiger Schritt für die sektoralen Sozialpartner im Krankenhaus- und Gesundheitssektor, HOSPEEM und EGÖD, um erfolgversprechende Modelle, Instrumente und Formate für CPD sowohl aus Sicht von Unternehmensleitungen als auch Arbeitnehmersicht zu beschreiben. Auf der Veranstaltung haben sich mehr als 100 Teilnehmer/-innen aus 18 EU-Mitgliedstaaten und vier Nicht-EU-Staaten getroffen, darunter auch 35 Delegierte aus den Niederlanden.

2. Die Amsterdamer CPD-Konferenz

Die Konferenz wurde durch ein Gruppengespräch unter Beteiligung von Bas van den Dungen (Generaldirektor des niederländischen Gesundheitsministeriums), Elise Merlijn (FNV, Niederlande) und Kate Ling (NHS, Vereinigtes Königreich) eröffnet. Die Vertreter/-innen der Sozialpartner gingen näher auf einige der Prioritäten der Gewerkschaften und Arbeitgeber im Bereich von CPD und LLL sowie auf die wichtigsten Chancen und Probleme ein, über die zu reden ist. Die Teilnehmer/-innen sahen sich eine Videobotschaft von Kommissar Andriukaitis an, in der er die gemeinsame EGÖD-HOSPEEM-Erklärung „CPD und LLL für das gesamte Gesundheitspersonal in der EU“ unterstützt und diese Unterstützung auch für die laufenden Arbeiten der sektoralen Sozialpartner im Bereich CPD zusagt.

Auf der Grundlage des unterschiedlichen Expertenwissens und Hintergrundes der Referenten/-innen konnten fünf Gemeinsamkeiten ermittelt werden. Diese so genannten „Themen“ werden in den nachfolgenden fünf Kapiteln beschrieben.

2.1. Thema 1 Die Forderung nach CPD

Mehrere Referenten/-innen führten aus, wie wichtig die Aufgabe sei, ein umfassendes CPD- und LLL-Angebot bereitzustellen. Der wichtigste Grund ergibt sich aus der Tatsache, dass das tatsächliche Renteneintrittsalter in den meisten EU-Ländern steigt, während gleichzeitig die Arbeitsbelastung und die Arbeitsintensität zunehmen. Immer mehr Gesundheitsfachkräfte denken deshalb über einen Berufswechsel nach. Darüber hinaus nehmen das Durchschnittsalter der Patienten/-innen und damit der Bedarf an

komplexeren Pflegeleistungen zu (Oerlemans). Dies führt zu einer Nachfrage nach mehr und besser ausgebildetem Personal. Dies gilt ebenfalls für Veränderungen bei den geforderten Pflegefertigkeiten (Steenberg und Lund), für die Einführung neuer Modelle der Gesundheitsversorgung, eine stärkere Gewichtung der häuslichen Pflege, eine schnelle Einführung von IKT und steigende Erwartungen der Patienten/-innen, die mehr Kontrolle über ihre Behandlung fordern und besser informiert werden wollen (Towle und Casagrande). Dazu kommen Kürzungen von Etats. Diese Faktoren können zu einer Abwärtsspirale beitragen und dazu führen, dass zu wenig adäquat ausgebildete Krankenpflegekräfte zur Verfügung stehen.

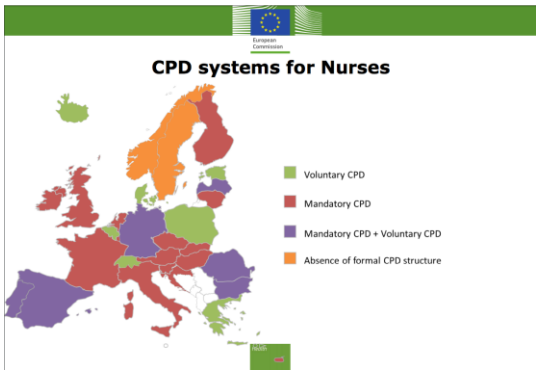
Kommen dann noch unzureichende berufliche Perspektiven hinzu, kann es schwierig werden, gut ausgebildete und erfahrene Krankenschwestern oder Krankenpfleger im Alter von 40 Jahren und darüber langfristig an ihren Arbeitsplatz zu binden, so dass grundsätzlich die Gefahr des „Knowledge Drains“ (Wissensverlust) besteht. Dies ist auch im Kontext der Pflegequalität zu sehen: Auf Grundlage von Daten einer Sonderumfrage von Eurobarometer hat Balazs Lengyel festgestellt, dass „gut ausgebildetes medizinisches Personal der wichtigste Faktor einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung ist“.

Alle diese Entwicklungen belegen, dass CPD und LLL für die Pflegequalität, die Patientensicherheit und auch die Sicherheit des Personals von größter Bedeutung sind. Daten aus einer 2016 von UNISON (VK) durchgeführten Umfrage zeigen, dass auch die Mitarbeiter/-innen selbst erkennen, wie wichtig CPD ist: 61% von 2.300 der an der Umfrage beteiligten klinischen Hilfskräfte stufen die ihnen zur Verfügung stehenden beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten als „nicht adäquat“ ein. Helga Pile und Sam Donahue erklärten, dass Pflegeassistenten/-innen sich „Ausbildung, Anerkennung und Unterstützung“ wünschen.

Dieser Bedarf wird nicht nur von den Arbeitskräften wahrgenommen, sondern formal auch von der Richtlinie 2005/36/EG und der sie ändernden Richtlinie 2013/55/EU unterstützt (Lengyel), die vorsieht, dass die „Mitgliedstaaten dafür sorgen müssen, dass Berufsangehörige ihre Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen auf dem aktuellen Stand halten können“.

2.2. Thema 2: Wie kann CPD effektiv gestaltet werden?

Wenn wir uns mit der effektivsten Organisation von CPD befassen, müssen wir uns darüber klar werden, dass es in Europa „eine Vielzahl nationaler Modelle und Mechanismen gibt, die je nach Berufsfeld noch weiter voneinander differenziert werden“, und dass „es keine ideale Methode gibt, mit der wir die Gewährleistung einer besseren Patientensicherheit und Pflegequalität lernen können“ (Lengyel)[1]. Auf der Konferenz konnten jedoch trotzdem einige Gemeinsamkeiten festgehalten werden.



Erstens: Es entsteht der Eindruck, dass der aktuelle Rahmen für die Akkumulierung von ECTS-Punkten die Effektivität von CPD einschränkt.

[1] Quelle: EAHC/2013/Health/07. Studie zur Überprüfung und Kartierung der kontinuierlichen beruflichen Entwicklung und des lebenslangen Lernens von Fachkräften im Gesundheitswesen in der EU.

Grant hat festgestellt, dass sich die Verbesserung der Effektivität von CPD durch Nachweise oder Anrechnungspunkte in keiner Form belegen lässt. „Systeme für die Anerkennung von Studienleistungen sind kein Nachweis für ein tatsächlich effektives Lernen. Wenn man den Lernenden einen auf Credits beruhenden Anreiz gibt, leistet man damit nur unerwünschten Verhaltensweisen Vorschub. Lernen ist ein Prozess, kein Ereignis“ (Grant).

Zweitens: Die Referenten/-innen konnten sich darauf einigen, dass eine Ausbildung nur dann effektiv sein kann, wenn sie die individuellen Bedürfnisse der Arbeitnehmer/-innen berücksichtigt. In diesem Fall ergibt sich die Relevanz für die einzelnen Person aus ihrem jeweiligen individuellen Kontext. Individueller Lernbedarf und persönliche Kompetenzen müssen beurteilt werden, damit eine maßgeschneiderte berufliche Bildung möglich ist (Van Dungen, Beck und König). Landman und Wahab haben ein Online-Tool für die Selbstbewertung vorgestellt, mit dessen Hilfe Erkenntnisse über (fehlende) Kompetenzen, Ambitionen und berufliche Karrieremöglichkeiten gewonnen werden können. Darüber hinaus nutzt ihr Krankenhaus (Noordwest Ziekenhuisgroep, NL) die jährlichen Beurteilungsgespräche, um CPD-Maßnahmen auf den individuellen Bedarf des Mitarbeiters bzw. der Mitarbeiterin abzustimmen. Während dieser Beurteilungsgespräche erörtert die Krankenhausleitung die persönliche Entwicklung und den Ausbildungsplan mit dem/r Mitarbeiter/-in.

Drittens: Bei der Erhöhung der CPD-Effektivität sollte auch eine Differenzierung der einzelnen Kompetenzebenen in Betracht gezogen werden. Es kann die Bereitstellung eines Ausbildungsumfelds hilfreich sein, in dem alle Krankenpflegekräfte ihre Fähigkeiten auf ihrer eigenen Ebene voll ausschöpfen, dazu gehört auch die akademische Ebene (Stalpers und Vermeulen, Steenberg-Holtzmann und Lund).

Viertens: Experimente mit neuen und kreativen Möglichkeiten des Lernens müssen gefördert werden. Die folgenden Beispiele aus den Niederlanden stammen aus der Breakout-Session 4. So stellte Overeem zum Beispiel das Konzept des „Crew Resource Managements“ (Schulungskonzept für die Verbesserung der Teamperformance) als Beisiel vor, wie man Healthcare-Teams zusammenstellt und dabei besonders auf eine effektive Kommunikation und Führung achtet. Das Lernen aus Szenarien in einem Team mit Video-Feedback und nachfolgender „Manöverkritik“ hat sich als äußerst nützlich und effektiv erwiesen. Darüber hinaus präsentierten De Jong und Verwoert das Konzept des „Escape Rooms“ als neue kreative Ausbildungsmöglichkeit. Als „Escape Room“ wird ein Spiel bezeichnet, bei dem alle Teammitglieder in einem Raum eingeschlossen sind. Die Aufgabe für das Team besteht darin, innerhalb von 30 Minuten aus dem Raum zu entkommen.

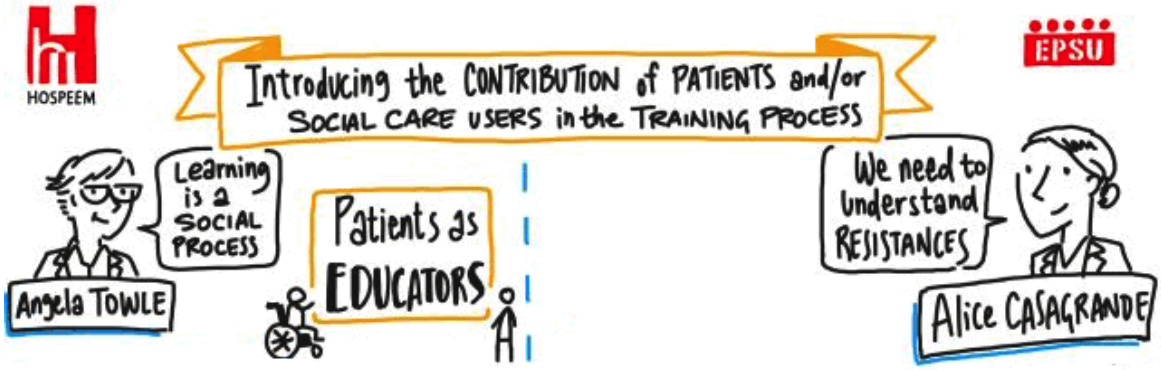
Aktives Lernen in einem „Escape Room“

Der Weg nach draußen führt über das Zusammenlegen von Puzzeln und das Lösen von Rätseln und schwierigen Aufgaben, die für den Lernbedarf und die Kompetenzen der Beteiligten relevant sind. Wenn die Gruppe erfolgreich ist, erhält sie einen Code, der ihr den Weg in die Freiheit öffnet. Der „Escape Room“ ist ein Spiel, das Teamfähigkeit erfordert. Das Team muss sich kritisch, logisch und kreativ mit den Aufgaben auseinandersetzen und muss ebenfalls unter Zeitdruck zusammenarbeiten, kommunizieren und Führungsqualitäten zeigen. Um die Lerneffektivität zu erhöhen, folgt nach dem „Escape Room“ eine 30-minütige Manöverkritik unter Leitung eines Trainers oder einer Trainerin.

Schließlich haben sich Oerlemans, aber auch Johansson und Cider auf Basis der während der Konferenz oft gehörten Faustregel, dass Lernen zu 70% am Arbeitsplatz, zu 20% beim Austausch von Informationen mit Kollegen/-innen und zu 10% in einem formalen expliziten Lernkontext erfolgt, dafür ausgesprochen, dass Lernen in erster Linie „am Arbeitsplatz“ erfolgen sollte. Entsprechend dieser „Ausbildung in der Praxis“ und „im Moment des Handlungsbedarfs“ hat Van der Worp das EPSS-System (Embedded Performance Support System) vorgestellt. Es handelt sich hierbei um eine Datenbank in den Niederlanden mit Lernvideos, die Krankenpflegekräfte auf ihren Handys oder Computer anschauen und bei Bedarf abrufen können, wenn sie diese Instruktionen brauchen.

2.3. Thema 3: Beteiligung von Arbeitnehmer/-innen und Patienten/-innen

Die dritte Gemeinsamkeit, die in mehreren Beiträgen deutlich wurde, war die Forderung nach einer Nutzung des Patientenfeedbacks für die Verbesserung der Ausbildungsinhalte. Towle und Casagrande stellten fest, dass Patienten/-innen in der Ausbildung eine aktive und kooperative Rolle als Lehrer/-innen, Assessoren/-innen, Lehrplanentwickler und Mitentscheider/-innen in Ausbildungsfragen übernehmen sollten: Ausbildung *mit* den Patienten/-innen. Dies ist wichtig für den gesamten Prozess der kontinuierlichen beruflichen Entwicklung und nicht nur für die Erstausbildung. Die Patientenbeteiligung verbessert nach allgemeiner Ansicht die Kommunikation, führt zu mehr Empathie in der Pflege und zu mehr Patientensicherheit und zu einer besseren Qualität.



Das Konzept der „Empowerment des Patienten“ (Stärkung der Patientenrolle und -kompetenz) findet auch in dem dänischen BRIDGE-Modell Anwendung - hier arbeiten Krankenhäuser und Gemeinden zusammen, und die Patienten/-innen werden in die Ausbildungsaktivitäten sowohl als Lehrkräfte als auch als Teilnehmende eingebunden (Steenberg-Holtzmann und Lund).

2.4. Thema 4: Zusammenarbeit der Sozialpartner und CPD-Finanzierung

Die Zusammenarbeit zwischen den Sozialpartner ist ebenfalls ein wichtiges Thema, das in mehreren Präsentationen herausgestellt wurde. Nach Ansicht von Pile sind Arbeitskräfte und Arbeitgeber sowohl wichtige Stakeholder als auch wichtige Freunde: „Die Sozialpartnerschaft wird die Herausforderungen bewältigen, die mit der Durchführung von CPD-Maßnahmen einhergehen.“ Auf dieser Linie sind auch Beck und König mit ihrer Feststellung, dass CPD immer Gegenstand von Sozialverhandlungen sein muss. In Breakout-Session 3 wurde erklärt, dass zum Beispiel die Sozialpartner in Bulgarien gemeinsam die Ausgestaltung von CPD planen und beschließen. CPD wird dort als Teil eines Prozesses der Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung betrachtet. Auch in Montenegro müssen die Gewerkschaften CPD-Plänen zustimmen, sie haben ebenfalls in Anwendung nationaler Gesetze ein Wort bei der Evaluierung mitzureden. Johansson und Cider berichteten über ein Arrangement zur Qualitätszertifizierung und Ausbildung zwischen Sozialpartnern und Bildungsanbietern in Schweden. Es handelt sich dabei um eine Zusammenarbeit der wichtigsten Akteure auf lokaler und regionaler Ebene mit dem Schwerpunkt auf der praxisbezogenen Ausbildung.

Steenberg-Holtzmann und Lund sahen die umfassende Beteiligung der Sozialpartner als einen wichtigen Erfolgsfaktor ihres dänischen BRIDGE-Modells, das die Zusammenarbeit von Krankenhäusern und Gemeinden zur Verbesserung der CPD vorsieht.

Als es um die Finanzierung von CPD ging, berichtete Oerlemans über die niederländische Kollektivvereinbarung für Krankenhäuser (2015) mit dem Hinweis, dass alle Arbeitskräfte das Recht auf freiwillige CPD- und LLL-Maßnahmen haben und dass dieses „Recht für alle“ über einen zweckgebundenen Etat in Höhe von 3% der durchschnittlichen Lohn- und Gehaltssumme pro Krankenhaus finanziert wird.
Lefebvre berichtete über die Erfahrungen in Belgien mit dem Sozialdialog und Verhandlungen zwischen den Sozialpartnern über die Jahresetats für CPD. In Belgien kommen die Arbeitskräfte zum Teil selbst für die CPD-Finanzierung auf (0,1% des Lohns). Dieses Geld fließt entsprechend den Entscheidungen der Sozialpartner - die in Kollektivverhandlungen getroffen werden - in einen zweckbestimmten CPD-Fonds. Der größte Anteil der CPD-Kosten wird von der Regierung getragen, die Hauptverantwortung in diesem Bereich bleibt Angelegenheit der einzelnen Krankenhäuser. Für den französischsprachigen Teil Belgiens wurde von den Sozialpartnern die paritätische Organisation „Competentia“ gegründet, die Gesundheits- und Sozialdienste bei der Umsetzung von CPD-Maßnahmen unterstützt. Flandern handhabt dieses Thema in ähnlicher Weise.
In Kroatien müssen Pflegekräfte ihrer CPD-Maßnahmen oft selbst finanzieren. Die Sozialpartner müssen zusammenarbeiten, um einen gemeinsamen Aktionsplan für Themen wie Ausgestaltung von CPD, Finanzierung, Förderung unterrepräsentierter Gruppen und Zugangsbedingungen für CPD-Maßnahmen umzusetzen.

Generell müssen Gesundheitsfachkräfte in Lettland ihre CPD-Programme selbst finanzieren, obwohl bestimmte Maßnahmen der allgemeinen und beruflichen Bildung zwingend vorgeschrieben sind. Die CPD-Finanzierung besonders für Ärzte und Ärztinnen übernehmen manchmal Unternehmen der Pharmaindustrie. Ein Beispiel für die Unterstützung aus der Wirtschaft gibt es in den Niederlanden, wo das Groene Hart Krankenhaus und ein Verlagshaus gemeinsam EPSS gegründet haben (eine Online-Datenbank mit Lehrvideos).

2.5. Thema 5: Welche Kompetenzen brauchen wir?

Die Antwort auf die Frage „Welche Kompetenzen brauchen wir?“ wird weitgehend in Kapitel 2.2 des vorliegenden Berichts beantwortet. Da Bildungsangebote nur effektiv sein können, wenn sie dem individuellen Bedarf des Personals entsprechen, sind auch die geforderten Kompetenzen - aufbauend auf der beruflichen Erstausbildung und der während des Berufslebens erworbenen Erfahrungen - in hohem Maße unterschiedlich und entsprechend zu beurteilen.

Auf der einen Seite weisen Stalpers und Vermeulen generell auf die Bedeutung einer klinischen und akademischen beruflichen Laufbahn hin, um den Verlust hochqualifizierter Arbeitskräfte („Brain Drain“) zu vermeiden. Auf der anderen Seite besteht die Gefahr, zu viele akademisch ausgebildete Krankenschwestern und Krankenpfleger zu bekommen, denn der größte Teil der Pflegekräfte wird für ‚handfeste‘ Pflegearbeit am Krankenbett gebraucht.
In diesem Zusammenhang ist deshalb das Konzept einer horizontalen Fachkarriere interessant (Beck und König). Hier liegt der Schwerpunkt nicht so sehr im Aufstieg innerhalb des Unternehmens (Tätigkeit im Management, Erwerb eines akademischen Grades usw.), sondern mehr in der Entwicklung spezieller Fertigkeiten und Kenntnisse innerhalb der ausgeübten Tätigkeit und/oder des Berufs (Fachpfleger/-in für Wundversorgung, ErgoCoach usw.).

Auf Basis ihrer Erfahrungen in Dänemark haben Steenberg-Holtzmann und Lund Kompetenzen beschrieben, die wichtig für den neuen Bereich der Gesundheitsversorgung sind: interdisziplinäre und interprofessionelle Kompetenzen, Kompetenzen zur Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen, technische und IKT-Kompetenzen, Kommunikationskompetenzen und Kompetenzen für eine lückenlose Versorgung zwischen Primär- und Sekundärversorgung.

2.6. Thema 6: Unterrepräsentierte Gruppen

Einer der Eckpunkte der gemeinsamen Erklärung von HOSPEEM und EGÖD ist die Forderung nach einer Verfügbarkeit von CPD für alle Beschäftigten unabhängig von der Art des Arbeitsvertrages. Darüber hinaus soll der Schwerpunkt bei der Ausbildung auf unterrepräsentierten Gruppen liegen. Merkel erwähnte die älteren Arbeitnehmer/-innen als unterrepräsentierte Gruppe. CPD kann hier hilfreich sein, um sie für den Umgang mit neuen technischen und organisatorischen Entwicklungen und Neuerungen im IKT-Bereich fit zu machen. Eine stärkere Ausrichtung von CPD-Maßnahmen für ältere Arbeitskräfte sollte einen Beitrag zur Vermeidung von Altersdiskriminierung und Ausgrenzung von beruflichen Karrieremöglichkeiten leisten.

Ein weiteres Beispiel für eine bei CPD unterrepräsentierte Gruppe sind Hilfskräfte in der Pflege. Pile und Donohue stellten fest, dass „viele Pflegeassistenten/-innen *in ihrer Rolle bleiben wollen, dass einige aber an ihrem beruflichen Fortkommen interessiert sind - eine Möglichkeit, die Ausbildung und Geld verdienen miteinander verbindet, wäre hier wegweisend*. Ebenfalls möchten *„Pflegeassistenten/-innen, dass ihre Aufgabe wertgeschätzt wird - sie wollen sich weiterbilden, anerkannt und unterstützt werden.“* Pile und Donohue stellte das Associate Degree in der Krankenpflege (Level 5-Ausbildung mit Basisdiplom) als neue Karrieremöglichkeit vor. Diese neue Aufgabe will bisher ungenutzte Potenziale entwickeln und Personal aus einem größeren Querschnitt der örtlichen Gemeinschaften rekrutieren.

Generell sehen Landman und Wahab Beschäftigte in der Intensivpflege, der Notaufnahme, in OPs und in der Kardiologie als unterrepräsentiert in CPD-Maßnahmen an. Damit CPD-Angebote für alle Mitarbeiter/-innen zur Verfügung stehen, haben sie eine Roadmap als Unterstützung für CPD entwickelt, die die Ziele der Organisation mit denen ihrer Beschäftigten in Einklang bringt. Mit diesem Werkzeug können die Mitarbeiter/-innen ihr eigenen beruflichen Aufstiegsmöglichkeiten analysieren, indem sie ihre aktuelle Tätigkeit mit einer potenziellen anderen Tätigkeiten vergleichen.

3. Erkenntnisse und Schlussfolgerungen

Auf der Grundlage der Präsentationen der Referenten/-innen, der Plenumsdiskussionen, der gezeigten Videos, der Pinnwandposts und der Schlussworte des abschließenden Panels[2] lassen sich die folgenden Erkenntnisse und Schlussfolgerungen formulieren:

- Da CPD ein Erfolgsfaktor und kein Kostenfaktor ist, können Etatbegrenzungen keine Entschuldigung dafür sein, keine Modelle für eine nachhaltige Finanzierung von CPD zu erkunden.
- Finanzierung von CPD mit einem zweckbestimmten und gesicherten Etat (z.B. ein bestimmter Prozentsatz der durchschnittlichen Lohn- und Gehaltssumme pro Krankenhaus oder Sonderfonds) um sicherzustellen, dass CPD nicht von wechselnden Wirtschaftslagen abhängig ist.
- Unterstützung durch die Wirtschaft kann zur Entwicklung neuer Wege der CPD hilfreich sein.
- Wenn CPD außerhalb des Arbeitsplatzes stattfindet, sind Vorkehrungen für Ersatzpersonal zu schaffen, um zusätzliche Belastungen von Kollegen/-innen möglichst gering zu halten.
- Es gibt keine Begründung für Akkreditierungen. Nicht nur das Ergebnis, sondern auch der Lernprozess (Plan und Reflexion) sollten als Credits anerkannt werden.
- Es ist wichtig, die berufliche Bildung auch auf den individuellen Bedarf der Arbeitnehmer/-innen abzustimmen. Beste Ergebnisse lassen sich durch maßgeschneiderte Bildungsangebote erzielen.

- Es soll nicht nur in eine vertikale berufliche Karriere investiert werden. Im Gesundheitswesen gibt es Möglichkeiten für horizontale berufliche Karrieren.
- Es ist nicht nur die formelle berufliche Ausbildung, sondern auch informelles Lernen anzuerkennen. Ein Schwerpunkt sollte die praxisbezogene Ausbildung sein.
- Neue und kreative Wege für CPD-Programme sollten immer ein offenes Ohr finden.
- Die Einbindung von Patienten/-innen (Stärkung der Patientenrolle und -kompetenz) kann ein Erfolgsfaktor für CPD sein.
- Klinische und akademische berufliche Laufbahnen sind wichtig, um die Abwanderung von Kompetenz zu verhindern (Brain Drain). Gleichzeitig besteht die Gefahr, zu viele akademisch ausgebildete Krankenschwestern und Krankenpfleger zu bekommen, denn der größte Teil der Pflegekräfte wird für ‚handfeste' Pflegearbeit am Krankenbett gebraucht.

[2] Sabine Scheer (NVZ, Niederlande), Kirsi Sillanpää (Tehy, Finnland - Vizepräsidentin EGÖD SC HSS) und Alice Casagrande (FEHAP, Frankreich), moderiert von Nico Knibbe (LOCOmotion, Niederlande).

- Eine stärkere Ausrichtung von CPD-Maßnahmen für ältere Arbeitskräfte sollte einen Beitrag zur Vermeidung von Altersdiskriminierung und Ausgrenzung bei beruflichen Karrieremöglichkeiten leisten.
- Es ist ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass die Erst- und Weiterbildung als Kontinuum gesehen werden sollten, damit eine kontinuierliche berufliche Entwicklung unterstützt wird.

4. Zusammenfassung und nächste Schritte

Auf der Grundlage ihrer gemeinsamen Erklärung über kontinuierliche berufliche Entwicklung (CPD) und lebenslanges Lernen (LLL) für das gesamte Gesundheitspersonal in der EU haben HOSPEEM und EGÖD am 19. und 20. Juni 2017 mit Unterstützung des niederländischen HOSPEEM-Mitglieds Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) die Konferenz „Working together, learning together - Switching to the learning mode" (Zusammen arbeiten, zusammen lernen - Umschalten in den Lernmodus) in Amsterdam veranstaltet. HOSPEEM und EGÖD haben sich damit zum Ziel gesetzt, ihre Themenschwerpunkte CPD (kontinuierliche berufliche Entwicklung) und LLL (lebenslanges Lernen) weiter zu vertiefen.

Diese Konferenz gilt als wichtiger Schritt für die sektoralen Sozialpartner im Krankenhaus- und Gesundheitssektor, HOSPEEM und EGÖD, um erfolgversprechende Modelle, Instrumente und Formate für CPD sowohl aus Sicht von Unternehmensleitungen als auch Arbeitnehmersicht zu beschreiben.

Die Präsentationen und Diskussionen auf der Konferenz haben gezeigt, dass eine dringende Nachfrage nach CPD- und LLL-Programmen besteht, da das tatsächliche Renteneintrittsalter in den meisten EU-Ländern steigt und immer mehr Gesundheitsfachkräfte deshalb über einen Berufswechsel nachdenken. Aus diesem Grund werden neue Konzepte der Gesundheitsversorgung und IKT eingeführt, die häusliche Pflege gewinnt an Bedeutung, und die Anforderungen der Patienten/-innen steigen. Ohne adäquate CPD-Angebote können diese Faktoren zu einer Abwärtsspirale beitragen und dazu führen, dass zu wenig Krankenpflegekräfte zur Verfügung stehen, die Pflegequalität abnimmt und die Arbeitgeber und die Gesellschaft zusätzliche Kosten tragen müssen.

Die Referenten/-innen konnten sich darauf einigen, dass eine Ausbildung nur dann effektiv sein kann, wenn sie die individuellen Bedürfnisse der Arbeitnehmer/-innen berücksichtigt. Aus diesem Grund sollten auf Basis einer Differenzierung einzelner Kompetenzebenen die individuellen Bedarfs- und Kompetenzsituationen beurteilt werden, damit individuell zugeschnittene Bildungsangebote möglich sind. Experimente mit neuen und kreativen Möglichkeiten des Lernens sollten unvoreingenommen durchgeführt und unterstützt werden. Dabei ist daran zu denken, dass beim praxisbezogenen Lernen die besten Lernergebnisse erzielt werden. Auch die Nutzung des Patientenfeedbacks für die Verbesserung der Ausbildungsinhalte (Stärkung der Patientenrolle und -kompetenz) wird als Erfolgsfaktor angesehen.

Die Zusammenarbeit der Sozialpartner ist wichtig, um Probleme bei der Durchführung von CPD bewältigen zu können. Mehrere inspirierende Beispiele aus einzelnen EU-Mitgliedstaaten - auch im Hinblick auf Möglichkeiten der Finanzierung - wurden präsentiert.

Anhang 1: Tagesordnung, Redner/-innen und Themen der Konferenz

Montag, 19. Juni 2017

12.00 – 13.45 *Registrierung (neben dem Plenarsaal - Calla 3)*

12.30 – 13.30 *Begrüßungsmittagessen*

Vorsitz: Maryvonne Nicolle (CFDT Santé Services Sociaux, Frankreich/Vizepräsidentin EGÖD SC HSS)

14.00 – 14.45

- Begrüßung durch Tjitte Alkema (NVZ, Niederlande/HOSPEEM-Generalsekretär)

- Einführung durch Herrn Bas van den Dungen (Generaldirektor des niederländischen Gesundheitsministeriums)

- Gruppengespräch, moderiert von Nico Knibbe:
  - Herr Bas van den Dungen
  - Elise Merlijn (FNV Zorg en Welzijn, Niederlande)
  - Kate Ling (NHS, VK)

- Videoansprache von Vytenis Andriukaitis, EU-Kommissar für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, GD SANTE

14.45 – 15.30 **Arbeiten und Lernen im Dienst**
Management der kontinuierlichen beruflichen Entwicklung
Prof. Janet Grant (CenMEDIC, VK)

15.30 – 16.00 *Tee-/Kaffeepause*

16.00 – 16.35 **Heidelberger Expertise für eine kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung**
Herbert Beck (ver.di, Deutschland), Edgar Reisch (Universitätsklinikum Heidelberg, Deutschland) und Anja König (Universitätsklinikum Heidelberg, Deutschland)

16.35 – 17.10 **Eine Schwester ist eine Schwester ist eine Schwester? Differenzierung von Kompetenzebenen in den Niederlanden**
Prof. Hester Vermeulen (Medizinische Zentrum der Radboud Universiteit, Niederlande) und Dewi Stalpers (NVZ, Niederlande)

17.10 – 17.45 **CPD für Hilfskräfte: neue berufliche Chancen in der Krankenpflege**
Helga Pile (UNISON,VK) und Sam Donohue (Health Education England, VK)

Dienstag, 20. Juni 2017

08.30 – 09.00 *Begrüßungskaffee*

Vorsitz: Tjitte Alkema (NVZ, Niederlande/HOSPEEM-Generalsekretär)

09.00 – 09.45 **Einführung: Mitwirkung der Patienten/-innen und/oder Nutzer/-innen von Sozialdiensten am Bildungsprozess**
Dr. Angela Towle (University of British Columbia, Kanada) und Alice Casagrande (FEHAP, Frankreich)

09.45 – 10.30 **GD SANTE-Studie *„Überprüfung und Kartierung der kontinuierlichen beruflichen Entwicklung und des lebenslangen Lernens von Fachkräften im Gesundheitswesen in der EU"***
Balazs Lengyel (GD SANTE, Europäische Kommission)

15.30 – 16.00 *Tee-/Kaffeepause*

11.00 – 12.30 4 Breakout-Sessions:

1 **Unterschiedliche Blickwinkel auf eine effektive CPD** *(im Plenarsaal – Calla 3)*
Vorsitz: Herbert Beck (ver.di, Deutschland)

- Definition von CPD-Prioritäten und Verhandlungen der Berufsbranchen über CPD-Aktivitäten und -Programme im französischen Krankenhaussektor
CFDT-Video und Beitrag von Cyrille Duch (CFDT Santé Services Sociaux, Frankreich)
- Kompetenzentwicklung für alternde Belegschaften in deutschen Krankenhäusern
Dr. Sebastian Merkel (IAT, Gelsenkirchen, Deutschland)
- Wie sollen Gewerkschaften, Arbeitgeber und Bildungsanbieter bei der Gestaltung effektiver CPD-Programme in Schweden zusammenarbeiten?
Margaretha Johansson (Kommunal, Schweden) und Zenita Cider (CEO gesundheits- und Pflegedienste-Kolleg in Schweden)

Sprachen: Englisch, Französisch, Deutsch und Niederländisch

2 **Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kompetenzentwicklung** *(Raum Rosa 4)*
Vorsitz: Kirsi Sillanpää (Tehy, Finnland/Vizepräsidentin EGÖD SC HSS)

- Das BRIDGE-Modell – Ein sektorenübergreifendes Kompetenzentwicklungsprogramm zur Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit, gemeinsamer Wissensnutzung und Beteiligung von Patienten/-innen und Bürger/-innen
Jette Steenberg Holtzman und Winnie Lund (Center for HR, Gentofte Hospital.)
- Wie unterstützt CPD eine multiprofessionelle im Team geleistete Pflege? Ein Beispiel aus Finnland
Juhapetteri Jääskeläinen (Stellvertretende Pflegedienstleiterin, Helsinki University Central Hospital HUCH, Zentrum für Schwerbrandverletzte, Helsinki)

Sprachen: Englisch

3 **Finanzierung von CPD** *(Raum Rosa 5)*
Vorsitz: Frank Tetteroo (NVZ, Niederlande)

- Wie wird CPD finanziert, oder wie sollte CPD finanziert werden? Ein Beispiel aus den Niederlanden
Frank Tetteroo (NVZ, Niederlande)
- Competentia – Rollen und Aktivitäten einer paritätischen Organisation zur Förderung und Unterstützung von CPD für Pflegekräfte
François-Xavier Lefebvre (Competentia, Belgien)

Sprachen: Englisch

4 **Innovatives Lernen am Arbeitsplatz** *(Raum Rosa 6)*
Vorsitz: Frank Tetteroo (NVZ, Niederlande)

- Crew Resource Management: Beispiel aus den Niederlanden, wie man Healthcare-Teams zusammenstellt und dabei besonders auf eine effektive Kommunikation und Führung achtet.
Erica Overeem (Gelre Hospital, Niederlande)
- Gute Praxis: Kurze Lernvidedos - Abruf bei Bedarf
Jaco van der Worp (Groene Hart Hospital, Gouda, Niederlande)
- Finde den Weg nach draußen!
Cuun de Jong und Priscilla Verwoert (Spaarne Gästehaus, Niederlande)

Sprachen: Englisch:

12.30 – 13.45 Mittagspause

Vorsitz: Tjitte Alkema (NVZ, Niederlande/HOSPEEM-Generalsekretär)

13.45 - 14.30 Berichte aus den Breakout-Sessions: Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse der Präsentationen und Diskussionen.

Breakout-Session 1: Unterschiedliche Blickwinkel auf eine effektive CPD
Berichterstatter: Nina Bergman (Vårdförbundet, Schweden)

Breakout-Session 2: Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kompetenzentwicklung
Berichterstatter: Malene Vestergaard Sørensen (Danske Regioner, Dänemark)

Breakout-Session 3: Finanzierung von CPD
Berichterstatter: Juha Kurtti (Tehy, Finnland)

Breakout-Session 4: Innovatives Lernen am Arbeitsplatz
Berichterstatter: Taija Hämäläinen (CLAE, Finnland)

14.30 - 15.00 **Die „Roadmap“: Beispiel aus den Niederlanden, wie die Unterstützung für eine kontinuierliche berufliche Entwicklung organisiert werden kann, die den Ambitionen der Organisation und ihrer Beschäftigten gerecht wird**
Harm Landman und Hannah Wahab (Noordwest Ziekenhuisgroep/North West Hospital Group, Alkmaar, Niederlande)

15.00 - 15.15 *Kurze Pause*

15.15 - 16.00 Abschließendes Panel/Schlusssitzung, moderiert von Nico Knibbe: Präsentation von Erkenntnissen, Schlussfolgerungen und Cartoons und Diskussion mit den Konferenzteilnehmer/-innen

- Frank Tetteroo (NVZ, Niederlande)
- Kirsi Sillanpää (Tehy, Finnland/Vizepräsidentin EGÖD SC HSS)
- Alice Casagrande (FEHAP, Frankreich)

Die Panelteilnehmer/-innen sollen eine Erkenntnis/Schlussfolgerung oder ein Cartoon besonders herausstellen.

Anhang 2: Delegierte, vertretene Länder und ihre Organisationen

HOSPEEM:	NVZ	Tjitte	Alkema	Niederlande
EGÖD	PA.SY.DY	Andronikos	Andronikou	Zypern
EGÖD	PA.SY.DY	Zoe	Antoniou	Zypern
PSI	PSI	Baba	Aye	Frankreich
HOSPEEM:	EGÖD-Sekretariat	Céline	Barlet	Belgien
EGÖD	Ver.di	Herbert	Beck	Deutschland
EGÖD	EGÖD-Sekretariat	Sarrah	Bentahar	Belgien
HOSPEEM:	Spekter	Trond	Bergene	Norwegen
EGÖD	Vårdförbundet	Nina	Bergman	Schweden
EGÖD	HSSMS-MT	Marija	Berislavic	Kroatien
HOSPEEM:	ARAN	Marta	Branca	Italien
EGÖD	Trade union of health and social care of Czech Republic	Ivana	Břeňková	Tschechische Republik
Other	Dutch Ministry of Health	Gert	Buisman	Niederlande
HOSPEEM:	FEHAP	Alice	Casagrande	Frankreich
HOSPEEM:	Kempenhaeghe - NVZ	Marlene	Chatrou	Niederlande
Other	VO-Health and Care Services College	Zenita	Cider	Schweden
EGÖD	NNO	Tore	Dahlstrøm	Norwegen
HOSPEEM:	NVZ	Jeannette	De Graauw	Niederlande
Other	Spaarne Gasthuis	Helene	De Groot	Niederlande
Other	Sophia Revalidatie	Mascha	De Haan	Niederlande
Other	Spaarne Gasthuis	Cuun	De Jong	Niederlande
EGÖD	NU'91	Rolf	De Wilde	Niederlande

HOSPEEM:	HSE	John	Delamere	Irland
EGÖD	CGSP-ACOD	Muriel	Di Martinelli	Belgien
Other	StAZ	Mieke	Dinjens	Niederlande
Other	Health Education England	Samantha	Donohue	Vereinigtes Königreich
EGÖD	CFDT Santé Sociaux	Cyrille	Duch	Frankreich
EGÖD	SPS FO	André	Falba	Frankreich
HOSPEEM:	EGÖD-Sekretariat	Sara	Fasoli	Belgien
Other	Stichting ZorgSaam Zorggroep Zeeuws-Vlaanderen	Beatrice	Fest	Niederlande
EGÖD	SIPTU	Kevin	Figgis	Irland
EGÖD	CNE (CSC)	Marie-Agnès	Gilot	Frankreich
Other	CenMEDIC	Janet	Grant	Vereinigtes Königreich
EGÖD	Kommunal	Yvonne	Gräsman	Schweden
HOSPEEM:	Lithuanian national association of health care organizations	Sigitas	Griskonis	Litauen
HOSPEEM:	National Union of Private Hospitals	Krasimir Dimitrov	Grudev	Bulgarien
Other	StAZ	Femke	Haenen	Niederlande
EGÖD	EGÖD	Julian	Hale	Belgien
HOSPEEM:	CLAE	Taija	Hämäläinen	Finnland
EGÖD	NUMGE	Bitte unterschreibt!	Hananger	Norwegen
HOSPEEM:	Spekter	Björn	Henriksen	Norwegen
Other	Groene Hart Ziekenhuis	Conny	Hes	Niederlande
EGÖD	Ver.di	Marek	Hintsches	Deutschland
Other	Helsinki University Central Hospital HUCH, Helsinki Burn Centre	Juhapetteri	Jaaskelainen	Finnland

EGÖD	Kommunal	Margaretha	JOHANSSON	Schweden
EGÖD	LSADPS	Dalia	Juskeviciene	Litauen
EGÖD	The Finnish Union of Practical Nurses	Leena	Kaasinen	Finnland
HOSPEEM:	Latvian Hospital Association	Jevgenijs	Kalejs	Lettland
HOSPEEM:	CLAE	Johanna	Karlström	Finnland
Other	Westfriesgasthuis	Pieter	Kievit	Niederlande
EGÖD	Vida	Valérie	Kihr	Österreich
Other	LOCOmotion	Nico	Knibbe	Niederlande
EGÖD	FTU HS	Ivan	Kokalov	Bulgarien
HOSPEEM:	Estonian Hospitals Association	Märt	Kõlli	Estland
Other	Akademie für Gesundheitsberufe Universitätsklinik Heidelberg	Anja	König	Deutschland
EGÖD	TEHY	Juha	Kurtti	Finnland
Other	North West Hospital Group	Harm	Landman	Niederlande
EGÖD	APEF asbl	François-Xavier	Lefebvre	Belgien
EGÖD	JHL	Veikko	Lehtonen	Finnland
Other	European Commission – DG SANTE	Balazs	Lengyel	Belgien
HOSPEEM:	NHS	Kate	Ling	Vereinigtes Königreich
EGÖD	OSZSP ČR	Francl	Lubomir	Tschechische Republik
Other	The Capital Region of Denmark, Centre for Human Resources	Winnie	Lund	Dänemark
Other	Visuality	Christopher	Malapitan	Belgien
EGÖD	EGÖD-Sekretariat	Mathias	Maucher	Belgien
Other	Institut für Arbeit und Technik (IAB)	Sebastian	Merkel	Deutschland
EGÖD	FNV Zorg en Welzijn	Elise	Merlijn	Niederlande
Other	StAZ	Niels	Mooij	Niederlande

Other	StAZ	Hedwig	Neefs	Niederlande
EGÖD	CFDT Santé Sociaux	Maryvonne	Nicolle	Frankreich
EGÖD	The Finnish Union of Practical Nurses	Arja	Niittynen	Finnland
HOSPEEM:	NVZ	Niels	Oerlemans	Niederlande
Other	Gelre Hospitals	Erica	Overeem	Niederlande
EGÖD	TUPHWB	Hanna	Padrez	Weißrussland
EGÖD	Sindikat Zdravstva Crne Gore (SZCG)	Vladimir	Pavicevic	Montenegro
EGÖD	UNISON	Helga	Pile	Vereinigtes Königreich
EGÖD	YOUNION	Karl	Preterebner	Österreich
EGÖD	LSADPS	Brigita	Rasimaite	Litauen
Other	Universitätsklinik Heidelberg	Edgar	Reisch	Deutschland
HOSPEEM:	NVZ	Sabine	Scheer	Niederlande
EGÖD	Ver.di	Brigitte	Schero	Deutschland
EGÖD	Ver.di	Rudolf	Schoen	Deutschland
EGÖD	FNV Zorg en Welzijn	Jan	Schriefer	Niederlande
EGÖD	TEHY	Kirsi	Sillanpää	Finnland
EGÖD	RCM	Jonathan	Skewes	VK
HOSPEEM:	EGÖD-Sekretariat	Emilie	Sourdoire	Belgien
HOSPEEM:	NVZ	Dewi	Stalpers	Niederlande
Other	The Capital Region of Denmark, Centre for Human Resources	Jette	Steenberg Holtzmann	Dänemark
EGÖD	Vida	Willibald	Steinkellner	Österreich
HOSPEEM:	NVZ	Frank	Tetteroo	Niederlande

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

Anhang 3: Abstracts of the presentations

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

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. Referenz Grant, Janet [2012] *The Good CPD Guide*. 2nd edition. Taylor and Francis, London.

'A nurse is a nurse is a nurse?' Differenzierung von Kompetenzebenen in den Niederlanden
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, Frankreich)

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, Deutschland)

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)

Hintergrund
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.

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

Methode:
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?
Frank Tetteroo (NVZ, Niederlande)

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.

Führungsebene
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, Niederlande)

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: Kurze Lernvidedos - Abruf bei Bedarf
Jaco van der Worp (Groene Hart Hospital, Gouda, Niederlande)

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 und Hannah Wahab (Noordwest Ziekenhuisgroep/North West Hospital Group, Alkmaar, Niederlande)

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.

[3] Higher vocational education

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.

Anhang 4: Pinnwandposts

Während der Konferenz wurden die Delegierten aufgefordert, Botschaften auf Post-Its zu schreiben und sie an einer dafür vorgesehenen Wand im Konferenzraum anzubringen. Insgesamt wurden 52 Zettel dort gepostet. Sie waren auf Englisch, Französisch, Deutsch und Niederländisch geschrieben, nachstehend die Übersetzungen ins Deutsche:

„Angesichts des steigenden Renteneintrittsalters und des Durchschnittsalters des Pflegepersonals müssen berufliche Weiterbildungsangebote und Berufsbilder entwickelt werden, damit die Beschäftigten im Gesundheitssektor auch anderweitig eingesetzt werden können.“

„CPD und LLL führen zu einer effektiveren und verbesserten Personaleinstellung und Personalbindung im Gesundheitswesen.“

„Investitionen in die formelle und informelle Ausbildung sind wichtig - jetzt und in Zukunft.“

„CPD ist immens wichtig, und es müssen Mitel und Wege gefunden werden, damit das gesamte Personal daran teilhaben kann.“

„CPD & LLL FÜR ALLE BESCHÄFTIGTEN“

„Investitionen in CPD/LLL müssen unabhängig von den konjunkturellen Rahmenbedingungen erfolgen.“

„Berufliche Bildung ist ein Erfolgsfaktor, kein Kostenfaktor“

„CPD sollte Teil der strategischen Personalplanung sein. Wir müssen in die Zukunft investieren und generationsübergreifendes Wissen nutzen.“

„Unser turbulentes Berufsleben erfordert eine eher praxisorientierte Lernkultur. Organisationen sind auch Lernumgebungen.“

„CPD für Krankenpflegekräfte ist wichtig, da sie immer mehr Aufgaben erfüllen müssen. CPD kann einen Beitrag zu einer höheren Arbeitszufriedenheit und höheren Löhnen leisten und Überlastungen auf der Arbeit verhindern."

„Die Kommunikation zwischen Gesundheitsfachkräften ist sehr wichtig, da viele Fehler beim Patientenmanagement auf unvollständige Informationen zurückzuführen sind."

„Wir müssen zusammenarbeiten, wir müssen gemeinsam lernen, wir müssen unser Wissen an andere weitergeben."

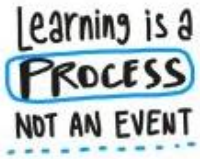
„Interprofessionelle Zusammenarbeit und Kompetenzentwicklung sind wichtig, wenn es um die Pflege älterer Menschen geht. Führungsstärke ist wichtig (Unterstützung durch das Management)."

„CPD und LLL lohnen sich. Investitionen in Arbeitskräfte => Investitionen in bessere Pflege => weniger Probleme."

„Es gibt keine Begründung für Akkreditierungen".

„CPD = NICHT NUR DAS SAMMELN VON CREDITS"

„Nicht nur das Ergebnis, sondern auch der Lernprozess (Plan und Reflexion) sollten als Credits anerkannt werden."



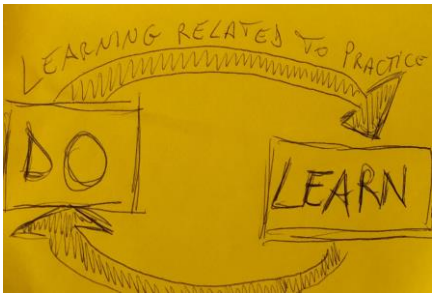
Lernen ist ein Prozess, kein Ereignis"

„Lernen ist ein Prozess, kein Ereignis! Es kann nicht nur um das Sammeln von Credits gehen. CPD sollte Relevanz haben."

„Credits sollten den Prozess des Lernens anerkennen und nicht einzelne Ergebnisse."

„Lernen ist ein kontinuierlicher Prozess."

„Der Mensch wird von Geburt an durch Lernen als empirischer Prozess geformt. Zuerst durch die Eltern, danach durch das Bildungswesen und anschließend durch die Schule des Lebens. Das lebenslange Lernen ist als ein Kontinuum zu verstehen."



„Ausbildung ist nicht die einzige Form, sein Wissen zu vergrößern."

„CPD sollte für die Beschäftigten im Gesundheitswesen nicht zu einer zusätzlichen Belastung werden."

„Nutzt die vorhandenen Ressourcen besser! Nutzt alle vorhandenen Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen."

„Legt mehr Wert auf interprofessionelle Teamarbeit, um CPD zu verbessern. Für sich allein genommen kann kein Berufsstand etwas in der Gesundheitsversorgung bewirken."

„Es soll nicht nur in eine vertikale berufliche Karriere investiert werden. Im Gesundheitswesen gibt es gute Möglichkeiten für horizontale berufliche Karrieren. Zum Beispiel als Fachpfleger für Wundversorgung oder ErgoCoach."

„Erfolgreich CPD-Modelle basieren auf einem partizipativen Ansatz und bauen auf dem Fachwissen von Räten und Ausschüssen auf, beteiligen aber auch den Patienten."

„Bildung braucht ein ausgewogenes Verhältnis zwischen den Ansprüchen des Individuums und der Organisation plus Motivation."

„Die berufliche formale Ausbildung hat einen hohen Wert, aber auch das informelle Lernen. Die Beschäftigten müssen die Gelegenheit haben, das Gelernte in der Praxis anzuwenden und andere davon profitieren zu lassen."

„Neue und kreative Wege für CPD-Programme sollten immer ein offenes Ohr finden. Wir müssen Neues wagen."

„Berufliche Bildung sollte relevant sein und Spaß machen."

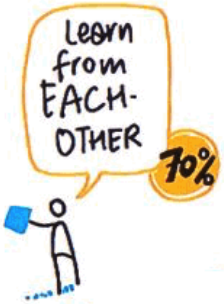
„Es ist wichtig, die berufliche Bildung auch auf den individuellen Bedarf der Arbeitnehmer/-innen abzustimmen. CPD-Kurse und -Formate müssen sich vor dem Hintergrund einer sich wandelnden Arbeitswelt entwickeln (moderne Technologie, Digitalisierung usw.)."

„Es ist wichtig, Berufsbildung und auch die informelle Bildung zu fördern und höher wertzuschätzen. Die Beschäftigten müssen die Gelegenheit haben, das Gelernte in die Praxis umzusetzen und andere daran teilhaben zu lassen. Aufgeschlossenheit ist das Schlüsselwort (Kreativität, neue Sachen ausprobieren)."

„Jeder Mensch ist anders.“ Beste Ergebnisse lassen sich durch maßgeschneiderte Bildungsangebote erzielen.“

„Es ist evident und logisch, dass CPD auf die einzelne Person zugeschnitten und an die individuellen Bedürfnisse der Arbeitnehmer angepasst werden muss. Wir müssen einen positiven Kreislauf in Gang setzen und uns trauen, CPD und LLL aus einer neuen Perspektive zu betrachten. Mögliche Ausgangspunkte:

- *Krankenhaus/Unternehmen*
- *Sektorebene*
- *Nationale Ebene.“*



„Am meisten lernt man von seinen Kollegen (70/20/10).“

„Neue Lernmethoden, Gamifizierung. Lernen kann Spaß machen. Der Escape Room ist dafür ein Beispiel.“

„CPD als personalisierter medizinischer Ansatz - das gilt es zu entwickeln!“

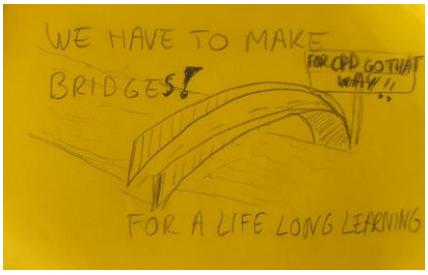
„Interprofessionelle Zusammenarbeit & Kompetenzentwicklung.“

„Es ist wichtig, die Führungsebene von Anfang an mit einzubinden, damit ein Projekt Erfolg hat.“

„E-Learning und andere CPD-Maßnahmen sollten ebenfalls rechtzeitig angeboten werden. Aufgrund der Personalknappheit steht während der Arbeit keine Zeit dafür zur Verfügung. Diese Krankenpflegekräfte, die bereits von ihrer Arbeit erschöpft sind, sollten sich nach ihrer eigenen Zeitplanung weiterbilden. Dies sollte in ihren Arbeitszeitmodellen berücksichtigt werden.“

„Die guten Krankenpflegekräfte in einem Krankenhaus sind keine Akademiker. Gute Krankenpflegekräfte verlassen sich sowohl auf ihr Wissen als auch auf ihre praktischen Fähigkeiten.“

„Gesundheit <u>für</u> Menschen oder Gesundheit <u>mit</u> Menschen! Wie können die Pflegekräfte umsetzen, was ihnen die Patienten mitteilen?“



'"CPD ist eine Sache, aber wir haben kaum über LLL geredet. Heute müssen wir länger arbeiten, bis wir in Rente gehen können. Viel Krankenschwestern werden ihren Beruf deshalb auf Dauer nicht schaffen. LLL soll ihnen helfen, eine andere Tätigkeit zu finden."

„HOSPEEM forever, denn wir brauchen Wege zur besseren Pflege"

„Können Gesundheitsfachkräfte dazu verpflichtet werden, an CPD-Maßnahmen teilzunehmen? Warum nicht? Wenn CPR im Kern als positive und unterstützende Maßnahmen präsentiert und angeboten wird, ist das in Ordnung, wenn dies mit entsprechenden Incentive-Angeboten einhergeht. Wir müssen außerdem CPD-Formate und -Programme in den Betriebsräten etablieren und brauchen Arbeitskräfte, die mitbestimmen."

„Technische Entwicklungen und die Digitalisierung passieren nicht von heute auf morgen. Wir müssen uns auf die Zukunft einstellen und eine adäquate und moderne Berufsbildung anbieten."

„Die berufliche Weiterbildung muss ausschließlich durch den Arbeitgeber finanziert werden. Der Arbeitgeber muss auf seine Mitarbeiter/-innen hören, damit die kontinuierliche berufliche Entwicklung auf deren Bedarfssituation angepasst wird. Die Ausbildung muss von Nutzen sein und und die Arbeit des Personals anerkennen."

„Es braucht die Koordinierung und die Zusammenarbeit mit öffentlichen Institutionen/ Behörden, damit eine nachhaltige CPD-Finanzierung gesichert ist. Gute Vorbilder sind eine zweckgebundene, antizyklische Finanzierung sowie sichere Etats für die strategische CPD-Planung (Formate, Gruppen, Design)."

„Große Veränderungen brauchen ein großes Herz"

„Die Einbindung von Patienten ist unsere Aufgabe bei der Ausbildung von Fachpersonal. Inspiration ist die beste Praxis."

„Was nehmen wir nach diesen zwei Tagen konkret in Angriff? Welche konkreten Maßnahmen können wir ergreifen? Der europäische Sozialdialog ergibt nur Sinn, wenn es einen Sozialdialog auf einzelstaatlicher Ebene gibt. Die Rolle der Sozialpartner sollte darin bestehen, diesen lokalen sozialen Dialog zu fördern und zu lenken und sich dabei Aufgaben zu stellen, die alle Beteiligten motivieren (es reicht nicht, nur den kleinsten gemeinsamen Nenner zu finden). Wir müssen es wagen, Anforderungen festzulegen, die uns klar definierte Ziele erreichen lassen. Knappe Budgets sind oft die perfekte Entschuldigung, um berufliche Weiterbildung zu vergessen. CPD und LLL sind von höchster Bedeutung, aber Pflegekompetenz ist ebenfalls wichtig.