

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ КЕЙСОВ ОСНОВАННЫХ НА МЕДИЦИНСКИХ ОШИБКАХ В МЕДИЦИНСКОМ ОБРАЗОВАНИИ.

Нурпеисова Р.Г., Сыздыкова А.С., Бекбергенова Ж.Б.
АО Медицинский университет Астана, Казахстан

Актуальность

Совместно с другими вузами партнерами Великобритании, Украины, Швеции, Греции и Чехии, Медицинский университет Астана в 2015 году начал работу в международном грантовом проекте «Обучение во избежание медицинских ошибок –TAME». В рамках данного проекта, внедрение «Использование клинических кейсов основанные на допущения медицинских ошибок по дисциплине «детские болезни» для студентов медицинских вузов», способствует развитию клинического мышления у студентов и улучшению коммуникативных компетенций, а также позволит студентам пройти обучение по предупреждению врачебных ошибок в безопасной среде, что приводит к повышению качества обучения.

Материалы и методы

Преимуществами клинических кейсов основанные на медицинских ошибках является умения анализировать ситуацию, оценивать альтернативы, выбирать оптимальный вариант и составлять план его осуществления, осознанность на допущения медицинских ошибок. И если в течение учебного цикла подход применяется многократно, то у будущих врачей вырабатывается опыт решения профессиональных задач. При этом важной особенностью метода является то, что он способствует развитию у студентов способностей к обоснованному и аргументированному выбору различных вариантов решения той или иной проблемы, что, в свою очередь, создает предпосылки для формирования профессиональных ценностей, убеждений и, в конечном итоге, организации ценностных ориентаций и их распространение на профессиональную деятельность.

Результаты

При использовании данной инновации, в клинических кейсах использовались 10 видов ошибок, которые студенты будущими врачами могут встретиться в начале своей практической деятельности. Ошибки характеризующие компетенции врача это: бравада/робость: когда врачи переоценивают свой уровень квалификации, или не соответствуют ему, недостаточность навыков: эта ошибка происходит, если у врача клинициста нет необходимого набора навыков для качественного выполнения их роли. Это может быть результатом плохого обучения, отсутствия обучения или атрофии навыков, плохая коммуникация: корень этой ошибки не в том, что в команде недостаточно информации, а в том, что эта информация не доводится вовремя до того места, где принимаются решения, плохая работа в команде: эта ошибка напоминает ошибку плохой коммуникации. Снова у врачей хватает навыков и персонала, чтобы удовлетворить клинические потребности, но работа плохо организована, и не те специалисты решают неправильные задачи, что ведет к неправильному ведению пациента, игра вероятностей: эта ошибка происходит, когда врач игнорирует маловероятную причину заболевания просто, потому что она маловероятна, незнание: просто врач не знает достаточно, чтобы решить клиническую проблему, халатность: делать все правильно не обременительно, но иногда требует усилий. Врач часто одобряет тот диагноз или путь, который требуют меньших усилий, даже если ситуация требует более активных действий, ошибки медицинской сортировки: врачи должны уметь эффективно расставлять приоритеты между задачами и обязанностями, так, чтобы срочное было сделано сначала, и чтобы самые тяжелые пациенты были обслужены вначале. Ошибки медицинской сортировки будут вредить лечению, фиксация/потеря видения: фиксация происходит, когда врач приходит к какому-либо заключению рано в ходе

обследования пациента, системная ошибка: эта ошибка не предполагает непосредственное участие конкретного врача, но у врача есть важная роль в предупреждении медицинского учреждения (или системы) о возможных ошибках в организации работы.

Обсуждение

Использования D-PBL на основе клинических кейсов с медицинскими ошибками является новой инновацией, которую можно использовать при преподавании в медицинском вузе.

Выводы

Таким образом, преимуществом данной инновации в системе медицинского образования, позволит развитию клинического мышления у студентов и улучшению коммуникативных компетенций, а также студенты смогут пройти обучение по предупреждению врачебных ошибок в безопасной среде, что приводит к повышению качества обучения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ СИМУЛЯЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХОДЕ ПОСТДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОМ ГОСУДАРСТВЕННОМ ПЕДИАТРИЧЕСКОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ

Гостимский А.В., Федорец В.Н, Лисовский О.В.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург

Актуальность

Современные государственные программы развития здравоохранения и медицинского образования диктуют необходимость широкого внедрения в учебный процесс медицинских вузов симуляционных методов обучения. В Санкт-Петербургском государственном педиатрическом медицинском университете симуляционные технологии становятся неотъемлемой частью преподавательской деятельности.

Симуляция - техника моделирования с помощью интерактивной системы (simulatio - видимость, притворство). Первые документированные факты применения симуляции относятся к временам Римской империи (симуляция использовалась для военной подготовки солдат), в медицине симуляционное обучение применял древнеиндийский врач Сушрута. С середины 60-х годов XX столетия с развитием научно-технического прогресса симуляция стала широко использоваться в медицине.

Материалы и методы

В нашем центре симуляционные технологии становятся рутинными в ходе дипломного обучения студентов для преподавания различных дисциплин на всех курсах.

Для реализации постдипломных программ разработано и внедрено более десятка сценариев симуляционного обучения. В своей работе мы ориентировались на ставшие уже классическими концепции организации симуляционных центров, предложенные одним из основоположников данного направления Дэвидом Габа в Стенфордском университете. Важным подходом, применяемым в нашем центре, явилось получение рецензии на симуляционные сценарии опытных клиницистов, а также их присутствие при проведении пробных испытаний сценария, при котором оценивалась степень «реалистичности» и «выполнимости» на симуляторе. После пробных испытаний в сценарий вносились требуемые изменения, и он запускался в учебный процесс.

Результаты

Разработанные нами сценарии максимально приближены к реальной практике. При этом изменения в состоянии пациента зависели от правильных действий обучающихся. Продолжительность сценария составляет до 15 минут. В течение этого времени обучающиеся получают вводную информацию в виде текста, анализируют ее