

Первичная аккредитация специалистов здравоохранения

Паспорт экзаменационной станции

Сбор жалоб и анамнеза

Специальности:

Лечебное дело

Педиатрия

Оглавление

1. Профессиональный стандарт (трудовые функции)	4
2. Продолжительность работы станции	4
3. Задачи станции	4
4. Информация по обеспечению работы станции	5
4.1. Рабочее место члена АК	5
4.2. Рабочее место аккредитуемого	5
4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования	5
4.2.2. Перечень медицинского оборудования	6
4.2.3. Расходные материалы (из расчета на попытки аккредитуемых)	6
5. Перечень ситуаций (сценариев) станции	6
6. Информация (брифинг) для аккредитуемого лица	6
7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала на подготовительном этапе (перед началом работы на станции)	7
8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции	7
9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции	8
10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК (приложение 1)	10
11. Информация для стандартизированного пациента	10
12. Критерии оценивания действий аккредитуемого	10
13. Алгоритм выполнения навыка	10
14. Оценочный лист	13
15. Форма заключения для самостоятельного заполнения аккредитуемым лицом	15
16. Сведения о разработчиках	16
Приложение 1	17
Приложение 2	19

Общие положения. Паспорта станций (далее станции) объективного структурированного клинического экзамена (ОСКЭ) для второго этапа первичной аккредитации и первичной специализированной аккредитации специалистов представляют собой документ, включающий необходимую информацию по оснащению станции, брифинг (краткое задание перед входом на станцию), сценарии, оценочные листы (далее чек-лист), источники информации, справочный материал и т.д., и предназначены в качестве методического и справочного материала для оценки владения аккредитуемым лицом конкретным практическим навыком (умением), и могут быть использованы для оценки уровня готовности специалистов здравоохранения к профессиональной деятельности.

Оценивание особенностей практических навыков по конкретной специальности может быть реализовано через выбор конкретных сценариев. Данное решение принимает аккредитационная подкомиссия по специальности (далее АПК) в день проведения второго этапа аккредитации специалистов.

С целью обеспечения стандартизации процедуры оценки практических навыков условие задания и чек-лист являются едиными для всех.

Целесообразно заранее объявить аккредитуемым о необходимости приходить на второй этап аккредитации в спецодежде (медицинская одежда, сменная обувь, шапочка), иметь индивидуальные средства защиты.

1. Профессиональный стандарт (трудовые функции)

1.1. Лечебное дело

Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 21.03.2017 г. № 293н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-лечебник (врач-терапевт участковый)».

Трудовая функция: А/01.7 Проведение обследования пациента с целью установления диагноза.

1.2. Педиатрия

Профессиональный стандарт, утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.03.2017 г. № 306н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый».

Трудовая функция: А/01.7 – проведение обследования ребенка с целью установления диагноза.

2. Продолжительность работы станции

Общее время выполнения навыка – 10 минут (табл. 1).

Время нахождения аккредитуемого лица на станции – не менее 8,5 минут (в случае досрочного выполнения практического навыка аккредитуемый остается внутри станции до голосовой команды «Перейдите следующую станцию» или звукового сигнала к переходу на следующую станцию).

Таблица 1

Тайминг выполнения практического навыка

Время озвучивания команды	Голосовая команда	Действие аккредитуемого лица	Время выполнения навыка
0'	Ознакомьтесь с заданием станции	Ознакомление с заданием (брифингом)	0,5'
0,5'	Войдите на станцию и озвучьте свой логин	Начало работы на станции	8,5'
8,0'	У Вас осталась одна минута	Продолжение работы на станции	
9,0'	Перейдите на следующую станцию	Покидает станцию и переходит на следующую станцию согласно индивидуальному маршруту	1'

3. Задачи станции

Демонстрация аккредитуемым лицом навыков профессионального общения с пациентом с целью установления предварительного диагноза.

Основные задачи станции: сбор жалоб и анамнеза у пациента (его законного представителя), анализ полученной информации, формулирование клинических выводов эксперту-члену аккредитационной подкомиссии.

Станция не предназначена для оценки умения проводить физикальное обследование во время приёма и для оценки работы с результатами лабораторных и инструментальных исследований.

4. Информация по обеспечению работы станции

Для организации работы станции должны быть предусмотрены

4.1. Рабочее место члена АК

Таблица 2

Рабочее место члена АПК

№ п/п	Перечень оборудования	Количество
1.	Стол рабочий (рабочая поверхность)	1 шт.
2.	Стул	2 шт.
3.	Компьютер с выходом в Интернет для доступа к автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России	1 шт.
4.	Устройство для трансляции видео- и аудиозаписей ¹ с места работы аккредитуемого лица с возможностью давать вводные, предусмотренные паспортом станции	1 шт.
5.	Чек-листы в бумажном виде (на случай возникновения технических неполадок, при работе в штатном режиме не применяются)	По количеству аккредитуемых лиц
6.	Шариковая ручка	2 шт.

4.2. Рабочее место аккредитуемого

Станция должна имитировать рабочее помещение и включать оборудование (оснащение) и расходные материалы (из расчета на попытки аккредитуемых лиц):

4.2.1. Перечень мебели и прочего оборудования

Таблица 3

Перечень мебели и прочего оборудования

№ п/п	Перечень мебели и прочего оборудования	Количество
1.	Стол рабочий	1 шт.
2.	Стулья (для врача, пациента и места, куда можно положить вещи пациента)	3 шт.
3.	Пеленальный стол (для кабинета педиатра)	1 шт.

¹ По согласованию с председателем АПК устройство с трансляцией видеозаписи изображения работы аккредитуемого может находиться в другом месте, к которому члены АПК должны иметь беспрепятственный доступ, чтобы иметь возможность пересмотреть видеозапись

4.2.2. Перечень медицинского оборудования

Таблица 4

Перечень медицинского оборудования

№ п/п	Перечень медицинского оборудования	Количество
1.	Весы (для кабинета педиатра)	1 шт.
2.	Горизонтальный ростомер (для кабинета педиатра)	1 шт.

4.2.3. Расходные материалы (из расчета на попытки аккредитуемых)

Таблица 5

Расходные материалы (в расчете на 1 попытку аккредитуемого лица)

№ п/п	Перечень расходных материалов	Количество (на 1 попытку аккредитуемого лица)
1.	Форма заключения для самостоятельного заполнения аккредитуемым лицом	1 шт.
2.	Лист бумаги для черновых записей аккредитуемого	1 шт.
3.	Ручка для записей	1 шт.

5. Перечень ситуаций (сценариев) станции

Станция разработана для оценки навыков профессиональных общения аккредитуемого с лицом, исполняющим роль пациента. Станция включает оценку навыков общения в ситуации расспроса пациента в части сбора жалоб и анамнеза.

Станция не включает оценку навыков проведения «трудных» консультаций с конфликтными, замкнутыми, некомплаентными и др. пациентами, а также с пациентами, испытывающими состояние тревоги, страха, связанными, например, с ожиданием «плохих новостей» о состоянии своего здоровья.

6. Информация (брифинг) для аккредитуемого лица**6.1 Информация (брифинг) для аккредитуемого лица по специальности «Лечебное дело»**

Вы врач по своей специальности. Вас ожидает пациент.

Вам необходимо провести только опрос пациента, завершить который необходимо фразой «Перейдем к осмотру».

Завершив общение с пациентом, назовите выявленные жалобы и предположительный диагноз (диагностические гипотезы), чтобы Вас мог слышать эксперт, который оценивает Вашу работу на станции.

Результаты проведенного опроса письменно оформите в предложенной форме заключения.

6.2 Информация (брифинг) для аккредитуемого лица по специальности «Педиатрия»

Вы врач-педиатр. Вас ожидает родитель (законный представитель), который пришел с ребенком на прием.

Вам необходимо провести только опрос родителя (законного представителя).

Завершите общение, когда будете готовы перейти к осмотру ребенка, фразой «Перейдем к осмотру ребенка».

Завершив общение, назовите выявленные жалобы и предположительный диагноз (диагностические гипотезы), чтобы Вас мог слышать эксперт, который оценивает Вашу работу на станции.

Результаты проведенного опроса письменно оформите в предложенной форме заключения.

7. Действия членов АПК, вспомогательного персонала² на подготовительном этапе (перед началом работы на станции)

1. Проверка соответствия оформления и комплектования станции ОСКЭ типовому паспорту с учетом количества аккредитуемых лиц.

2. Проверка наличия на станции необходимых расходных материалов.

3. Проверка наличия письменного задания (брифинга) перед входом на станцию.

4. Проверка готовности стандартизированного пациента (далее – СП) к работе.

5. Проверка готовности трансляции видеозаписей в комнату видеонаблюдения (при наличии таковой).

6. Получение логина и пароля для входа в автоматизированную систему аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России и вход в нее. Сверка своих персональных данных.

7. Выполнение иных мероприятий, необходимых для нормальной работы станции.

8. Действия членов АПК, вспомогательного персонала в процессе работы станции

1. Включение видеокамеры при команде: «Ознакомьтесь с заданием станции» (при необходимости).

2. Контроль качества аудиовидеозаписи действий аккредитуемого (при необходимости).

3. Проверка готовности станции к работе (наличие необходимых расходных материалов, письменного задания (брифинга), готовность СП к работе, наличие нужного сценария).

² Для удобства и объективности оценки выполнения практического навыка целесообразно помимо члена АПК привлечение еще одного специалиста (из числа членов АПК или вспомогательного персонала).

Член АПК визуально наблюдает за действиями аккредитуемого, управляет камерами и заполняет чек-лист; второй член АПК/вспомогательный персонал также визуально наблюдает за действиями аккредитуемого, дает ему обратную связь.

4. Внесение индивидуального номера из логина, полученного перед прохождением первого этапа процедуры аккредитации в чек-лист в автоматизированной системе аккредитации специалистов здравоохранения Минздрава России.

5. Проведение регистрации последовательности и правильности действий / расхождения действий аккредитуемого в соответствии с параметрами в чек-листе.

6. Обеспечение дополнительными вводными для выполнения ситуации (сценария) (таблица 6).

7. Соблюдение правила – не говорить ничего от себя, не вступать в переговоры, даже если Вы не согласны с мнением аккредитуемого.

8. После команды аккредитуемому «Перейдите на следующую станцию» - приведение станции в первоначальный вид: обновление листа амбулаторной карты пациента (новый лист) и т.п.

Для членов АПК с небольшим опытом работы на станции допускается увеличение промежутка времени для подготовки станции и заполнения чек-листа. Промежуток времени в таком случае должен быть равен периоду работы станции (10 минут).

Таблица 6

**Примерные тексты вводной информации
в рамках диалога члена АПК и аккредитуемого лица**

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Текст вводной
1.	При попытке аккредитуемого начать мыть руки	«Будем считать, что руки обработаны»
2.	В случае нарушения задания и перехода аккредитуемого к осмотру или анализу результатов лабораторных и инструментальных исследований	«Осмотр/интерпретация результатов не входят в задачи станции»

9. Нормативно-методическое обеспечение паспорта станции

1. Приказа Минздрава России от 28.10.2022 г. №709 н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов» (зарегистрировано в Минюсте России 30.11.2022 № 71224)

2. Федеральный закон от 25 декабря 2018 г. N 489-ФЗ О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций"

3. Федеральный закон от 02.07.2021 N 312-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

4. Приказ Минздрава России от 21.01.2022 г. №20 н «Об особенностях проведения аккредитации специалистов» (зарегистрирован 27.01.2022 г. № 67020)

5. Приказ Министерства образования и науки РФ от 01.07.2013 г. № 499 г. Москва «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».

6. Федеральный Закон РФ от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

7. Приказ МЗ РФ от 03.08.2012 г. № 66 н г. Москва «Об утверждении Порядка и сроков совершенствования медицинскими работниками и фармацевтическими работниками профессиональных знаний и навыков путем обучения по дополнительным профессиональным образовательным программам в образовательных и научных организациях».

8. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

9. Приказ МЗ РФ от 07.10.2015 г. № 700 н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».

10. Приказ МЗ РФ от 08.10.2015 г. № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».

11. Васильева Е.Ю., Томилова М.И. Оценка коммуникативных навыков в медицинском образовании: теория и практика: монография. М.: РУСАЙНС, 2020. 164 с.

12. Дьяченко Е.В., Сизова Ж.М. Оценка навыков общения с пациентом в симулированных условиях при аккредитации медицинских специалистов: организационное и научно-методическое обеспечение, проблемы, направления решений / Медицинское образование и профессиональное развитие. 2020. Т. 11. № 2. С. 66-79. DOI: 10.24411/2220-8453-2020-12005

https://www.medobr.ru/ru/jarticles/595.html?SSr=24013461d011ffffff27c_07e5011c0b1828-6f4

13. Навыки общения с пациентом: симуляционное обучение и оценка в медицинском вузе / Н.С. Давыдова, Е.В. Дьяченко, АВ. Серкина, Н.В. Самойленко. М.: РОСОМЕД, 2020. 187 с.

14. Навыки эффективного общения для оказания пациент-ориентированной медицинской помощи научно-методическое издание / авторы-сост. Боттаев Н.А., Горина К.А., Грибков Д.М., Давыдова Н.С., Дьяченко Е.В., Ковтун О.П., Макарович А.Г., 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. М.: Издательство РОСОМЕД (Российское общество симуляционного обучения в медицине), 2018. 32 с.

<http://rosomed.ru/system/documents/files/000/000/102/original/Раздатка-Руководство-по-Калгари-Кембриджской-модели.pdf?1528916127>

15. Сильверман Дж., Кёрц, С., Дрейпер Дж. Навыки общения с пациентами / пер. с англ. А.А. Сонькина. М.: ГРАНАТ. 2018. 304 с.

16. Специалист медицинского симуляционного обучения / под ред. М.Д. Горшкова, 2-е изд. доп. и перераб. М.: РОСОМЕД, 2021 г.: гл.: Дьяченко Е.В., Васильева Е.Ю., Сизова Ж.М. Общение с пациентом: модели, обучение, оценка. С. 176-212.

<https://rosomed.ru/documents/spetsialist-meditsinskogo-simulyatsionnogo-obucheniya-uchebnoe-posobie-2021-09-27-075200-0300>

17. Ширмер Дж. Оценка коммуникативной компетентности: обзор современных инструментов. Семейная медицина 2005;37(3):184-92. Также доступно по адресу: <http://www.stfm.org/fmhub/fm2005/March/Julie184.pdf>

18. Bayer-Fetzer Conference on Physician-Patient Communication in Medical Education. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo Consensus Statement. Acad Med. 2001;76:390–393.

19. Elizabeth A Rider. A model for communication skills assessment across the undergraduate curriculum. Medical Teacher. 2006; 28(5):127-34 DOI:10.1080/01421590600726540 [Electronic resource]. – URL:

https://www.researchgate.net/publication/6818504_A_model_for_communication_skills_assessment_across_the_undergraduate_curriculum (date of treatment:05.07.2022).

20. Kurtz S., Draper J., Silverman J. Teaching and Learning Communication Skills in Medicine, 2nd Edition, 2017.

21. Makoul G. Essential elements of communication in medical encounters: the Kalamazoo consensus statement. Acad Med., 2001.

22. Rider EA. Interpersonal and Communication Skills. In: Rider EA, Nawotniak RH. A Practical Guide to Teaching and Assessing the ACGME Core Competencies, 2nd edition. Marblehead, MA: HCPro, Inc., 2010, pp 1-137.

23. Schirmer JM, Mauksch L, Lang F, Marvel MK, Zoppi K, Epstein RM, et al Assessing communication competence: A review of current tools. Fam Med. 2005. 184-192 p.

10. Справочная информация для аккредитуемого/членов АПК (приложение 1)

11. Информация для стандартизированного пациента³

Информация конфиденциальна и распространяется на специально организованной образовательной программе для лиц, успешно окончивших обучение и получивших свидетельство об освоении компетенции «Стандартизированный пациент в аккредитации специалистов здравоохранения» в рамках *текущего года* проведения первичной аккредитации специалиста

12. Критерии оценивания действий аккредитуемого

В электронном чек-листе оценка правильности и последовательности выполнения действий аккредитуемым осуществляется с помощью активации кнопок:

- «Да» – действие произведено;
- «Нет» – действие не произведено.

Каждая позиция вносится членом АПК в электронный чек-лист.

13. Алгоритм выполнения навыка

Алгоритм демонстрации навыков профессионального общения может быть использован для освоения данных навыков и для подготовки к первичной аккредитации специалистов здравоохранения.

Демонстрация аккредитуемым лицом навыков профессионального общения в ситуации сбора жалоб и анамнеза опирается на клиническое руководство к ведению медицинской консультации⁴. Руководство основано на убедительной доказательной базе

³ Стандартизированный пациент – это реальный человек, который прошел специальное обучение, чтобы иметь возможность реалистично и последовательно вести себя во время встречи со специалистом, и который в соответствии с определенными критериями должен играть роль пациента с определенными заболеваниями (Дж.М. Шамвей, Р.М. Харден. Руководство AMEE №25. Оценка результатов обучения компетентного и мыслящего практикующего врача // Медицинское образование и профессиональное развитие №1 (23), 2016 г. С. 223-53).

⁴ Сильверман Дж., Кёрц, С., Дрейпер Дж. Навыки общения с пациентами / пер. А.А. Сонькина. М.: ГРАНАТ. 2018. 304 с.

научных исследований в области общения врача с пациентом в ходе медицинской консультации (приложение 1 и п. 9 данного Паспорта).

В клиническом руководстве выделены пять последовательно сменяющих друг друга этапов медицинской консультации (рис. 1). **Начало приема (консультации) → Сбор информации → Осмотр (физикальное исследование) → Разъяснение (объяснение) и планирование → Завершение приема(консультации).** На каждом этапе есть задачи, которые необходимо решить врачу, используя определенные коммуникативные навыки, обеспечивающие эффективность решения задач медицинской консультации. Также есть два непрерывных процесса, идущих от начала до конца консультации: структурирование информации и контроль врачом процесса консультации и выстраивание отношений с пациентом.

Для успешного прохождения станции действия аккредитуемого лица должны быть согласованы с навыками общения с пациентом, представленными в клиническом руководстве к ведению медицинской консультации.

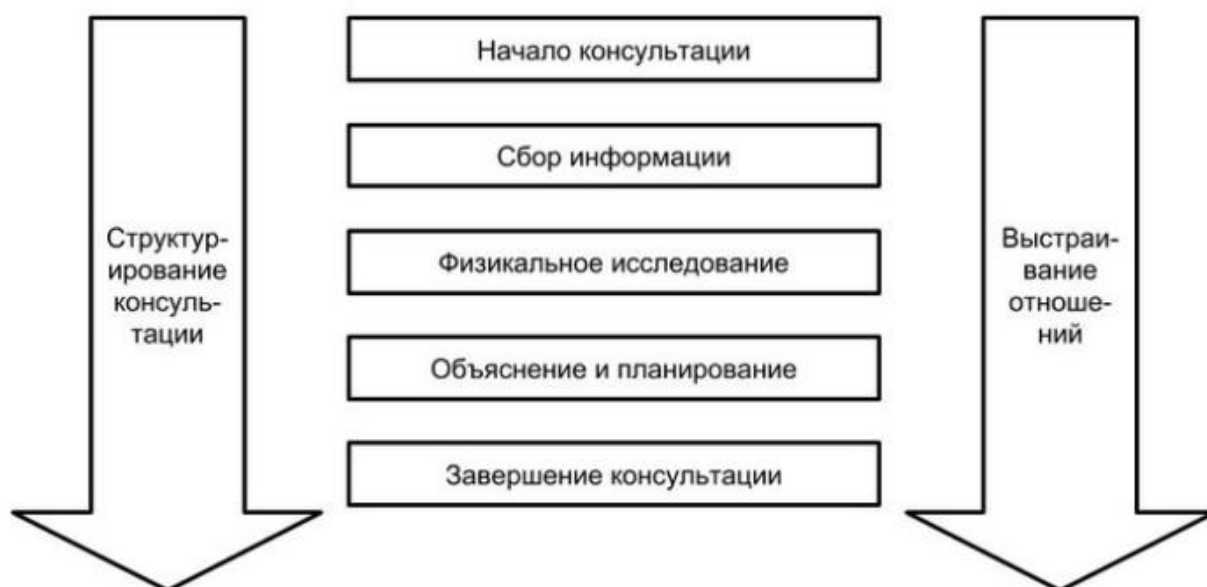


Рис. 1. Руководство к ведению медицинской консультации.

Алгоритм выполнения навыка «Сбор жалоб и анамнеза»

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Критерий оценки
Начало консультации. Установление контакта		
1	Поздороваться	Врач поздоровался с пациентом

2	Позаботиться о комфорте пациента	Например, врач сообщил пациенту, где можно расположиться, или куда положить вещи, или врач поинтересовался удобно ли пациенту
3	Представиться пациенту по имени и отчеству	Врач представился, назвал свое ФИО
4	Объяснить свою роль	Например, «Я врач – терапевт»
5	Попросить пациента представиться	Врач попросил пациента назвать свои ФИО и возраст
Сбор информации. Расспрос пациента		
6	Начать сбор информации с общего, а не конкретного вопроса	Например, «Что привело вас?», «С чем вы пришли?», «Я вас слушаю», «Рассказывайте» вместо вопросов о конкретных жалобах и проблемах
7	Дослушивать ответы пациента до конца, не перебивая уточняющими вопросами, пока пациент не закончит	Пояснение: существует понятие так называемой «золотой минуты», подразумеваемой свободный рассказ пациента, который чаще всего в реальной жизни (по данным многочисленных исследований) укладывается в одну минуту, а в условиях станции занимает не больше 40 секунд
8	Резюмировать сказанное пациентом	Врач обобщает, подводит итог сказанному, чтобы показать, что пациент услышан, и проверить правильность своего понимания
9	Проверить наличие других проблем или поводов для обращения кроме уже ранее озвученной жалобы	Например, «Что еще Вас беспокоит?» или «Какие еще проблемы Вы хотели обсудить?»
10	Задавать вопросы из анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента	Вопросы исходя из полученных от пациента жалоб
11	Задавать серии вопросов	Врач задал несколько вопросов подряд
Поддержание контакта с пациентом		
12	Поддерживать зрительный контакт	Врач регулярно (не менее половины от всего времени взаимодействия) поддерживал зрительный контакт
Завершение контакта с пациентом		
13	Обозначить готовность завершить опрос и перейти к осмотру пациента	
Клинические выводы		
14	Назвать вслух, обращаясь к эксперту, список проблем/жалоб пациента	Например, «Итак, я выяснил, что пациента беспокоит ...»

15	Назвать вслух, обращаясь к эксперту, свои клинические гипотезы/ы	Например, «На основании выявленных жалоб могу предположить, что»
16	Результаты проведенного опроса оформить в предложенной форме заключения	

14. Оценочный лист

Используется для оценки действий аккредитуемого лица при прохождении станции.

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Критерии оценки
Начало консультации. Установление контакта с пациентом		
1.	Поздоровался с пациентом	√ да ☐ нет
2.	Позаботился о комфорте пациента (сообщил, где можно расположиться / куда положить вещи / поинтересовался удобно ли пациенту)	√ да ☐ нет
3.	Представился, назвав свои ФИО	√ да ☐ нет
4.	Объяснил свою роль	√ да ☐ нет
5.	Попросил пациента назвать свои ФИО и возраст	√ да ☐ нет
Сбор информации. Расспрос пациента		
6.	Начал сбор информации с общего, а не конкретного вопроса: «Что привело вас?», «С чем пришли?», «Я вас слушаю», «Рассказывайте» вместо вопросов о конкретных жалобах и проблемах	√ да ☐ нет
7.	Дослушивал ответы пациента до конца, не перебивая уточняющими вопросами, пока пациент не закончит	√ да ☐ нет
8.	Резюмировал сказанное пациентом (обобщал, подводил итог сказанному, чтобы показать, что услышал пациента и проверить правильность своего понимания)	√ да ☐ нет
9.	Проверил наличие других проблем или поводов для обращения, кроме уже ранее озвученной жалобы: «Что еще Вас беспокоит?» или «Какие еще проблемы Вы хотели обсудить?»	√ да ☐ нет
10.	Задавал вопросы из анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента	√ да ☐ нет
11.	Задавал несколько вопросов подряд (серию вопросов)	☐ да √ нет
Выстраивание отношений в процессе общения		
12.	Поддерживал зрительный контакт (регулярно, не менее половины от всего времени взаимодействия)	√ да ☐ нет
Завершение контакта с пациентом		
13.	Обозначил готовность завершить опрос и перейти к осмотру пациента	√ да ☐ нет

Клинические выводы		
14.	Назвал вслух, обращаясь к эксперту, список проблем/жалоб пациента, например, «Итак, мы выяснили, что пациента беспокоят ...»	☒ да ☐ нет
15.	Назвал вслух, обращаясь к эксперту, свои клинические гипотезы (или гипотезу), например, «На основании выявленных жалоб могу предположить, что...»	☒ да ☐ нет

15. Форма заключения для самостоятельного заполнения аккредитуемым лицом

ФИО пациента _____ Возраст _____	
Запишите список проблем, жалоб пациента и кратко главные выявленные факты для постановки диагноза (диагностических гипотез)	
Укажите свои диагностические гипотезы (гипотезу), которые можно сформулировать на основании полученной Вами информации, расположив их в порядке приоритетности	
1.	
2.	
3.	

16. Сведения о разработчиках

16.1. Организации-разработчики: клинические задачи для оценки навыков общения и сценарии для стандартизированных пациентом разработаны профильными Методическими аккредитационно-симуляционными центрами в рамках действующих Соглашений с Минздравом России на выполнение мероприятий по разработке и апробации Паспортов станций ОСКЭ.

16.2. Авторы-составители:

Боттаев Назир Азретович – к.м.н., специалист по учебно-методической работе (тренер навыков общения) аккредитационно-симуляционного центра ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Васильева Елена Юрьевна – д.пед.н., профессор, зав. кафедрой педагогики и психологии ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» Минздрава России.

Давыдова Надежда Степановна – д.м.н., профессор, заслуженный врач РФ, профессор кафедры анестезиологии, реаниматологии, токсикологии и трансфузиологии ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Дьяченко Елена Васильевна – к.псих.н., доцент, руководитель центра компетенций ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, координатор станции ОСКЭ по оценке навыков общения с пациентом в аккредитации специалистов здравоохранения.

Золотова Елизавета Николаевна – к.м.н., специалист по учебно-методической работе (тренер навыков общения) аккредитационно-симуляционного центра ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Самойленко Надежда Викторовна – старший преподаватель мультипрофильного аккредитационно-симуляционного центра (тренер навыков общения) ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Справочная информация

Получение полной и достоверной информации о состоянии здоровья конкретного пациента является одной из задач врача при оказании медицинской помощи в форме консультации.

Взросший уровень медицины, демократизация общества привели к смене модели оказания медицинской помощи с патерналистской на модель медицинской консультации, ориентированную на взаимодействие с пациентом.

В данной модели врач, принимая и уважая право пациента самостоятельно принимать решения в отношении своего здоровья, выступает как консультант, предлагающий, а не предписывающий варианты вмешательств и согласовывающий их с пациентом.

Основными задачами эффективного профессионального общения врача с пациентом являются выстраивание с ним доверительных отношений при удерживании логики и контроле структуры консультации в ограниченное время ее проведения; выслушивание пациента и разъяснение медицинской информации, исходя из его запроса пациента; совместное с пациентом принятие решения в отношении характера и объема медицинского вмешательства и другие.

Навыки профессионального общения врача с пациентом при оказании медицинской помощи имеют обширную и убедительную доказательную базу. Так, в зарубежной практике есть научно доказанные свидетельства о том, что оценки за курс общения врача с пациентом, полученные на государственных квалификационных экзаменах, значительно коррелируют с числом жалоб в медицинские регулирующие органы – за 12 лет наблюдений выявлена линейная зависимость (Tamblyn et al. 2007). Мета-анализ опубликованных исследований (Zolnierek et al. 2009) показал, что качество коммуникации при оказании медицинской помощи значимо коррелирует с приверженностью пациентов, которая повышается, если врачей обучать навыкам общения.

Важным является то, какую информацию врач получает от пациента, это оказывает существенное влияние на дальнейший ход лечения. Трудности получения информации от пациентов начинаются с выявления состава жалоб при обращении: Stewart et al. (1979) показали, что в службе первичной помощи в Канаде 54% жалоб пациентов и 45% их опасений не было выявлено. 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 et al (1984) показали, что врачи системы первичной помощи часто перебивали пациентов так скоро после начала их вступительных слов – в среднем через 18 секунд – что не выявляли другие, столь же важные жалобы. Byrne and Long (1976) выяснили, что консультации в общей практике с наибольшей вероятностью становились дисфункциональными, если имелись недостатки в той их части, которая относится к «выяснению причины визита пациента».

Исследование в отделении скорой помощи (Rhodes et al. 2004) продемонстрировало, что 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 невысказанных пациентами потребностей и опасений в контексте первичной помощи в Малайзии.

Доказано, что врачу важно получить от пациента не только «объективную» информацию о симптомах и анамнезе, но и сведения о видении пациентом своей болезни в более широком жизненном контексте. Учет этих сведений позволяет повысить качество коммуникации в самых разных аспектах: и удовлетворенности пациента, и выполнения им предписаний (так называемого комплаенса), и способности запомнить рекомендации врача, и, в конечном итоге, приводит к улучшению клинических исходов (Stewart et al. 1995).

Вместе с тем, идеи пациентов, их тревоги и надежды не входят составной частью в традиционную историю болезни, и это слишком часто приводит к тому, что они не учитываются в повседневной клинической практике (Tuckett et al. 1985).

Таким образом, опыт показывает, что без целенаправленного использования навыков профессионального общения во многих случаях врач не может получить всю необходимую информацию от пациента, что негативно сказывается как на постановке наиболее вероятного предварительного диагноза и планировании последующих действий, так и на выстраивании доверительных отношений с пациентом.

Приложение 2

В случае возникновения технического сбоя (сбой программного обеспечения, отключение электроэнергии и т.д.) и отсутствия возможности заполнения чек-листа онлайн возможно использование бумажных оценочных чек-листов.

ЧЕК-ЛИСТ

II этап аккредитационного экзамена

Специальность _____

Дата _____

Номер аккредитуемого _____

№ п/п	Действие аккредитуемого лица	Критерии оценки
Начало консультации. Установление контакта:		
1.	Поздоровался с пациентом	☐ да ☐ нет
2.	Позаботился о комфорте пациента (сообщил, где можно расположиться / куда положить вещи / поинтересовался удобно ли пациенту)	☐ да ☐ нет
3.	Представился, назвав свои ФИО	☐ да ☐ нет
4.	Объяснил свою роль	☐ да ☐ нет
5.	Попросил пациента назвать свои ФИО и возраст	☐ да ☐ нет
Сбор информации. Расспрос:		
6.	Начал сбор информации с общего, а не конкретного вопроса: «Что привело вас?», «С чем пришли?», «Я вас слушаю», «Рассказывайте» вместо вопросов о конкретных жалобах и проблемах	☐ да ☐ нет
7.	Дослушивал ответы пациента до конца, не перебивая уточняющими вопросами, пока пациент не закончит	☐ да ☐ нет
8.	Резюмировал сказанное пациентом (обобщал, подводил итог сказанному, чтобы показать, что услышал пациента и проверить правильность своего понимания)	☐ да ☐ нет
9.	Проверил наличие других проблем или поводов для обращения, кроме уже ранее озвученной жалобы: «Что еще Вас беспокоит?» или «Какие еще проблемы Вы хотели обсудить?»	☐ да ☐ нет
10.	Задавал вопросы из анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента	☐ да ☐ нет
11.	Задавал несколько вопросов подряд (серию вопросов)	☐ да ☐ нет
Выстраивание отношений в процессе общения:		
12.	Поддерживал зрительный контакт (регулярно, не менее половины от всего времени взаимодействия)	☐ да ☐ нет
Завершение контакта с пациентом:		
13.	Обозначил готовность завершить опрос и перейти к осмотру пациента	☐ да ☐ нет
Клинические выводы		
14.	Назвал вслух, обращаясь к эксперту, список проблем/жалоб пациента, например, «Итак, мы выяснили, что пациента беспокоят ...»	☐ да ☐ нет
15.	Назвал вслух, обращаясь к эксперту, свои клинические гипотезы (или гипотезу), например, «На основании выявленных жалоб могу предположить, что...»	☐ да ☐ нет

ФИО члена АПК _____

подпись _____

Отметка о внесении в базу (ФИО) _____