

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 школе 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 «sr» 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 «sr» 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., Макарович 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 использовалось 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 должно 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