**Doelgroep:** Medisch specialisten die reeds een scholing peer support hebben gevolgd (een afgeronde opleiding tot medisch specialist en vast lid van de medische staf).

**Doel van de training:** Betreft een opfriscursus van de peer support scholing.

Na het volgen van deze scholing heeft de deelnemer de kennis en vaardigheden om collega specialisten en specialisten in opleiding op te vangen die betrokken zijn bij incidenten/ calamiteiten en te signaleren wanneer er sprake is van een situatie waarin iemand meer begeleiding nodig heeft.

**Opzet nascholing**: De nascholing start met de achtergronden t.a.v. incidenten/calamiteiten in het ziekenhuis. Deelnemers worden bewust gemaakt van het ontstaan van incidenten, wat er dan psychologisch gezien met iemand gebeurt en hoe dit zich kan uiten. De deelnemers leren de symptomen herkennen die erop kunnen wijzen dat het niet goed gaat met de verwerking van een incident/calamiteit (risicogedrag). Het principe ‘just culture’ binnen een ziekenhuis wordt behandeld en er wordt besproken wat er van iedereen nodig is om een dergelijke veilige omgeving te kunnen bereiken. Er wordt besproken hoe je iemand het beste kan helpen, welke gesprekstechnieken daarbij geschikt zijn en vooral ook wat je daarbij juist niet moet doen. Verschillende gesprekssituaties worden geoefend en geëvalueerd, waarmee praktische handvatten worden gegeven om het gesprek aan te kunnen gaan. De training eindigt met het gezamenlijk bespreken van de organisatie en afspraken die binnen het ziekenhuis worden gemaakt t.a.v. de opvang van specialisten betrokken bij incidenten/calamiteiten.

**Na afloop van de nascholing zijn de volgende leerdoelen behaald (opgefrist):**

Kennis:

* De deelnemer kent de achtergronden en theorie ten aanzien van incidenten/ calamiteiten in het ziekenhuis.
* De deelnemer weet wat ‘just culture’ inhoudt en wat er nodig is om dit in het ziekenhuis te bereiken.
* De deelnemer heeft kennis genomen van de wijze waarop de opvang van specialisten na betrokkenheid bij een incident/calamiteit binnen het betreffende ziekenhuis is georganiseerd.

Inzicht:

* De deelnemer begrijpt wat er psychologisch met iemand gebeurt wanneer deze betrokken is bij een incident/ calamiteit.
* De deelnemer herkent de signalen die erop wijzen dat het niet goed gaat met de verwerking van een incident/calamiteit (herkenning van risicogedrag).

Vaardigheden:

* De deelnemer beheerst de benodigde vaardigheden/ gesprekstechnieken om op juiste wijze een gesprek aan te kunnen gaan met een collega die een incident/calamiteit heeft meegemaakt.

Gedrag:

* De deelnemer neemt een houding aan die past bij het bereiken van een veilige en open cultuur (‘just culture’).
* De deelnemer past de geleerde gesprekstechnieken in de praktijk toe om daarmee collega’s op de vangen die betrokken zijn bij incidenten/calamiteiten.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Welkom & Introductie | 16.30-16.40 uur | Presentatie | **Introductie, verwachtingen, doelen.**Inhoud en doelen van de training bespreken. Doornemen wat ieders verwachting is en wat men tijdens de training zou willen leren.  |
| Fouten en psychologie | 16.40-17.10 | Onderwijsleergesprek | **Herhaling en opfrissen (naar behoefte van de groep): Psychologisch proces bij fouten maken**Bespreking van het normale proces dat iemand doorloopt na een incident. Tevens bespreken wanneer er sprake is van abnormale verwerking en er worden handvatten geboden om dergelijk risicogedrag te kunnen herkennen. De normale reacties (psychische en fysieke symptomen) rond de verwerking van een incident worden besproken. Alertheid tijdens deze fase is belangrijk, om te kunnen signaleren wanneer de verwerking niet meer normaal is en een chronische vorm aanneemt. *Chronische reacties*Ongeveer 10% van de artsen die geconfronteerd worden met een fout of misser blijven klachten houden. Deze klachten hebben het meest weg van PTSS. Veel voorkomend zijn:  Herbeleving / intrusiesVermijding (angst voor herhaling), Terugtrekken / depressie, Emotionele afstompingHyperalertheid / arousal Slapeloosheid, snelle geirriteerdheid, concentratie- en geheugenproblemen)Blijvende twijfel aan persoonlijke competentie en twijfel aan de beroepskeuze*Risicofactoren*De meeste mensen hebben dus de veerkracht om zelf om te gaan met de gemaakte misser of fout. Het risico op chronische problematiek wordt beïnvloed door persoonlijke fatoren:* Persoonlijkheidsfactoren: Hoog streefniveau, Perfectionisme, Schaamte
* Herhaalde fouten / missers / bijna missers
* Voorgeschiedenis van emotionele traumatisering
* Het vermogen om steun te vragen

Maar ook door organisatiefactoren: Schaamte als kenmerk maatschap (sfeer bij overdracht, onuitgesproken regels tav kwetsbaarheid), Afrekencultuur (disc: naar buiten brengen fouten??), gebrek aan ondersteuning vanuit de organisatie of van collega’s*Wat helpt:* Debriefing (ook gericht op het team): napraten dusSteun van collega’s / supervisoren (Meeste artsen hebben geen behoefte aan counseling maar aan een directe collega)Steun vanuit de organisatieSteun van eigen omgeving (partner, vrienden) (heeft ook keerzijde)Info over verwerking / Normaliseren van heftige emoties (het hoort er ook bij)Persoonlijkheid: emotionele veerkracht (resilience), niet teveel internaliseren of personaliserenHet besef dat fouten maken het gevolg kan zijn van een beroep met zware verantwoordelijkheden. |
| Just Culture | 17.10-17.35 | Presentatie & leestekst | **Herhaling en opfrissen (naar behoefte van de groep): Veilig klimaat rondom fouten**Bespreking van het principe ‘Just Culture’. Wat houdt Just Culture in? Wat draagt wel en niet bij aan Just Culture? Wat wordt er van de medewerker en organisatie verwacht als het gaat om het leveren van een bijdrage aan het bereiken van Just Culture. Mensen hebben de vervelende gewoonte om anderen te veroordelen als er iets misgaat: ‘Ze had beter moeten uitkijken’, ‘Hij had dat niet moeten doen of dit moeten laten’. Behalve dat dit soort uitspraken geen recht doen aan de betrokkenen valt er ook niets te leren als we zo met elkaar omgaan. Je kunt steeds maar roepen hoe dom het is als iemand in de put valt, maar je kunt er ook een hek om plaatsen. Dat noem je systeemdenken. De systemen die ons omgeven zijn enorm complex in sociaal, technisch en logistiek opzicht. We hebben menselijke vermogens als flexibiliteit en veerkracht nodig om een operatie of andere complexe procedure te volbrengen. Gaat het dan toch fout, dan is er blijkbaar een knelpunt in het systeem dat verbeterd kan worden. Door van fouten te leren kunnen we het systeem veiliger maken.We kijken altijd terug met de kennis van nu en dan veroordelen we maar al te graag. Maar daar is de literatuur heel duidelijk over: als we straffen wil niemand meer praten over wat haar is overkomen. Veiligheid hangt samen met de mate waarin mensen beschermd zijn als ze over hun fouten willen praten. De zorg wordt dus op geen enkele manier veiliger als de fouten juridisch worden bestraft (tuchtrecht). Het voor de rechter brengen van iemand die een medische fout heeft gemaakt is op allerlei manieren schadelijk:1. Het kost geld dat heel nuttig besteed had kunnen worden om de veiligheid te verhogen.
2. Het is contraproductief: de veiligheid is juist gebaat bij openheid zonder juridische dreiging.
3. Het is oneerlijk: de mogelijkheid dat een behandeling een slechte uitkomst heeft is inherent aan het werk dat artsen doen.

Hoe iets in de behandeling kan verglijden van normaal tot misdadig is een extreem moeilijke inschatting, het juridisch systeem mist hiervoor meestal ook de expertise. De beslissing om een arts te vervolgen blijkt nogal willekeurig en artsen ervaren dit als onrechtvaardig. Het tuchtrecht is ook niet gericht op leren of op kwaliteitsverbetering, het is gericht op waarschuwen, berispen en straffen. Wat mooi zou zijn is als je degene die voor de tuchtrechter staat zou kunnen vragen: Wat vind jij nou voor jezelf een passende straf? Dan krijg je antwoorden die zijn gericht op leren en verbeteren. ‘Ik vind voor mezelf een goede straf dat ik mijn collega’s en assistenten hierover vertel in mijn vrije tijd’. Dat is herstellend en vertrouwen wekkend. Het criminaliseren van een medische fout schaadt de veiligheid. Op korte termijn lijkt het de veiligheid te vergroten (we beschermen de maatschappij tegen disfunctionerende medici), maar op de lange termijn creëren we een cultuur van geheim houden van risico’s, van stilhouden, doofpotten, angst en defensieve geneeskunde. Het is absoluut niet zo dat professionals niet verantwoordelijk willen worden gehouden voor hun gedrag. Dat willen ze, maar wel door de mensen die zij legitiem achten en met de consequenties zie zij zinvol achten voor hun werk, voor hun patiënten en hun beroepsgroep. Bespreking: wat is er van de medewerker en de organisatie nodig om een veilige cultuur te bereiken? |
| Praktijkoefening | 17.35-18.10 | Rollenspel/ demonstratie/ discussie | **Gesprekstechnieken, oefening adhv casussen**Welke gesprekstechnieken helpen bij het aangaan van gesprekken? Aan de hand van verschillende casussen worden in groepsverband door middel van een rollenspel gesprekken geoefend en geëvalueerd. Plenaire bespreking van de principes NIVEA, LSD, ANNA en OMA en de basishouding in gespreksvoering (Rogers).  Daarna aan de hand van verschillende casuistiek en persoonlijkheden in groepsverband rollenspellen: 1 persoon is degene die het incident is overkomen, 1 persoon voert het gesprek. De overige personen observeren verbale en non verbale signalen. * Hoe start je het gesprek?
* Hoe zorg je voor een veilige omgeving?
* Wat zijn de gespreksniveaus en hoe zorg ik dat het gesprek voldoende diepgang heeft?
* Hoe ga je om met weerstand?
* Hoe merk je dat het echt mis is?
 |
| Implementatie & praktijk | 18.10-18.30 | Presentatie & discussie | **Implementatie en afspraken in praktijk, hoe loopt het tot nu toe?** Gezamenlijk bespreken welke afspraken er binnen het betreffende ziekenhuis zijn/ worden gemaakt over de opvang en begeleiding van artsen die betrokken zijn geweest bij incidenten/ calamiteiten.  |