

СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СТАНДАРТИЗИРОВАННОГО ПАЦИЕНТА В ПРОЦЕДУРЕ АККРЕДИТАЦИИ ПСИХИАТРОВ

Ивашиненко Д.М., Бурделова Е.В.

ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет», Тула

Актуальность

В настоящее время в РФ поэтапно внедряется аккредитация специалистов. Когда будет введена первичная специализированная аккредитация для выпускников ординатуры и врачей, которые получают новые специальности в рамках дополнительного профессионального образования, актуальным станет вопрос: «Каким образом будет проходить аккредитация специалистов, в профессиональной деятельности которых преобладают коммуникативные навыки, навыки которые невозможно продемонстрировать на манекенах и муляжах?». И поскольку с 2021 года периодическая аккредитация будет введена для всех специалистов, мы считаем, что вопрос использования стандартизированного пациента в обучении и оценке профессиональных навыков становится всё более актуальным.

Стандартизированный пациент (СП) - это лицо, обученное играть роль пациента, члена семьи или другого лица, что позволяет учащимся отрабатывать практические навыки: диагностики, ведения истории болезни, общения и другие. Сам стандартизированный пациент должен быть тщательно обучен, чтобы он смог симитировать характеристики реального пациента, тем самым предоставляя обучающемуся возможность учиться в моделированной клинической среде и в дальнейшем в ней же пройти аккредитацию. Таким образом, в будущем предстоит решить следующие проблемы: отбор и обучение лиц, желающих стать стандартизированным пациентом; отбор клинические ситуации, в которых аккредитируемое лицо должно будет продемонстрировать свои профессиональные навыки; разработка методического обеспечения работы СП; система оплаты его труда; разработка объективных критериев оценки уровня проверяемых компетенций.

Материалы и методы

Исследование было проведено в августе 2017 года. Специально для него сотрудниками кафедры психиатрии и наркологии был разработан опросник, состоящий из 12 открытых вопросов. В опросе участвовали 50 врачей: 33 психиатра, 13 наркологов, 4 психотерапевта. Им было предложено 2 блока вопросов. В блоке А было необходимо указать, врачом какой специальности является респондент. Если специальностей несколько, то нужно было указать по какой из них осуществляется профессиональная деятельность. В блоке В вопросы были сформулированы таким образом, чтобы была возможность оценить отношение и идеи врачей по данной проблеме. В нём содержались вопросы:

- какие навыки могут быть отработаны на стандартизированном пациенте в психиатрии/ психиатрии-наркологии/ психотерапии;
- как они оценивают возможность актёра симулировать психическое/ наркологическое заболевание;
- каким образом должно проходить обучение стандартизированного пациента в психиатрии, наркологии, психотерапии;
- какие положительные и отрицательные стороны они видят в использовании стандартизированного пациента для обучения и оценки навыков врача;
- возможно ли с использованием стандартизированного пациента для обучения диагностическому поиску в психиатрии/ психиатрии-наркологии/ психотерапии;
- возможно ли с использованием стандартизированного

пациента для развития и оценки коммуникативных навыков в психиатрии/ психиатрии-наркологии/ психотерапии;

- возможно ли отработать на стандартизированном пациенте психотерапевтические методы и приёмы;
- ситуация, воспроизведённая в рамках аккредитации на стандартизированном пациенте, будет ли отражать реальную в кабинете врача.

Результаты

По результатам, проведённого опроса, 85% респондентов считают, что на стандартизированном пациенте могут быть отработаны коммуникативные навыки. Возможность обучения, а тем более оценки навыков диагностического поиска, вызвала сомнение у 45% - в связи с сомнениями в актёрском мастерстве и точности воспроизведения психопатологических симптомов. Обучение стандартизированного пациента, по мнению 90% врачей, должно проводиться в психиатрической клинике преподавателями медицинских ВУЗов, 30% из них указали, что такое обучение должно проводиться совместно с практикующими врачами. Из них 60% опрошенных считают, что стандартизированный пациент должен предварительно иметь возможность длительного общения с пациентами, страдающими психическим заболеванием. При этом они не представляют каким образом должна быть обеспечена данная возможность. Положительной стороной использования стандартизированного пациента, по мнению 75% врачей, является отсутствие вредных воздействий на пациентов. 65% - отметили, что использование стандартизированного пациента представляется им единственной альтернативой в обучении или в процессе аккредитации без задействования реальных больных. При этом, то же количество опрошенных высказали сомнения по поводу достоверности результатов такого обучения или процесса аккредитации с использованием СП.

Обсуждение

В целом можно сказать, что идея использования стандартизированного пациента в процессе обучения или аккредитации поддерживается профессиональным сообществом психиатров, наркологов и психотерапевтов. Но было высказано множество сомнений по поводу возможности достоверно симитировать клиническую ситуацию в психиатрической клинике. Это поднимает важные вопросы, а именно, кто, в какие сроки и как должен будет обучать будущих стандартизированных пациентов.

МЕТОДИКА «СТАНДАРТИЗИРОВАННЫЙ ПАЦИЕНТ» В МЕЖДУНАРОДНОЙ КОМПЛЕМЕНТАЦИИ АККРЕДИТАЦИОННОГО ЭКЗАМЕНА ВЫПУСКНИКОВ ВЫСШИХ МЕДИЦИНСКИХ ШКОЛ.

Булатов С.А., Heidi Lane

Казанский государственный медицинский университет

Актуальность

В последние годы, во всем мире взят курс на глобализацию практической медицины и универсальность методик лечения наиболее часто встречаемых заболеваний. Решение данной задачи возлагается прежде всего на высшие учебные заведения, осуществляющие подготовку специалистов для практического здравоохранения. Основным критерием подготовленности специалиста служат уровень знаний и умений, которые демонстрируются в ходе сертификационных экзаменов (USMLE - США). Россия активно поддерживает данное направление развития медицины и с 2016 года ввела первичную аккредитацию выпускников медицинских вузов.

Материалы и методы

Мы провели сравнительное изучение структуры аккредитационного экзамена в системе высшего медицинского образования России и национального экзамена для получения лицензии на медицинскую деятельность в Соединенных штатах Америки. Целью нашего исследования было изучение соответствия фонда оценочных средств генеральной задаче – объективной оценке качества подготовки специалиста к самостоятельной профессиональной деятельности. В качестве материала изучения были использованы данные первичного аккредитационного экзамена проведенного в Казанском государственном университете в 2017 году и опубликованные данные по высшей школы медицины Карилионе (Virginia Tech Carilion School of Medicine, США).

Результаты

Как показали проведенные исследования, структура этапов итогового экзамена в России и Соединенных штатах Америки, в основных чертах, совпадает. На первом этапе это проверка теоретических знаний в виде тестового контроля, на втором – проверка практических умений и навыков. Поскольку наиболее дискуссионным и важным с практической точки зрения для практической работы молодого специалиста нам представляется второй этап – мы изучили его более пристально. Для российского выпускника лечебного факультета он был представлен в виде пяти последовательных станций (неотложная помощь, сердечно-легочная реанимация, экстренная помощь, физикальное обследование пациента, диспансерный осмотр). В Соединенных Штатах Америки данный этап был представлен в виде экзамена по методике «стандартизированный пациент». Каждый соискатель получал для решения 11 кейсов и 3,5 часа рабочего времени, при этом 9 минут выделялось на работу с актером и 7 минут на заполнение медицинской документации.

Обсуждение

В абсолютных величинах данный этап экзамена был успешно пройден выпускниками в обеих высших медицинских школ. Заслуживает внимания фонд оценочных средств, который был использован для оценки качества владения практическими навыками экзаменуемых. Выпускники Virginia Tech Carilion School of Medicine (США) при проведении «сп» экзамена оценивались по двум основным направлениям: профессионализм действий экзаменуемого (соответствие его тактики сформированному алгоритму работы с пациентом, следованию клиническим нормативам в обследовании и тактике лечения нозологии) и удовлетворенность пациента от общения с доктором (коммуникационные навыки). Выпускники Казанского ГМУ тоже оценивались по двум основным критериям: правильность выполнения манипуляции и соблюдение временного норматива. Не представляется возможным сегодня однозначно сказать какая из использованных форм экзамена наиболее объективно тестирует практические умения выпускника. Однако ряд аргументов может быть вынесен для дальнейшей дискуссии. В частности, было отмечено большое количество мелких технических погрешностей при проведении внутривенной инъекции, перкуссии и аускультации грудной клетки при физикальном обследовании пациента. По мнению членов аккредитационной комиссии, работавшей в Казанском ГМУ, действия экзаменуемых при выполнении манипуляций носили в большинстве случаев механически заученный характер нежели осмысленный и перешедший в разряд навыка. Еще одним поводом для обсуждения может быть выбор станций для проверки практических умений – три из пяти осуществляли проверку навыков оказания неотложной помощи в экстремальной ситуации и только две были посвящены элементам общеклинического обследования пациента. Большинство российских выпускников начинают свою трудовую деятельность в поликлиническом звене практического здравоохранения, где основную

часть времени будут проводить работая с амбулаторным контингентом больных. Поэтому коммуникативные навыки работы с пациентом, умения сбора анамнеза за ограниченное время, составление плана лабораторно-инструментальной диагностики, выбор программы лечения являются не менее важными практическими навыками, которые можно тестировать на данном этапе у молодого специалиста. На наш взгляд, все эти умения могут быть оценены при использовании экзаменационного варианта методики «стандартизированный пациент». В Казанском ГМУ, совместно с коллегами из Virginia Tech Carilion School of Medicine, США с 2008 года проводится экзамен для выпускников с использованием американских тестов экзамена USMLE. Мы имели возможность сравнения результатов данного экзамена с оценками, полученными теми же выпускниками на итоговой государственной аттестации выпускников (2008 -2017г.г.) и аккредитационном экзамене (2017г.). Достоверной разницы в результатах экзаменов выявлено не было. По мнению большинства участников экзамен проводимый по методике «сп» является более объективным, трудным, требует большей самоотдачи и комплексной подготовки, но в то же время он более динамичен, интересен и наиболее реалистично отражает условия будущей профессиональной деятельности.

Выводы

Методика «стандартизированный пациент» является широко распространенной в мире для проверки уровня владения практическими навыками медицинского специалиста. Включение в состав аккредитационного экзамена заданий, составленных на основе данной методики позволяет сделать его более объективным и приближенным к реалиям будущей профессиональной деятельности выпускника. Результаты экзаменов, проведенных с использованием методики «стандартизированный пациент» позволят провести имплементацию российской модели аккредитационного экзамена на международном уровне.

ПИЛОТ ПО ОЦЕНКЕ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ ВЛАДЕНИЕМ НАВЫКАМИ КОММУНИКАЦИИ С ПАЦИЕНТАМИ

(1) Давыдова Н.С., Чернядьев С.А., Теплякова О.В., Попов А.А., Макарошкин А.Г., Дьяченко Е.В., Самойленко Н.В., (2) Сонькина А.А., Серкина А.В., Боттаев Н.А., Шубина Л.Б., Грибков Д.М.

1) ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России кафедра психологии и педагогики, Екатеринбург, 2) ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М. Сеченова УВК «Mentor Medicus», Москва

Актуальность

Взросший уровень медицины, демократизация общества привели к смене модели медицины с патерналистской на партнёрскую. Пациент-ориентированная модель профессионального взаимодействия подразумевает принятие точки зрения пациента, эмпатийное отношение и т.п. Наличие информации о правилах общения не даёт гарантии для появления эффективных форм взаимодействия медицинского работника с пациентами. Необходима осознанная практика. Для большинства специальностей здравоохранения коммуникативная компетенция является профессиональным инструментом, владение которым достойно для оценивания во время проведения различных экзаменов. Такая оценка возможна либо в реальных условиях, либо в условиях симуляции с использованием специально подготовленных симулированных пациентов (СП). Исследование посвящено изучению возможностей оценки в симулированных условиях владением навыками коммуникации с пациентами молодыми врачами, как прошедшими специальное обучение-тренинги в симулированных условиях, так и обучающихся по традиционным программам.

Материалы и методы

После первого съезда специалистов по коммуникативным навыкам в медицине (2 октября 2016 г., Москва) специалистами из Екатеринбурга создан проект Экзаменационной станции для первичной аккредитации выпускников «Лечебное дело» по навыкам общения. Совместно с сотрудниками Сеченовского университета этот проект неоднократно апробировался. Опасения, связанные с организационными сложностями первоначального периода процедуры первичной аккредитации, не позволили сделать данную станцию обязательной. Вузам было предложено организовать у себя пилот, для чего в мае при поддержке РОСОМЕДа было реализовано два курса (с дистанционной поддержкой) для подготовки специалистов из числа ППС по теме «Симулированный пациент навыков общения в медицине». В курсах успешно приняли участие представители различных медицинских вузов. Тем не менее, пилотная станция была внедрена на втором этапе аккредитации в двух вузах. При работе на станции использовались три формы для заполнения чек-листа с количественным расчетом показателей. Один заполнялся экспертом при наблюдении за работой экзаменуемого, второй – симулированным пациентом, а третий в виде имитации электронной карты пациента заполнял сам экзаменуемый о результатах своей беседы. В системе чек-листов отдельно оценивались коммуникативные навыки (форма вопросов, обобщение, прояснение позиции пациента ...), а также количество пропедевтических вопросов по конкретным органам, системам, симптомам. В ходе разработки станции и в процессе ее прохождения, проводился опрос экспертов, а также опрос и анкетирование экзаменуемых.

Результаты

Количество аккредитуемых, принявших участие в пилоте в Первом Московском государственном медицинском университете им. И.М. Сеченова и Уральском государственном медицинском университете соответственно 97 (9% от всех выпускников)/38 (21% от всех выпускников). Количество принявших участие в пилоте, прошедших специальное обучение по коммуникативным навыкам в медицине 4 (1 % от участвующих в пилоте)/100% от участвующих в пилоте. Количество персонала (включая экспертов), привлеченных для работы одной станции одновременно 2/2 человека. Общее количество подготовленных экспертов для работы на данной станции (взаимозаменяемых) 2/5. Общее количество подготовленных симулированных пациентов для работы на данной станции (взаимозаменяемых) 8/3.

Доля от всех участников, получивших неудовлетворительный результат, – 5%. Доля участников, получивших результат по оценке коммуникативных навыков ниже среднего, – от 45% до 60 % (в зависимости от системы весовых коэффициентов пунктов чек-листа), как среди проходивших обучение, так и среди общего числа аккредитуемых. Количество участников, проходивших обучение и указавших в медицинских записях верный ведущий диагностический признак среди обученных выше, чем среди не проходивших специальное обучение (93% и 61% соответственно).

По опросам участников аккредитации и отдельно экспертов (что весьма ценно) данная станция показалась большинству участников самой реалистичной и больше всего похожей на основную деятельность врача первичного звена.

Обсуждение

Обнаружена обратно пропорциональная связь между оценкой в штрафных баллах по чек-листу и оценкой в позитивных баллах впечатления симулированного пациента (коэффициент корреляции от -46% до -27%, (в зависимости от системы весовых коэффициентов пунктов чек-листа). Что означает, чем лучше коммуникативные навыки, тем

лучше оценка от симулированного пациента. Не обнаружено существенной зависимости между оценкой по чек-листу и количеством заданных уточняющих вопросов (пропедевтических). Обнаружена зависимость между баллами, полученными за основной чек-лист и баллами, полученными за оценку записей в «карте пациента» (коэффициент корреляции 23%). Что означает, чем лучше оценка коммуникативных навыков, тем качественнее оформление медицинской документации и выше диагностические способности врача.

Выводы

Полученные результаты пилотирования станции дают аргументированные основания для вывода о том, что данная станция должна обязательно быть включена в процедуру экзаменов медицинских работников. Для этого не обязательно специальное обучение экзаменуемых, и те, и другие демонстрируют уровень коммуникативных навыков примерно одинаковый (данные пилота Сеченовского университета). Информация о правилах общения с пациентом включена во все образовательные программы. Тем не менее, более эффективными в целом оказались студенты, прошедшие специальный тренинг. Что позволяет сделать вывод о том, что тренинги по коммуникативным навыкам могут существенно повысить качество итоговой подготовки специалистов практического здравоохранения, а следовательно, элективные или факультативные занятия должны быть. Для организации работы станции должны быть специально подготовленные пациенты (СП), а также прошедшие тематическое обучение экзаменаторы. Дальнейшими задачами для внедрения данного проекта должны стать установление проходного балла, а также увеличение количества валидных для отечественного здравоохранения сценариев.

ОПЫТ РЕГИОНАЛЬНОЙ СЕТИ КЛИНК ООО «МЕДИЦИНА АЛЬФА СТРАХОВАНИЯ» В ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ НАВЫКАМ ЭФФЕКТИВНОЙ КОММУНИКАЦИИ С ПАЦИЕНТОМ: ТРЕНИНГ И ПОСТ-ТРЕНИНГ

Кудряшова В.С., Гольдберг В.Б., Романенко Н.Ю.
ООО Медицина «Альфа-Страхования», Москва

Актуальность

ЕУ, исследование коммерческой медицины, Россия 2016-2017 гг: «Более 40% опрошенных назвали одной из наиболее существенных тенденций повышение требований пациентов к качеству и стандартам оказания медицинской помощи. Пациенты все чаще ожидают от врача персонального подхода и гибкой коммуникации, в связи с чем у них могут возникать жалобы и претензии к уровню обслуживания, не связанные с качеством оказания самой медицинской помощи.»

Поле коммуникации «врач-пациент» в современной российской медицине находится в переходе от патерналистской модели коммуникации, к партнерской. И, не смотря на то, что обучение врачей навыкам коммуникации с пациентом пока что не является обязательной частью образования, многие клиники понимают, что такое обучение необходимо, а также напрямую связано с качеством оказания медицинской помощи. Наша клиника видит пациент-ориентированность как одну из основных ценностей, поэтому мы обучаем врачей сети навыкам коммуникации с пациентом.

Однако мы также понимаем, что такое обучение сложный процесс, требующий не только локального формата обучения (тренинг), но также и сопровождения врачей в освоении навыков коммуникации в решении повседневных профессиональных задач. Это тем более актуально, что для многих врачей предлагаемая модель коммуникации принципиально отличается от привычной. В связи с этим мы разрабатываем систему сопровождения

для врачей, прошедших обучение по программе «Навыки эффективной коммуникации врача с пациентом». Цель этого проекта - поддержать переход врачей сети клиник к партнерской модели коммуникации с пациентом.

Материалы и методы

1.Тренинг с участием симулированного пациента по программе «Навыки эффективной коммуникации врача с пациентом»; 2.Тестирование усвоения знаний по Модулям программы «Навыки эффективной коммуникации врача с пациентом» (множественные и кейсовые вопросы); 3.Бланк самоанализа врача (разработанный на основе Brown Interview checklist); 4.Супервизия врачей; 5. Информационная рассылка (гайды по коммуникативным навыкам и научно-популярные статьи о пациент-ориентированном подходе); 6. Оценка врачей (процедура оценки по чек-листам с участием нескольких агентов оценки)

Результаты

В настоящий момент обучено более 200 врачей сети клиник. Врачи хорошо принимают материал программы обучения, включаются в активную работу на тренинге (средний балл по анкетам обратной связи по итогам обучения 9,4 из 10). Высшее и среднее управленческое звено клиник видит необходимость и значимость обучения. Клиники выделяют время врачей для обучения. Отдельные клиники активно включаются в процесс сопровождения врачей после обучения, административное звено готово обучаться тонкостям программы и работы с навыками, чтобы поддерживать применение навыков на рабочих местах.

По окончании обучения врачи проходят тестирование, получают информационную рассылку с расширенными материалами по программе, получают Бланк самоанализа как вспомогательный инструмент для обращения к навыкам коммуникации на рабочем месте, а также инструмент для анализа коммуникативных успехов и неудач во взаимодействии с пациентами.

Обсуждение

В разработке модели пост-тренинга мы опираемся на некоторые материалы ЕАСН (Международной ассоциации коммуникации в сфере медицины). Однако стоит отметить, что если в обучении мы во многом полагаемся на наработки европейских коллег, то в разработке процедуры сопровождения врачей после обучения, нам приходится прокладывать собственный путь. Перед европейскими клиниками просто не стоит такой задачи - все врачи обучены навыкам коммуникации в течении 6 лет своего дипломного образования и «впитали» эту модель коммуникации как основную.

Нам же требуется новаторская разработка процедуры пост-тренинга в условиях ограниченного тренерского ресурса, отсутствия адаптированных материалов и методов.

Выводы

Обучение, сопровождение и оценка пациент-ориентированности врачей, навыков их коммуникации с пациентом, необходимый элемент менеджмента качества в клинике. Это одно из базовых условий оказания качественной медицинской помощи и наращивании позитивного пациентского опыта.

ВКЛЮЧЕНИЕ СИТУАЦИОННЫХ ИГР В ПРОГРАММУ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ ОСНОВАМ МЕДИЦИНСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ

Кириленко Н.П., Соловьева А.В., Петрухин И.С, Родионов А.А., Караева Е.В., Килейников Д.В., Калинин М.Н. ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Актуальность

Удовлетворенность населения качеством оказания медицинской помощи во многом определяется соблюдением медицинскими работниками принципов медицинской этики и деонтологии. Именно поэтому основы деонто-

логического поведения должны формироваться со студенческой скамьи. В настоящее время это особенно важно. Во-первых, психика молодого человека подвержена стремительно меняющемуся поведению общества, а, во-вторых, - в обществе значительно повышаются требования к деонтологическим аспектам врачебной деятельности.

Вместе с тем, приверженность персонала медицинских организаций к соблюдению норм медицинской деонтологии остается невысокой. Указанное требует разработки новых подходов к обучению студентов, позволяющих не только дать знания, но и на практике продемонстрировать возможность самостоятельного разрешения ими конфликтов и формирования гармоничных отношений с самыми требовательными пациентами.

Материалы и методы

Во время разбора темы «Деонтологические аспекты в работе врача общей практики» со студентами шестого курса лечебного факультета Тверского государственного медицинского университета широко применяются ситуационные игры. В качестве ситуационных задач моделируются реальные жалобы больных на своего лечащего врача, направленные в Министерство здравоохранения Тверской области при соблюдении закона о сохранении персональных данных. Вначале занятия преподаватель со всей группой обсуждает три варианта жалоб, чтобы у студентов сложилось представление об их поведении при реализации ролевой игры. Затем из группы студентов формируется четыре подгруппы по три человека, которые представляют интересы пациента, врача или сотрудника Министерства здравоохранения. После подготовки, в течение 45 мин. каждая подгруппа разыгрывает ситуацию по конкретной жалобе, а остальные студенты участвуют в ролевой игре в качестве активных наблюдателей, задавая при необходимости уточняющие вопросы или реагируют на отдельные эпизоды обсуждения жалобы положительными или отрицательными репликами. Главная задача игры - выработка умений анализировать, оценивать и разрешать ту или иную проблемную ситуацию посредством ее обсуждения, творческого использования и трансформации знаний, применения методов эвристики, «мозгового штурма» и др. Преподаватель оценивает решение каждой подгруппы, выставляет оценки на основании подсчитанных баллов. Баллы выставляются за быстроту принятия решения, детализацию плана решения, четкое, полное формулирование проблемы, полноту и доказательность решения.

Результаты

Сравнивая вводную часть занятия с последующими ситуационными играми, необходимо отметить не только нарастающую активность студентов в ходе занятия, но и их увеличивающую объективность в оценке деонтологической ситуации между врачом и пациентом.

Обсуждение

В настоящее время повышение образования студентов медицинских ВУЗов в области деонтологии приобретает особое значение. От того, как будет налажен контакт между врачом, пациентом и его родственниками зависит успешность диагностики, лечения и профилактики заболеваний, а также время, затраченное на приём. Использование при обучении материалов лекций, ситуационных задач, основанных на реальных жалобах населения, дискуссионный позволило сделать учебный процесс более реалистичным и живым. Несомненно, такие интерактивные занятия позволят студентам деонтологически правильно вести себя во время своей врачебной деятельности.

Выводы

Таким образом, использование ситуационных игр при обучении студентов-медиков вопросам деонтологии позволит повысить не только уровень знаний обучающихся, но и навыки общения с пациентом, что будет ими использовано в дальнейшей профессиональной деятельности.