

Станция 3_2 2018-01-30 13:23:24



2018

НАВЫКИ ЭФФЕКТИВНОГО ОБЩЕНИЯ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

РОСОМЕД

Российский опыт

симуляционных тренингов

в сфере клинических навыков общения

01.04.2018

Материал подготовлен при участии:

Боттаев Н.А., Горина К.А., Грибков Д.М., Давыдова Н.С., Дьяченко Е.В., Ковтун О.П., Макарович А.Г., Мухаметова Е.М., Попов А.А., Самойленко Н.В., Серкина А.В., Сизова Ж.М., Сонькина А.А., Теплякова О.В., Чемяков В.П., Чернядьев С.А., Шубина Л.Б., Эрдес С.И.

Аннотация

В публикации описывается проблема перехода к пациент-ориентированной модели общения в отечественной клинической практике и российский опыт использования международных рекомендаций в данной сфере. Приводятся некоторые результаты исследований, на которых строится доказательная база по эффективной коммуникации в клинической практике. Публикуется перечень навыков, обеспечивающих пациент-ориентированную модель консультирования, известную в мире как Калгари-Кембриджская модель медицинской консультации. Материал составлен по результатам проведенного 12-14 марта 2018 года курса для преподавателей и руководителей подразделений медицинских ВУЗов России, проведенного представителями International Association for Communication in Healthcare в Москве в Методическом центре аккредитации Сеченовского университета. Название курса – "Оценка коммуникативных навыков при проведении процедуры объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ)"

Цель публикации – приглашение отечественных специалистов для дальнейшего изучения данной сферы.

Оглавление

Введение в проблему.....	4
Ситуация на сегодня.....	6
Результаты некоторых исследований в сфере клинических навыков общения	7
Калгари-Кембриджское руководство по медицинской коммуникации	10
Пример чек-листа для оценки навыков общения, демонстрируемых на экзаменационных станциях..	15
Алгоритм работы с системой управления симуляционным центром «Аргус»:.....	17
Описание кнопок непосредственного чек-листа.....	19
Источники информации.....	20

Введение в проблему

В паспорте приоритетного проекта «Обеспечение здравоохранения квалифицированными специалистами» («Новые кадры современного здравоохранения») одной из ключевых задач является обеспечение качественной медицинской помощи. Валидным индикатором качества помощи выступает количество жалоб пациентов в отношении оказанных медицинских услуг. Анализ структуры жалоб эксплицирует следующее: «90% конфликтов возникает из-за неумения или нежелания врача объяснить пациенту или его близким информацию о состоянии здоровья»¹.

В международных базах цитирования Scopus, WoS пик публикационной активности по проблеме пациент-ориентированной коммуникации приходится на 70-80 гг. Эмпирические доказательства дали научно обоснованную базу для выделения навыков эффективного общения с пациентами. Критериями эффективности медицинского консультирования являются удовлетворенность пациентов и врачей процессом и результатами медицинской помощи, повышение комплаенса и улучшение клинически значимых исходов. В публикациях представлены убедительные доказательства того, что применение медицинскими специалистами навыков пациент-ориентированного общения коррелирует с эффективностью их профессиональной деятельности, психосоциальным благополучием и удовлетворенностью от работы, а также отражается на самочувствии и здоровье пациента.

Масштабное реформирование системы подготовки кадров для отечественной системы здравоохранения, необходимость которого давно созрела и осознаётся всеми участниками этого процесса, шагает по России. Одной из задач современных реформ в системе здравоохранения является замена патерналистской модели взаимодействия медицинского персонала с пациентом на партнерскую. Возможны разные пути реализации этого перехода, и, к сожалению, на данный момент ни один отечественный коллектив не предложил ни одной взвешенной и конкретной программы в этом направлении.

В Центре непрерывного профессионального образования, являющегося структурным подразделением Методического центра аккредитации Сеченовского Университета, были озабочены поиском специалистов в сфере профессиональной подготовки по коммуникативным навыкам. Существенно продвинуться в этом вопросе удалось благодаря сотрудничеству с А.А. Сонькиной, основателем Школы навыков профессионального медицинского общения «Сообщение» и членом авторитетной Европейской (с 2017 года – Международной) ассоциации по общению в медицине (International Association for Communication in Healthcare)². Плодами этого сотрудничества, продолжающегося с 2014 года, стали:

1) Многочисленные мероприятия для практикующих врачей и студентов, разработанные на основе доказано эффективной методологии, пропагандируемой Международной ассоциацией по общению в медицине, показавшие применимость, убедительность и востребованность такой научно-обоснованной и структурированной модели общения, как Калгари-Кембриджская модель медицинской консультации, для отечественных медицинских специалистов и их пациентов и ее возможности для решения многих актуальных проблем сегодняшней клинической практики в России. В настоящее

¹ Сайт Лиги защитников пациентов <http://ligap.ru/>

²www.each.eu

время на базе Центра проводятся такие программы, как:

- коммерческий курс для практикующих специалистов;
- подготовка тренеров и симулированных пациентов для обучения и для экзаменов;
- обеспечение управляемой самоподготовки студентов через тьюторское движение;
- сквозная программа по навыкам общения для студентов педиатрического факультета на кафедре Пропедевтики детских болезней (зав.кафедрой профессор Эрдес С.И.), также на этой кафедре начаты отечественные исследования по проблемам перехода на пациент-ориентированную модель взаимодействия;
- мастер-класс для желающих попробовать свои силы в ходе испытаний на статус «Московский врач»;



- разработка, апробация и проведение различных экзаменационных мероприятий, в том числе и на коммерческой основе, по запросу от ответственных работодателей.

2) Реализация взаимодействия с Уральским государственным медицинским университетом, г. Екатеринбург, в лице заведующей кафедрой психологии и педагогики, к.псх.н., доцента, руководителя рабочей группы по развитию и реализации проекта коммуникаций в медицине Елены Дьяченко. Рабочая группа вуза, идейным вдохновителем и научным руководителем которой выступила проректор по учебной работе (в период с 2005 по 2017 гг.) д.м.н., профессор Надежда Давыдова, создала проект сквозного образовательного междисциплинарного модуля по навыкам общения на основе той же Калгари-Кембриджской модели.

3) Результатом сотрудничества специалистов двух медицинских вузов выступило, в числе прочего, проведение при поддержке общественной организации РОСОМЕД пилотного исследования совместно разработанной экзаменационной станции по навыкам общения во время первичной аккредитации выпускников, обучавшихся по специальности «Лечебное дело», в 2017 году. Результаты пилота были переданы в виде отчета в Министерство здравоохранения РФ.

4) Растущее понимание среди профессионалов и чиновников системы медицинского образования необходимости внедрения навыков эффективного общения в практику и обучение медицинских специалистов в России и, вместе с тем, высокой сложности и ресурсоемкости такого обучения.

Как показывают исследования, эффективное освоение навыков общения наиболее приемлемо в формате практического обучения, подразумевающего возможность тренировки при участии симулированных пациентов – специально подготовленных ассистентов, выполняющих ряд важных задач, таких как ролевая игра, обратная связь и поддержка тренера (фасилитатора) в создании безопасной учебной атмосферы. Эффективная работа тренера подразумевает совершенное владение не только теоретическим материалом (знанием о навыках и доказательствах, их подкрепляющих), но и сложной методологии преподавания, включающей ориентацию на запрос участников, модерирование ролевой игры и

эффективную обратную связь, опирающуюся на результаты, которых хочет достичь участник. Подготовка эффективных тренеров и симулированных пациентов таким образом занимает немало времени и требует больших вложений.

Ситуация на сегодня

В настоящий момент Департаментом образования и кадровой политики в здравоохранении Минздрава России Методическому центру аккредитации специалистов поручена разработка методического обеспечения станции по оценке коммуникативных навыков с перспективой ее внедрения в процедуру первичной аккредитации медицинских специалистов во всех ВУЗах страны уже в ближайшие годы.

Для помощи в этой сложной задаче по заявке А. Сонькиной Международной ассоциацией по общению в медицине был выделен грант на проведение представителями ассоциации интенсивного курса "Оценка коммуникативных навыков при проведении процедуры объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ)". Участниками курса стали организаторы симуляционного обучения и преподаватели медицинских ВУЗов Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбургa, Казани, Воронежа, Красноярска, Перми, Махачкалы, Твери, Новосибирска, Нижнего Новгорода, Курска, Уфы, Томска, Архангельска, Владивостока. В качестве ведущих выступили профессор Марк Ван Нуланд (д.м.н. Академического центра первичной медико-санитарной помощи, Левен, Бельгия), Сандра Винтербуρν (руководитель консультационных навыков Норвичской медицинской школы, Университета Восточной Англии, Норидж, Норфолк) и Ким Тейлор (симулированный пациент). Курс состоялся 12-14 марта 2-18 года в Методическом центре аккредитации специалистов (Центр непрерывного профессионального образования).

Структура курса включала множество интерактивных и групповых упражнений, позволявших не только предоставление новой информации ведущими, но и обмен опытом и мыслями между участниками. Первый день курса был посвящен знакомству и с моделью и конкретными навыками консультирования и тренировке обнаружения навыков в процессе наблюдения за записанными на видео или симулированными фрагментами консультаций. Второй день покрывал принципы оценки навыков общения и включал упражнение с симуляцией четырех различных экзаменационных станций, давших возможность участникам испытать на себе подобного рода экзамен, выступив в качестве или экзаменатора, или экзаменуемого. Тематика станций включала расспрос пациента, сообщение трудной информации и разъяснение.



И ведущие, и участники высоко оценили курс, несмотря на сложности в организации, необходимость перевода и обилие противоречий и споров, возникавших по ходу работы. Высокая заинтересованность и включенность участников с одной стороны и огромный профессионализм и опыт ведущих с другой привели к тому, что курс был всеми оценен как успешный. Как итог мероприятия была сформирована Рабочая группа по методическому

сопровождению организации Пилотной станции ОСКЭ оценки навыков общения при первичной аккредитации специалистов в 2018 году по специальности «Лечебное дело».



Результаты некоторых исследований в сфере клинических навыков общения³

Оценки за курс общения врача с пациентом, полученные на канадских государственных квалификационных экзаменах, значительно коррелируют с числом жалоб в медицинские регулирующие органы – за 12 лет наблюдений выявлена линейная зависимость (Tamblyn et al. 2007).

Исследования по части удовлетворенности пациента, выполнения ими предписаний, способности вспоминать и физиологических результатов подтверждают необходимость более широкого взгляда на сбор анамнеза, который охватывал бы жизненный мир пациента, а не только биологический – и более ограниченный – подход врача (Stewart et al. 1995).

Идеи пациентов, их тревоги и надежды не входят составной частью в традиционную историю болезни, и это слишком часто приводит к их отсутствию в повседневной клинической практике (Tuckett et al. 1985)

Stewart et al. (1979) показали, что в службе первичной помощи в Канаде 54% жалоб пациентов и 45% их опасений не было выявлено.

³Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2004). **Skills for communicating with patients**. 2nd Edition. Oxford: Radcliffe Medical Press. Перевод А.А. Сонькина

Starfield et al. (1981) зафиксировали, что на 50% приемов в условиях общей практики пациент и врач не сходились во мнениях по части природы основной предъявленной проблемы.

Beckman and Frankel (1984) показали, что врачи системы первичной помощи в США часто перебивали пациентов так скоро после начала их вступительных слов – в среднем через 18 секунд – что не выявляли другие, столь же важные жалобы.

Burne and Long (1976) выяснили, что консультации в общей практике в Великобритании с наибольшей вероятностью становились дисфункциональными, если имелись недостатки в той их части, которая относится к «выяснению причины визита пациента».

Исследование в отделении скорой помощи в США (Rhodes et al. 2004) продемонстрировало, что ординаторы представлялись пациентам только в двух случаях из трех и лишь изредка раскрывали свой статус обучающихся (8%). Несмотря на то, что врачи склонны начинать с открытых вопросов (63%), лишь 20% пациентов рассказывали о своих жалобах без того, чтобы их перебивали, причем в среднем через 12 секунд.

Low et al. (2011) показали значительное количество не высказанных пациентами потребностей и опасений в контексте первичной помощи в Малайзии.

Классический труд Burne и Long's (1976) по изучению 2000 консультаций в британской первичной помощи показал, что врачи демонстрировали на удивление неизменный стиль, несмотря на различия в представленных им проблемах и в поведении пациентов. Они часто придерживались закрытого «врач-центрированного» подхода к сбору информации, препятствующего объяснению пациентами своей истории и высказыванию жалоб.

Platt и McMath (1979) наблюдали 300 ситуаций в контексте стационарной терапии в США. Выяснилось, что и «стиль сильного управления», и преждевременная сосредоточенность на медицинских проблемах приводили к слишком узкому подходу к выдвижению гипотезы и к снижению способности пациентов сообщать о своих опасениях. Все это в результате вело к неточным консультациям.

Poole и Sanson-Fisher (1979) показали, что в медицинском образовании существуют большие пробелы в обретении навыков выстраивания отношений. Они показали, как нельзя предполагать, что у врачей уже есть способность эмпатического общения с пациентами или что они приобретут её в процессе учебы. Студенты как первого, так и выпускного курсов демонстрировали слабые навыки эмпатии.

Morse et al. (2008) показали, что в онкологии врачи в 90% случаев не пользовались возможностью выразить эмпатию.

Harrigan et al. (1985) продемонстрировали, что врачей, располагающихся лицом к пациенту, входящих в зрительный контакт и держащих открытые позы, считают более эмпатичными, заинтересованными и теплыми.

Swayden et al. (2012) показал, что даже такая простая вещь как общение сидя, а не стоя, оказывает положительное воздействие. В перспективном рандомизированном контрольном исследовании стационарных больных, госпитализированных для спинальных операций, авторы обнаружили, что при кратких консультациях после операции если врач присаживался, пациенту казалось, что тот провел у его постели больше времени, чем когда тот стоял. И это наблюдалось даже тогда, когда на самом деле разница во времени была незначительной.

Пациенты, у чьей постели врач сидел, более положительно отзывались о визите и о понимании своего состояния.

Koch-Weseretal. (2009) на примере ревматологов в США показали, что врачи не объясняли или использовали при объяснениях 79% вводимых ими медицинских терминов, а пациенты редко реагировали так, чтобы было ясно, правильно ли они эти термины истолковывают.

Bagley et al. (2011) изучали понимание пациентами в Великобритании ортопедических терминов и обнаружили низкий уровень понимания даже самых распространенных в ортопедических клиниках слов.

Murphyetal. (2004) показали, что 30% пациентов, проходящих в Ирландии лапароскопию по поводу острой боли в животе, либо не получали, либо не могли внятно вспомнить базовую информацию об этой процедуре.

При изучении аудиозаписей консультаций у врачей первичной помощи в США (Braddocketal. 1997) выяснилось, что оценка понимания пациентом того, что было обсуждено, проводилась только в 2% случаев.

Degneretal. (1997) изучали пациенток онкологических клиник с подтвержденным диагнозом рака молочной железы и выяснили, что 22% из них хотели сами выбирать метод лечения, 44% предпочитали делать это совместно с врачами, и 34% желали порекомендовать это своим врачам. Только 42% женщин считали, что степень их участия в принятии решений соответствовала их предпочтениям.

Мета-анализ опубликованных исследований (Zolniereketal. 2009) показал, что коммуникация при оказании медицинской помощи сильно коррелирует с дисциплинированностью пациентов, которая повышается, если врачей обучать навыкам общения.

Bensingetal. (2006) сравнивали особенности общения между врачами общей практики и пациентами в 1986 и 2002 годах. Против ожидания, в 2002 году пациенты были менее активны, меньше говорили, задавали меньше вопросов, высказывали меньше опасений и тревог. Врачи давали больше медицинской информации, но реже выражали озабоченность состоянием пациентов. Кроме того, они меньше участвовали в действиях, ориентированных на процесс, и в выстраивании партнерства.

Hayetal. (2008) показали, что 87,5% пациентов, приходящих на первый амбулаторный прием к ревматологу, заранее отыскивали информацию о своих симптомах или подозреваемых диагнозах, причем 62,5% из них – в Интернете. Во время самой консультации лишь 20% из тех, кто искали информацию в сети, обсуждали её с врачом.

Bowesetal. (2012) показали, что пациенты использовали Интернет, чтобы быть более осведомленными о своем здоровье, наилучшим образом использовать ограниченное время на консультации у врача и заставить его более серьезно отнестись к их проблеме. Пациенты ожидали от врачей принятия этой информации, её обсуждения, объяснения, помещения в надлежащий контекст и высказывания своего профессионального мнения. Пациенты были склонны признавать за мнением врача более высокий приоритет, чем за информацией из Интернета. При этом если врач выглядел незаинтересованным, пренебрежительным или высокомерным, пациенты сообщали исследователям о вреде, нанесенном отношениям врача с пациентом, иногда вплоть до поисков ещё одного мнения или смены врача.

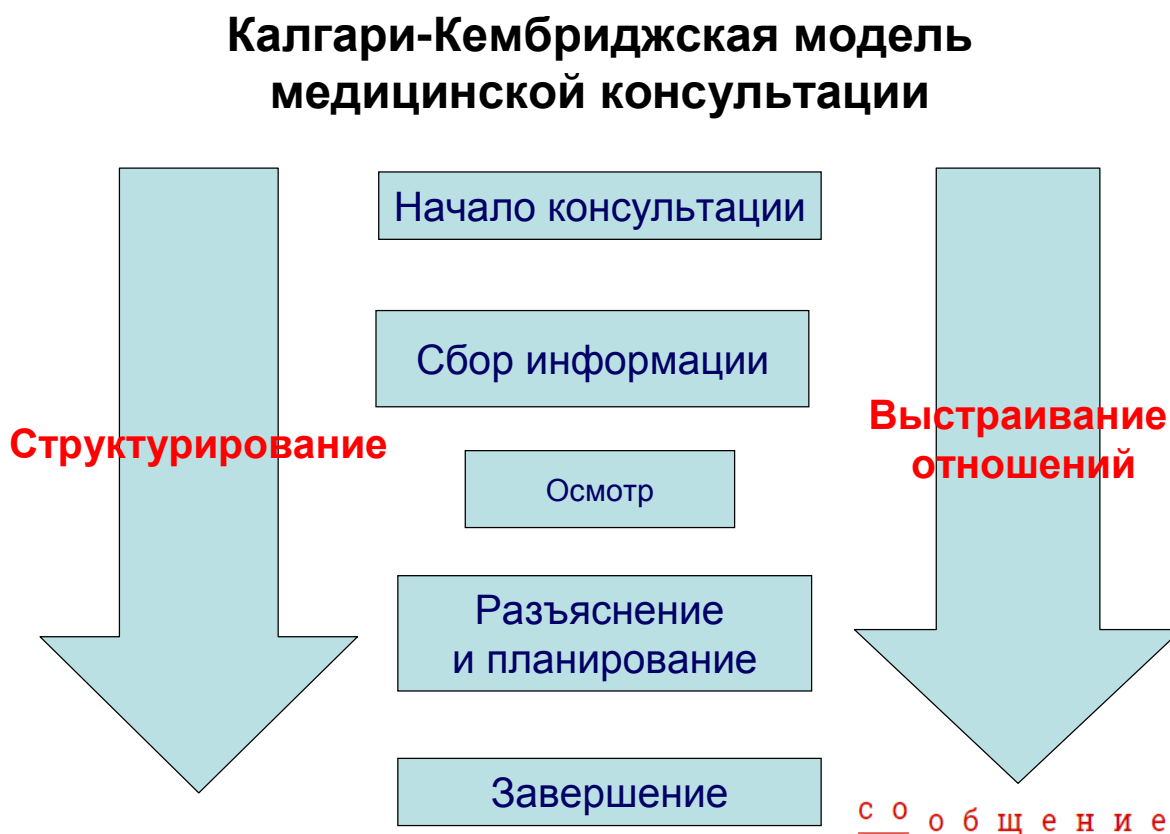
На наш взгляд, приведённые примеры, свидетельствует об общечеловеческих проблемах в сфере клинического общения, которые не зависят от каких-либо особенностей менталитета и экономического устройства общества.

Калгари-Кембриджское руководство по медицинской коммуникации⁴

Это руководство было разработано специалистами медицинского факультета Кембриджского университета и университета канадского города Калгари. Впервые было опубликовано в 1996 году (Jonathan Silverman, Suzanne Kurtz).

В настоящий момент А.А. Сонькиной готовится оригинальный и полный перевод издания на русский язык с соблюдением всех прав владельцев этого материала.

В данной модели консультации выделяется пять последовательно сменяющих друг друга этапов. На каждом этапе есть задачи, которые необходимо решить, используя определенные навыки. Также есть два непрерывных процесса, идущих от начала до конца консультации.



⁴Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2004). *Skills for communicating with patients*. 2nd Edition. Oxford: RadcliffeMedicalPress. Перевод В.П. Чемеков

Далее представлен перечень навыков, входящих в предложенную модель, подробнее с которой можно ознакомиться на сайте International Association for Communication in Healthcare.

НАЧАЛО ПРИЕМА

Установление первичного контакта

1. Приветствие пациента и знакомство с ним.
2. Представиться, объяснить свою роль и назначение интервью, получить согласие, если необходимо.
3. Демонстрировать уважение и интерес, создать физический комфорт для пациента.

Определение причины для консультации

4. Выяснить проблемы и запросы пациента с помощью открытых вопросов («Какие проблемы вас привели?») или «Что вы хотели бы обсудить сегодня?» или «На какие вопросы вам хотелось бы получить ответы сегодня?»).
5. Внимательно слушать, не перебивая и не контролируя ответы пациента.
6. Вести список проблем и выяснять более подробную информацию (например, «значит, головная боль и усталость, что еще?»).
7. Согласовать занятость (расписания), учитывая потребности пациента и обстоятельства врача.

СБОР ИНФОРМАЦИИ

Исследование проблем пациента

8. Поощрять пациента к рассказу всей истории его проблем с самого начала до настоящего момента своими словами (определение причины для этого визита).
9. Использовать техники открытых и закрытых вопросов, переходя от открытых к закрытым.
10. Внимательно слушать, предоставлять пациенту возможность высказаться до конца, не перебивая и давая пациенту время собраться с мыслями перед тем как ответить на вопрос или продолжать ответ после паузы.
11. Поощрять пациента к рассказу с помощью вербальных и невербальных сигналов, используя ободрение, молчание, повторение, перефразирование, уточнение.
12. Подмечать вербальные и невербальные сигналы (язык тела, манеру говорить, выражение лица, настроение), определяя их значение.
13. Прояснять неясные либо требующие объяснения утверждения



пациента («Не могли бы вы уточнить, что вы имеете в виду под головокружением?»).

14. Периодически суммировать услышанное, чтобы выяснить, насколько правильно врач понял слова пациента, предлагать пациенту исправить неверно истолкованное или продолжить рассказ далее.

15. Использовать краткие, понятные вопросы и комментарии, избегать жаргона и неадекватного объяснения терминов.

16. Устанавливать даты и последовательность событий.

Дополнительные навыки для понимания позиции пациента

17. Активно определять и исследовать:

идеи и убеждения пациента;

тревожность (опасения) пациента относительно каждой проблемы;

ожидания пациента (цели, какой помощи ожидал пациент для решения каждой отдельно взятой проблемы);

влияние: как каждая проблема влияет на жизнь пациента

18. Поощрять пациента к выражению эмоций.

СТРУКТУРИРОВАНИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ

Придание диалогу открытости

19. В конце специальной серии вопросов подводить итоги, чтобы удостовериться в верном понимании, перед тем как двигаться дальше.

20. Переходить от одного блока вопросов к другому, сигнализируя или сообщая о таком переходе и обосновывая его.

Следование логике

21. Строить беседу в логической последовательности.

22. Контролировать время и придерживаться заданной темы.

СОЗДАНИЕ ОТНОШЕНИЙ

Адекватное невербальное поведение

23. Демонстрировать правильные невербальные признаки:

зрительный контакт, выражение лица;

поза, положение и движения тела;

речь (высота, громкость, интонация).

24. Читать, делать записи в истории или компьютере таким образом, чтобы это не мешало диалогу или взаимопониманию.

25. Демонстрировать должное доверие.

Создание доверительных отношений

26. Принимать без осуждения право пациента на его чувства и взгляды.
27. Использовать эмпатию, чтобы показать пациенту понимание его проблем и опасений, открыто признать взгляды и чувства пациента.
28. Оказывать поддержку: выражать заботу, понимание, желание помочь; признать попытки пациента самому справиться с проблемой и заботиться о себе; предлагать партнерские отношения.
29. Быть тактичным в отношении щепетильных тем и чутким к беспокоящей пациента физической боли, в том числе, связанной с проведением физического обследования.

Вовлечение пациента

30. Делиться своими умозаключениями с пациентом для вовлечения его в диалог (например, «Как мне сейчас кажется...»)
31. Объяснять необходимость возможных вопросов или некоторых форм обследования, дабы избежать неверного их толкования.
32. Во время обследования спрашивать разрешение и объяснять процесс.

ОБЪЯСНЕНИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ

Предоставление информации в нужном объеме и правильной форме

33. Дробление информации и проверка понимания: давать информацию «кусками», пригодными для усвоения; постоянно проверять правильность понимания, используя ответ пациента как ключ к дальнейшему продвижению.
34. Оценивать исходные знания пациента: спрашивать об уже имеющихся сведениях, выяснять степень заинтересованности пациента в получении информации.
35. Спрашивать пациента, какая еще информация будет полезна: например, этиология, прогноз.
36. Предоставлять объяснения в нужное время, избегая предварительных выводов и преждевременных советов.

Помощь в точном усвоении и понимании

37. Структурировать объяснение: делить информацию на отдельные части, выстроенные в логическую цепочку.
38. Использовать разделители информации или управляющие слова (например, «Я бы хотел обсудить три важных вопроса», «Во-первых ...», «Сейчас мы должны перейти к обсуждению ...»)
39. Использовать повторение и суммирование, чтобы подтвердить информацию.
40. Быть лаконичным, использовать простой и понятный язык, избегать жаргонизмы или объяснять их.
41. Использовать графические методы передачи информации: диаграммы, модели, письменные данные и инструкции.

42. Проверять понимание полученной пациентом информации (или запланированного): например, попросить пациента пересказать услышанное своими словами, при необходимости сделать уточнения.

Достижение общего понимания: включение пациента

43. Предоставлять объяснения по поводу имеющейся у пациента картины болезни в связи с выясненными представлениями, тревогами и ожиданиями.

44. Поощрять пациента к сотрудничеству и предоставлять для этого возможности: задавать вопросы, запрашивать объяснения или выражать сомнение, предоставлять соответствующие ответы.

45. Воспринимать вербальные и невербальные сигналы, отвечать на них, например: желание пациента получить информацию или задать вопрос, перегруженность информацией, утомление.

46. Выяснять отношение, реакции и чувства пациента по поводу полученной информации и использованных терминов; при необходимости принимать и учитывать.

Планирование: принятие совместного решения

47. При необходимости делиться своими мыслями: идеями, мыслями, дилеммами.

48. Вовлекать пациента, делая предложения, а не давая указания.

49. Поощрять пациента выражать свои мысли: идеи, предложения и предпочтения.

50. Согласовывать взаимоприемлемый план.

51. Предлагать выбор: поощрять пациента делать выбор и принимать решения на том уровне, на котором он готов это делать.

52. Сверяться с пациентом: согласен ли он с планом, все ли проблемы учтены.

ЗАВЕРШЕНИЕ ПРИЕМА

Планирование

53. Договориться с пациентом о следующих совместных шагах.

54. Меры безопасности: объяснять возможные неожиданные результаты, что делать, если план не работает, когда и как искать помощь.

Окончание приема

55. Кратко подвести итоги встречи и уточнить план лечения.

56. В последний раз выяснить, согласен ли пациент с планом, подходит ли он ему, спросить о возможных его изменениях, возникших вопросах и пр.

УСЛОВИЯ РАЗЪЯСНЕНИЯ И ПЛАНИРОВАНИЯ

Обсуждение обследований и процедур

57. Предоставить точную информацию о процедурах: что пациент может испытать и как он будет проинформирован о результатах.

58. Сообщить о цели процедур, их значение для лечения.

59. Поощрять вопросы и обсуждение потенциальных опасений или негативных результатов.

Обсуждение заключения и значимости проблемы

60. Выражать мнение о процессе, если это возможно.

61. Высказывать обоснование своего заключение.

62. Объяснять причины, серьезность, ожидаемый исход, краткосрочные и долгосрочные последствия.

63. Выяснять мнения, реакцию и отношение пациента по поводу данного заключения.

При составлении совместного плана действий

64. Обсуждать варианты, например, не предпринимать никаких действий, исследовать, лечить медикаментозно, хирургически или немедикаментозно (физиотерапия, растворы, консультации), превентивные меры.

65. Предоставлять информацию о предлагаемых действиях или лечении: наименования этапов, как они работают, преимущества, возможные побочные эффекты.

66. Узнать мнение пациента о стремлении действовать, воспринимаемых преимуществах, барьерах, мотивации.

67. Принимать взгляды пациента, защищать альтернативную точку зрения по мере необходимости.

68. Выявлять реакции, переносимость и опасения пациента по поводу планов и методов лечения.

69. Принимать во внимание образ жизни пациента, убеждения, культурные предпосылки и способности.

70. Призывать пациента участвовать в реализации планов, брать на себя ответственность и быть самостоятельным.

71. Обсуждать системы поддержки пациентов, обсуждать другие доступные меры поддержки.

Пример чек-листа для оценки навыков общения, демонстрируемых на экзаменационных станциях

Экзаменационное задание: Вы врач амбулаторного приёма. В кабинете Вас ожидает пациент(-ка), который обратился в плановом порядке на первичный приём. Необходимо провести только опрос пациента, завершить который необходимо в том момент, когда Вы готовы перейти к осмотру, сообщив об этом пациенту. Результаты проведенного опроса необходимо письменно оформить в предложенной на ПК форме. После приглашения войти действуйте полностью самостоятельно, как Вы бы это делали в реальной жизни.

Действие	Критерий оценки	Кнопки пиктограммного ч.л.
Установление контакта:		
1. Приветствие	врач здоровается с пациентом	А2
2. Забота о комфорте пациента	сообщает, где можно расположиться, куда положить вещи	А3, А4
3. Самопрезентация	представляет себя по ФИО	Б2
	называет свою роль	Б3
	обозначает характер консультации (цель встречи).	Б4
4. Согласие на расспрос	спрашивает, нет ли возражений у пациента на проведение опроса	Б5
5. Идентификация личности пациента	ПРОСИТ НАЗВАТЬ ФИО пациента, ГОД РОЖДЕНИЯ (возраст)	В2, В3, В4, !Ж6
Расспрос:		
6. Открытый вопрос (вначале)	«Что привело вас?» или «Что бы вы хотели обсудить сегодня?» или «С чем пришли?»	Г2
7. Начало расспроса с фразы «На что жалуетесь?»	Использование открытого вопроса «На что жалуетесь?» или «Что Вас беспокоит?»	Д2
8. Слушание	Без перебивания	Г3
9. Обобщение	Повторяет сказанное пациентом для подтверждения правильности своего понимания того, что говорит пациент; приглашая пациента поправлять или добавлять	Г4
10. Скрининг	Предпринимает попытку для выявления других (второстепенных, скрытых) проблем через вопрос «Что еще беспокоит?» «Это всё, что беспокоит?»	Г5
	при этом использует «обращение по имени (имени отчеству), что-то ещё беспокоит?»	Г7
	и проводит скрининг до начала выявления подробностей	Г6
11. Учёт мнения пациента	Спрашивает, с чем пациент связывает свое состояние, не предлагая вариантов ответа	Д1
12. Использование открытых вопросов	при сборе информации о чем-то конкретном, например «Расскажите об это подробнее», «Что можете рассказать об этой проблеме»	Д3
13. Предложение своих вариантов ответов на заданные вопросы	задавая вопрос, предлагает варианты для выбора ответа	Д4
14. Серия вопросов	задает несколько вопросов подряд	Д6
Выстраивание отношений в процессе общения:		
15. Зрительный контакт	не менее половины времени в течение всего расспроса	Ж7
16. Перебивание	несвоевременные высказывания (реплики), а также фразы, которые не могут быть расценены как уточняющие вопросы или фасилитация рассказа пациента	Б7
17. Обращения к пациенту	Обращение по имени (имени отчеству)	Г7
18. Комментирует и оценивает поведение пациента	высказывает сожаление о позднем обращении, даёт рекомендации об успокоении, обращает внимание на нежелательность подобной реакции и т.п.	Е7
19. Выдерживание пауз	когда пациент ненадолго замолкает – дает возможность продолжить	Д7
20. Поза	Выслушивает пациента, не отрываясь от записей, стоя и т.п.	А6, Б6, В6
21. Эмпатия	Демонстрация понимания чувств, опасений, проблем и т.п.	И7
22. Фасилитация ответа пациента	помогает пациенту подбадриванием, повторением, перефразированием, но без уточняющих вопросов	Б7
23. Результат коммуникации	выявляет исчерпывающий список проблем пациента,	И2, (И1, 2, 3)
	позволяющий сформулировать верную диагностическую гипотезу	Ж2, 3, 4
	и обеспечивая удовлетворенность пациента беседой	Е2, 3, 4, 5, 6
24. Уточняющие вопросы	Вопросы для доктора...	Д5

ФИО эксперта

подпись

Отметка о занесении в базу (ФИО)

Алгоритм работы с системой управления симуляционным центром «Аргус»:

1. Заявить о дате проведения пилота, прислав в адрес fantomkurs@mail.ru следующую информацию:
 - Списки всех аккредитуемых этого дня (ФИО, адрес электронной почты)
 - Список экзаменаторов (ФИО, адрес электронной почты) и ответственного лица
2. Провести проброс портов⁵ для обеспечения аннотации видеопотока пунктами чек-листа с пиктограмми (см. Рисунок 1)
3. Обеспечить работоспособность станции
 - На станции (внутри) должен быть компьютер с интернетом и программа для удалённого доступа (заполнения карты пациента)
 - А также стол, три стула
 - У экзаменаторов – компьютер с интернетом для чек-листа (+управление видео)
 - Перед станцией задание из паспорта станции (брифинг)
4. Получить подтверждение о технической возможности работы в системе, а также файла для запуска чек-листа

В день экзамена

5. Формировать очередь экзаменуемых на станцию (по ФИО) – своевременная передача информации экзаменаторам
6. В программе запуска чек-листа ввести логин и пароль заявленного экзаменатора
7. Выбрать нужную заявку, если их несколько
8. Выбрать нужное помещение, если их несколько
9. Выбрать нужную фамилию (знать заранее очередь на Вашу станцию)
10. Выбрать нужный чек-лист, если их несколько
11. Проверить данные и запустить программу
12. При входе экзаменуемого, нажать кнопку «Старт» и ! «Начало» (А1 рисунок)
13. Далее отмечать демонстрируемые действия (описание кнопок ниже)
14. Нажать кнопку Б1 «Готов к осмотру» в момент, когда экзаменуемый сказал, что готов пациента осмотреть. Если этого не произошло, нажать на эту кнопку по истечении времени задания. Кнопка Б1 привязана ко времени...

⁵Например, на каждую камеру (порты 554 и 80). 80-й порт нужен для доступа к настройкам камер, а 554-й - для доступа к видеопотоку в формате rtp/rtsp
Соответственно, если камер больше одной, то лучше настроить переадресацию следующим образом:
Камера 1: 8081 -> 80 IP1, 555 -> 554 IP1
Камера 2: 8082 -> 80 IP2, 556 -> 554 IP2
Камера 3: 8083 -> 80 IP3, 557 -> 554 IP3
и так далее...

15. В момент, когда экзаменуемый заполняет письменное заключение, СП заносит свою часть в чек-лист – кнопки Е,Ж,И, имея возможность наблюдать, что заполняет в «карте пациента» экзаменуемый

** Многие кнопки можно давить несколько раз, как только это исчерпалось, кнопка исчезает*

Кнопки В1,Г1, Е1, Ж1, И1, А5, А7 – не имеют оценки – это просто рубрикаторы (их не нажимать)

Кнопки А1 и Б1 – должны быть нажаты всегда, остальные кнопки в зависимости от действий экзаменуемого

Кнопки Ж1, Ж2 и Ж3 – взаимозаменяемы (либо, либо, либо, либо вообще ничего)

Тоже самое И3, И4, И5 (в зависимости от того, сколько гипотез с обоснованием предложил доктор).

Также взаимозаменяемы кнопки Г2 и Д2 (либо, либо)

А6, Б6, В6 – тоже либо, либо, либо

Описание кнопок непосредственного чек-листа




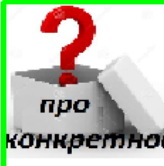

	1	2	3	4	5	6	7
А	Начало	Приветствие	Предлож. присесть	Положить вещи	 поза	? НЕ смотрит печатает	 Выстраивание отношений
Б	ГОТОВ к осмотру (нажать всегда)	Себя по ФИО	Своя роль	Задача встречи	Согласие на расспрос	? спиной (стоя пац)	Перебивание
В	Идентиф пациента	Спросил ФИО пациента	Возраст/д.р пациента	В начале		? Оба стоя	«Угу...»
Г	Расспрос	 в начале	Слушание	Обобщение	Скрининг	до подробностей	Имя (отчество)
Д	Уточ. мнения (ICE)	На что жалуетесь	 про конкретное	Вопрос - тест	Конкретный (пропед.)?	?????? ???	Нужная пауза
Е	сп	Доброжелательность	Он(а) Партнер	Дал рассказать	Комфорт	Он(а) профи	Критика
Ж	Запись нужного Ds.:	На 1 месте	На 2 месте	На 3 месте		ФИО пац совпадают с мед докум.	
И	Запись жалоб	Нужная есть	1 гипотеза +	2 гипотезы +	3 гипотезы +		≈Эмпатия≈

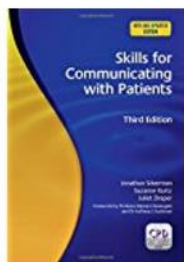
Рисунок 1. Дизайн чек-листа с пиктограммами

Источники информации

1. Давыдова Н.С. Чернядьев С.А. Макарович А.Г. Дьяченко Е.В. Коммуникативные навыки врача как междисциплинарный сквозной образовательный модуль // Медицинское образование–2015: материалы VI общероссийской конференции с международным участием, 2-4 апреля 2015 г. Москва.
2. Давыдова Н.С., Макарович А.Г., Дьяченко Е.В., Черников И.Г., Новикова О.В. Первый опыт проведения аттестации по методике «стандартизированный пациент» // IV съезд РОСОМЕД-2015. М., 30.09-02.10.2015 г. [Электр. ресурс].
3. Давыдова Н.С., Дьяченко Е.В., Попов А.А., Макарович А.Г., Самойленко Н.В., Новикова О.В. «Стандартизированный пациент» как симуляционная технология обучения и оценки эффективной коммуникации будущих врачей. Медицинское образование и профессиональное образование. 2016. № 3.[Электр. ресурс].
4. Давыдова Н.С., Чернядьев С.А., Макарович А.Г., Теплякова О.В., Попов А.А., Дьяченко Е.В., Самойленко Н.В., Сонькина А.А., Серкина А.В., Ботгаев Н.А., Шубина Л.Б., Грибков Д.М. Пилот по оценке медицинских работников владением навыками коммуникации с пациентами // Материалы VIII Международной конференции «Росмедобр-2017. Инновационные обучающие технологии в медицине». 4-6 октября 2017 г. [Электр. ресурс]
5. Дьяченко Е.В. Коммуникативные компетенции врача: актуальность проблемы, принципы формирования в медицинском вузе, методика оценки // Современные тенденции развития педагогических технологий в медицинском образовании: Материалы Всеросс. науч.-пед. конф. с международным участием (серия «Вузовская педагогика»). Красноярск, Крас. гос. мед. ун-т им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, 4-5 февраля 2014 г. [Электр. ресурс]
6. Серкина А.В. Представления студентов медицинского вуза о коммуникативных аспектах работы с пациентами. // Материалы VIII Международной конференции «Росмедобр-2017. Инновационные обучающие технологии в медицине». 4-6 октября 2017 г. [Электр. ресурс]
7. Сонькина А.А. Навыки профессионального общения в работе врача // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. 2015. № 1. С. 101-107.
8. Теплякова О.В., Сарапулова А.В. Коммуникативные навыки студентов медицинского вуза: опыт наблюдения на кафедре поликлинической терапии // Медицинское образование и профессиональное развитие. 2016, №1.
9. Aper L., Veldhuijzen W., Dornan T., van de Ridder M., Koole S., Derese A., Reniers J., “Should I prioritize medical problem solving or attentive listening?”: The dilemmas and

challenges that medical students experience when learning to conduct consultations // Patient Education and Counseling 98 (2015)77–84.

10. Bombeke K., van Roosbroeck S., de Winter B., Debaene L., Schol S., van Hal G., van Royen P. Medical students trained in communication skills show a decline in patient-centred attitudes: an observational study comparing two cohorts during clinical clerkships // Patient education & counseling, 2011, v.84, №3, p.p. 310-318.
11. Cushing A.M. Learning patient-centred communication: The journey and the territory // Patient education & counseling, 2015, v.98, № 10, p.p. 1236-1242.
12. Hafferty F., Franks R. The hidden curriculum, ethics teaching, and the structure of medical education // Acad. Med. 1994;69:861–71.
13. Kurtz S., Silverman J., Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine, CRC press, NY, 2013, p.369
14. Rosenbaum M.E., Axelson R. Curricular disconnects in learning communication skills: what and how students learn about communication during clinical clerkships // Patient education & counseling, 2013, v.91, №1, p.p. 85-90.
15. Silverman J. Teaching clinical communication: a mainstream activity or just a minority sport? // Patient Education and Counseling, 2009, volume 76, issue 3, p. 361-367.
16. Skills for Communicating with patients («Навыки для общения с пациентами»), J. Silverman, J. Draper & S. Kurz, Oxford University Press, 3 ed. – 2013.
17. Smith S., Hanson J.L., Tewksbury L.R., Christy C., Talib N.J., Harris M.A., Beck G.L., Wolf F.M. Teaching patient communication skills to medical students: a review of randomized controlled trials // Eval. Health Prof. 2007 Mar; 30(1):3-21.



Навыки общения с пациентами, 3-е издание
30 сентября 2013 г.
по Джонатан Сильверман ,
Сюзан Куртц и Джулиет
Дрейпер



**Обучение и обучение
навыкам общения в
медицине, второе
издание** 6 июля 2016 г.
по Сюзан Куртц, Джонатан
Силверман и Джулиет Дрейпер



**Навыки общения с
пациентами, второе
издание** 1 февраля 1998 г.
по Джонатан Сильверман ,
Сюзан Куртц и Джулиет
Дрейпер



**Преподавание и
обучение навыкам
общения в медицине**
Курц, Сюзанна М.,
Сильверман, Джонатан,
Дрейпер, Джульетта ...

Сведения об авторах

Боттаев Назир Асретович – к.м.н., тренер навыков общения ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России.

Горина К.А. – аспирант кафедры акушерства и гинекологии, тренер навыков общения Центра непрерывного профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Грибков Денис Михайлович – заместитель руководителя Центра непрерывного профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России.

Давыдова Надежда Степановна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой анестезиологии, реаниматологии и трансфузиологии ФПК и ПП ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, проректор по учебной работе в период с 2005 по 2017 гг.

Дьяченко Елена Васильевна – к.псх.н., доцент, зав. кафедрой педагогики и психологии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Ковтун Ольга Петровна – д.м.н., профессор, член-корр. РАН, ректор ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Макарович Андрей Геннадьевич - к.м.н., доцент, зам. главного врача по медицинской части МБУ «Центральная городская клиническая больница №1 Октябрьского района».

Мухаметова Е.М. – врач- детский гастроэнтеролог, доцент кафедры пропедевтики детских болезней ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Попов Артем Анатольевич – д.м.н., доцент, место работы, профессор кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Самойленко Надежда Викторовна – ассистент кафедры психологии и педагогики ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, симулированный пациент.

Серкина Анна Владимировна – тренер навыков общения Центра непрерывного профессионального образования ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России.

Сизова Жанна Михайловна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой медико-социальной экспертизы, неотложной и поликлинической терапии, директор Методического центра аккредитации специалистов ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России.

Сонькина Анна Александровна – тренер навыков общения Центра непрерывного профессионального образования Mentor Medicus ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России.

Теплякова Ольга Вячеславовна – д.м.н., доцент, профессор кафедры поликлинической терапии, ультразвуковой и функциональной диагностики ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, председатель цикловой методической комиссии по терапии УГМУ.

Чемяков В.П. – к.псих.н. преподаватель кафедры пропедевтики детских болезней ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России

Чернядьев Сергей Александрович – д.м.н., профессор, декан лечебно-профилактического факультета ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, зав. кафедрой хирургических болезней.

Шубина Любовь Борисовна – к.м.н., руководитель Центра непрерывного профессионального образования Mentor Medicus ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России.

Эрдес С.И. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой пропедевтики детских болезней ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России.