

исходного, следовательно, для поддержания эффекта необходимо повторять симуляционные тренинги каждые 6 месяцев.

КРИТИЧЕСКИЙ ИНЦИДЕНТ, КАК ОСНОВА ДЛЯ СОЗДАНИЯ СЦЕНАРИЯ В СИМУЛЯЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ.

Зарипова З.А., Полушин Ю.С.

ПСПбГМУ им. академика И.П. Павлова МЗ РФ, Санкт-Петербург

Процент врачебных ошибок в анестезиологии остаётся на достаточно высоком уровне во всем мире, при этом они часто приводят к критическим инцидентам с исходом в инвалидность либо в смерть пациента, являясь конечным результатом ряда взаимовлияющих событий, когда не справляется «система защиты». Одними из главных факторов, поддерживающих тиражирование однотипных проблем и осложнений, является неадекватность обучения персонала требованиям поддержания на высоком уровне технических и нетехнических навыков, и отсутствие эффективной системы освещения критических инцидентов (КРИн).

Поскольку сама по себе ошибка не приводит к развитию КРИн, необходимо искать «бреши» на нескольких уровнях: организация, оснащение, обучение. Однако не сегодняшний день поиск проблем в этих направлениях практически не проводится, единственное, что обсуждается - это в основном летальные исходы на соответствующих комиссиях (КИЛИ), клиничко-анатомических конференциях (КАК), лечебно-контрольных комиссиях (ЛКК) и клинических разборах. Все эти формы рассмотрения предполагают чаще всего выявление неправильных действий врачей и, соответственно, какое-либо наказание: от административного до уголовного, то есть поддерживается «культура обвинения», а не экспертный анализ ситуации и сосредоточение на разработке контрмер. Таким образом, активная система поиска проблем тормозится как проспективно, так и ретроспективно, как «снизу», так и «сверху». Исполнители (анестезиологи) ограничены «презумпцией виновности» и страхом перед наказанием. Со стороны администрации стопором является боязнь огласки, страх перед утратой имиджа и финансовыми потерями.

Создание оптимальной безопасной обучающей среды для начинающих и опытных врачей, которая будет органично вплетена в клиническую деятельность - прерогатива кафедр. Осознание того, что КРИн может быть рассмотрен не с точки зрения обвинения исполнителей, а с позиции поиска причин и адекватных решений, будет способствовать мотивации к участию в таких мероприятиях.

С появлением роботов-симуляторов, имеющих физиологию человека, появилась возможность моделировать практически любую ситуацию, произошедшую с пациентом. Основой является создание сценария на базе реального КРИн (имена участников, отделение и стационар не оглашаются - используется принцип анонимности на основании отчёта о случае). Сценарий проигрывается непрофессиональными актёрами (в идеальном варианте: клиническими ординаторами и интернами по специальности, которые являются в данном случае незаинтересованными лицами) с записью постановочного фильма для последующего дебрифинга. Таким образом, формируется моделированный критический инцидент (МКИ). Кардинальными отличиями этого МКИ от обычного клинического сценария следует считать «презумпцию невиновности» исполнителей (актёров) в сочетании с неклассическим жёстким дебрифингом, который направлен именно на поиск ошибок и проблем при ведении ситуации!

При этом в качестве экспертов могут выступать все присутствующие, в том числе и участники реального события (имена которых не назывались). По результатам дискуссии либо выносятся конкретные решения с созданием протоколов действий в подобной ситуации, либо ставятся новые вопросы и задачи, требующие дальнейшей серьёзной проработки, что обеспечивает непрерывность обучающего процесса. Такой разбор направлен не только на анализ конкретного КРИн, но и на образование специалистов в целом, поскольку обучение с использованием симуляции считается одним из самых эффективных в андрагогике. Выявленные недочёты могут служить основой для внесения изменений в учебные планы кафедры.

Несмотря на то, что процесс постановки МКИ трудоёмкий и сложный, при правильном методическом подходе, это может принести максимальную отдачу в клинической практике и в сфере образования на последипломном уровне. При условии сформированности целостной системы освещения событий с интеграцией, признанием и поддержанием инициативы разбора всех инцидентов в пределах одной специальности при полной поддержке со стороны руководства, будет создана эффективная обучающая среда, направленная на повышение безопасности пациентов.

Таким образом, реальный критический инцидент можно использовать для создания клинического сценария с детальным разбором всех совершенных ошибок и поиском скрытых недостатков организации для обучения специалистов и предотвращения последующих неблагоприятных исходов в практической деятельности. Это может служить переходным периодом в создании важной стратегии повышения безопасности пациента, переведа «культуру обвинения» в «культуру безопасности», когда ретроспективное организационное обучение (на событиях, которые уже произошли) в последующем может перейти на качественно новый уровень и стать проспективным (заблаговременное обсуждение изменений).

Примечание: термин Моделированный критический инцидент®© и аббревиатуры МКИ®© и КРИн®© придуманы авторами; при использовании ссылка обязательна.

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ КОНКУРСОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО МАСТЕРСТВА СОТРУДНИКОВ МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Рипп Е.Г., Денисова Т.В.

ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» МЗ России, Центр медицинской симуляции, аттестации и сертификации, Томск

Введение: Крупные российские холдинги и промышленные предприятия, особенно работающие в экстремальных условиях, предъявляют серьезные требования к объему и качеству теоретических знаний и практических навыков сотрудников своей медицинской службы. Отсутствие объективной оценки уровня подготовки персонала, не позволяет эффективно планировать их дальнейшее профессиональное обучение и является источником организационных и финансовых рисков.

МИП «Арктик Медикал Трейнинг», созданном на базе ЦМСАС СибГМУ с целью подготовки медицинского и немедицинского персонала предприятий для работы в экстремальных условиях, в том числе в Арктической зоне РФ, был разработан и проведен конкурс профессионального мастерства сотрудников медицинской службы ООО «Газпром Трансгаз Томск».

Трудности в организации конкурса:

1. Территориальная удаленность участников (от Омска до Камчатки и о.Сахалин) при проведении 1-го этапа конкурса (теоретическая подготовка и пробное компьютерное тестирование) требовала синхронизации по времени, с учетом часовых поясов.

2. Необходимость учитывать при подготовке конкурсных заданий ведомственные инструкции по технике безопасности и оказанию помощи; особенности штатного (табельного) оснащения медицинских пунктов предприятия.

3. Требование Заказчика соблюдать АБСОЛЮТНУЮ идентичность оснащения рабочих станций (манекены, инструменты, расходные материалы и т.д) для создания равных условий для конкурсантов.

Подготовительный этап: 1) заключение договора оказания услуг; 2) изучение нормативных ведомственных документов по организации медицинской помощи; 3) согласование перечня практических навыков и компетенций, подлежащих оценке; 4) составление сметы расходов на проведение конкурса (амортизация оборудования и помещений, расходные материалы, фонд заработной платы и т.д.); 5) составление перечня расходных материалов и их закупка; 6) разработка модулей и клинических сценариев, составление программы конкурса и ее утверждение Заказчиком; 7) подготовка оборудования и помещений для проведения конкурса.

Проведение конкурса. Конкурс проводился с 01.06 по 26.06.2015 года и состоял из 2-х блоков - оценка теоретических знаний и конкурс практических навыков и компетенций. Каждый блок включал в себя несколько этапов.

Оценка (конкурс) теоретических знаний проводился в 2 этапа:

1 этап - за 20 дней до основного тестирования каждому участнику конкурса были присвоены индивидуальные учётные записи, предоставлен адрес интернет ресурса, контактные данные ответственного за техническое сопровождение и консультации. Участники конкурса могли осуществлять тренировочное тестирование, с любого персонального компьютера, имеющего доступ в глобальную сеть интернет. Количество попыток тренировочного тестирования было не ограничено.

2 этап - очное компьютерное тестирование в лаборатории сертификации и тестирования ЦМСАС СибГМУ (Томск). Проверка знаний осуществлялась по специальности «Общая врачебная практика». Уровни сложности тестов были разными для фельдшеров и врачей. Каждый участник отвечал на 50 вопросов за 30 минут. Результат выводился автоматической компьютерной программой Moodle.

Конкурс практических навыков проводился в течение 2-х дней и состоял из разделов:

1. Конкурс базовых практических навыков (на базе ЦМСАС СибГМУ) включал в себя работу на 4-х станциях:

А) Обеспечение венозного доступа и внутривенная инфузия.

Б) Зондирование и промывание желудка;

В) Проведение ИВЛ мешком Амбу и восстановление проходимости дыхательных путей. Курсантам была предоставлена возможность использовать назофарингеальный воздуховод, орофарингеальный воздуховод (Гведела), надгортанный воздуховод с нераздуваемой манжетой I-gel (ларингеальную маску) или комбитьюб. Право выбора метода восстановления проходимости ВДП оставалось за участником конкурса. Каждому методу, в зависимости от уровня сложности, был присвоен поправочный коэффициент.

Г) Сердечно-легочная реанимация.

На выполнение каждого этапа конкурса участникам предоставлялось по 15 минут. Оценка правильности выполнения манипуляции проводилась автоматически контроллерами манекенов и/или экспертами путем заполнения чек-листов. Каждый этап выполнения алгоритма оценивался по 3 уровням: выполнил полностью (1 балл); выполнил частично (0,5 балла); не выполнил (0 баллов). В процессе проведения конкурса проводилась аудиовидеозапись с целью текущего и заключительного контроля экспертной группой.

2. Второй этап конкурса практических навыков проводился на 2-х учебных промышленных площадках Заказчика (симуляция in situ), оснащенных действующим нефте(газо) компрессорным оборудованием, электрическими подстанциями, элементами газопровода и другим технологическим оборудованием.

Был разработан клинический сценарий «Сочетанная травма - падение с высоты». Использовались высокотехнологичные дистанционные роботы-симуляторы пациента, специальный грим и аудиоэффекты. Конкурсантам была предоставлена возможность в течение 15 минут оценить клиническую ситуацию, выполнить диагностические процедуры и оказать неотложную помощь пострадавшему. Правильное выполнение лечебного алгоритма приводило к стабилизации состояния пациента, неправильное - к смерти робота-симулятора.

Оценка соблюдения мер профессиональной безопасности, нетехнических навыков, диагностики и технических навыков оказания неотложной помощи проводилась экспертами путем заполнения чек-листов, разработанных в соответствии с Порядком оказания помощи.

Выводы. Проведение конкурсов позволяет:

- выявить «лучшего по профессии» среди работников предприятия;
- предоставить руководству предприятия Заказчика информацию о проблемных точках и составить программы симуляционных тренингов;
- продемонстрировать другим заинтересованным лицам возможности использования симуляционных технологий для оценки качества подготовки специалистов;
- расширить клиентскую базу симуляционных центров.

СТРУКТУРА ПРОВЕДЕНИЯ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ МОДУЛЯХ КАСАЮЩИХСЯ ОКАЗАНИЯ ПЕРВОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

С.В. Домахина, В.А. Малиновская, Е.В. Потехина
Новосибирский медицинский колледж, Новосибирск

Будущее здравоохранения в решающей степени зависит от характера и темпов изменений медицинских технологий, качества теоретической и практической подготовленности персонала. Современные требования к уровню знаний и умений выпускников медицинских специальностей достаточно высокие. Современные технологии в диагностике, новые подходы к лечению, меняющиеся схемы и алгоритмы работы, внедряемые протоколы оказания помощи - всё это влечет за собой необходимость пересмотра и совершенствования самой методики обучения. В Центре СО реализуется проведение технологий симуляционного обучения на базовом, углубленном уровне подготовки и последиplomной переподготовки специалистов среднего звена. Для проведения занятий в симуляционном центре разработаны модульные программы с учётом запросов социальных партнёров.

При подготовке среднего медицинского персонала