

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	7
Благодарности	10
Введение	11
Глава 1. Калгари-Кэмбриджские руководства — модель структуры медицинской консультации и навыков для эффективного общения с пациентом	17
Информационный блок	
1.1. Калгари-Кэмбриджские руководства — модель навыков для эффективного общения с пациентами.....	17
1.2. Начало консультации: коммуникативные навыки	25
Вопросы и задания для самоконтроля	31
Практический блок	
Тренинг. Установление контакта с пациентом на первичном приеме	32
Контрольно-оценочный блок	40
Самооценка коммуникативных навыков	40
Список рекомендуемой литературы	46
Глава 2. Коммуникативные навыки для пациент-центрированного расспроса	47
Информационный блок	
2.1. Цели и модель пациент-центрированного расспроса	47
2.2. Навыки процесса сбора информации	49
Вопросы и задания для самоконтроля	55
Практический блок	
Тренинг. Сбор жалоб и анамнеза на первичном приеме: коммуникативные навыки пациент-центрированного расспроса	56
Контрольно-оценочный блок	65
Список рекомендуемой литературы	67
Глава 3. Коммуникативные навыки для процесса объяснения и планирования	68
Информационный блок	
3.1. Объяснение и планирование: содержание, основные задачи, навыки процесса объяснения и планирования	68
3.2. Стратегии объяснения: ASK — TELL — ASK и DCEPT	72

3.3. Teach back-метод для проверки понимания информации, полученной от врача	73
Вопросы и задания для самоконтроля	76
Практический блок	
Тренинг «Информирование пациентов с применением Teach back-метода»	78
Контрольно-оценочный блок	82
Список рекомендуемой литературы	95
Глава 4. Консультирование: как мотивировать пациентов и преодолеть их сопротивление	97
Информационный блок	
4.1. Профилактическое консультирование пациентов с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний	97
4.2. Мотивационное консультирование для всех пациентов, употребляющих табак: метод 5А и 5R	102
Вопросы и задания для самоконтроля	105
Практический блок	
Анализ мотивационного консультирования	105
Тренинг. Метод 5R и метод 5А для работы с сопротивлением пациента	111
Контрольно-оценочный блок	117
Список рекомендуемой литературы	120
Глава 5. «Плохие новости»: как сообщить пациенту	121
Информационный блок	
5.1. «Плохие новости»: понятие, классификации, как сообщить пациенту (протокол SPIKES)	121
5.2. Предложения по сообщению «плохих новостей»	129
Вопросы и задания для самоконтроля	132
Практический блок	
Упражнения на самосовладание	132
Анализ сообщения «плохих новостей» — 2 сценария	133
Тренинг «Сообщение плохих новостей»	138
Контрольно-оценочный блок	140
Сценарий для тренировки коммуникативных навыков сообщения «плохих новостей». Блок 1	144
Сценарий для тренировки коммуникативных навыков сообщения «плохих новостей». Блок 2	149
Список рекомендуемой литературы	153

Глава 6. Врачебная ошибка: как говорить об этом с пациентом	154
Информационный блок	
6.1. Врачебная ошибка: понятие, классификации, причины, этические аспекты сообщения пациенту о врачебной ошибке	155
6.2. Протокол CONES (КОПЭС): как сообщать о врачебной ошибке пациенту	155
Вопросы и задания для самоконтроля	157
Практический блок	
Тренинг «Техника сообщения пациенту о врачебной ошибке (на основе протокола CONES (КОПЭС))»	158
Контрольно-оценочный блок	174
Список рекомендуемой литературы	180
Глава 7. Профилактика конфликта и техника выхода из конфликтной ситуации	181
Информационный блок	
7.1. Стратегия и тактика предотвращения конфликта	181
7.2. Причины конфликтов и возможные пути решения конфликтных ситуаций в медицинской практике	187
Вопросы и задания для самоконтроля	190
Практический блок	
Ошибки при работе с конфликтом и техника выхода из конфликтной ситуации	190
Тренинг «Техника выхода из конфликтной ситуации»	191
Контрольно-оценочный блок	194
Список рекомендуемой литературы	196
Заключение	197
Словарь основных терминов	201
Приложение. Чек-листы для оценки коммуникативных навыков	208

ГЛАВА 3

КОММУНИКАТИВНЫЕ НАВЫКИ ДЛЯ ПРОЦЕССА ОБЪЯСНЕНИЯ И ПЛАНИРОВАНИЯ

Врач готов назвать пациенту диагноз и назначить лечение. Значит, наступил новый этап медицинской консультации — объяснение и планирование. Как передать информацию? Какие навыки нужны врачу, чтобы учитывать индивидуальные и уникальные требования каждого пациента, его отличную от других способность воспринимать информацию, его нестандартные запросы и заботы? Что данный пациент уже знает? Сколько информации он захочет получить? Чем он более всего озабочен, чего опасается, насколько готов участвовать в принятии решений? Как убедиться в том, что пациент понял врача и готов следовать его рекомендациям?

В результате изучения материалов информационного блока и выполнения заданий, представленных в практическом блоке главы, вы

узнаете:

- содержание, основные задачи, стратегии объяснения и планирования,
- перечень навыков процесса объяснения и планирования;

научитесь:

- применять в процессе объяснения и планирования интерактивные стратегии и Teach back-метод,
- получать обратную связь от пациента и анализировать результаты для совершенствования навыков общения.

Кроме того, предполагается, что после обучения вы сможете понять, что эффективная коммуникация в общении врача с пациентом на консультации — это *взаимодействие*, а не процесс прямой передачи информации.

Информационный блок

3.1. ОБЪЯСНЕНИЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ: СОДЕРЖАНИЕ, ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ, НАВЫКИ ПРОЦЕССА ОБЪЯСНЕНИЯ И ПЛАНИРОВАНИЯ

Содержание объяснения и планирования включает:

- Дифференциальную диагностику

- Учет понимания болезни и опыта болезни
- План лечения, предложенный врачом
- Обследования
- Варианты лечения
- Объяснение и планирование вместе с пациентом
- Обсуждение плана действий [9]

Основные задачи на этапе объяснения и планирования

- Оценить нужное количество и тип информации для каждого конкретного пациента.
- Дать объяснения, которые пациент может понять и запомнить.
- Дать объяснения, учитывающие позицию пациента.
- Использовать интерактивный подход, добиваясь общего с пациентом понимания проблемы.
- Вовлекать пациента и планировать совместно с ним лишь до такой степени, какая для него желательна, тем самым повышая его заинтересованность и меру следования намеченным планам.
- Продолжать выстраивание взаимоотношений и создание атмосферы поддержки [9].

Для объяснения и планирования врачу необходимо овладеть тремя группами коммуникативных навыков:

- 1) навыками предоставления необходимой информации в нужном объеме для оказания помощи пациенту в понимании и запоминании;
- 2) навыками учета позиции пациента для достижения взаимопонимания;
- 3) навыками планирования для совместного принятия решений [9].

Алгоритм действий для оказания помощи пациенту в точном понимании медицинской информации:

- упорядочивает объяснение: разделяет на отдельные части; выстраивает логическую последовательность;
- применяет рубрикацию или сигнализацию, например: «Я хотел бы обсудить три важных вопроса. Первый...»; «Теперь позвольте мне перейти к...»;
- подкрепляет информацию повторами и обобщениями;
- пользуется кратким простым языком; избегает профессионального жаргона или доступно его объясняет;
- использует визуальные средства передачи информации: диаграммы, модели, письменную информацию и инструкции;
- проверяет понимание пациентом информации (или планов на будущее), например, просит пациента повторить сказанное своими словами; если надо, разъясняет [9].

Алгоритм действий для достижения взаимопонимания, учет позиции пациента:

- согласовывает объяснения с точкой зрения пациента, которую удалось узнать, — с его мыслями, тревогами и ожиданиями;
- позволяет пациенту и призывает его участвовать: спрашивать, требовать пояснений, выражать сомнения; должным образом реагирует;
- улавливает и вербальные и невербальные сигналы и реагирует на них, например на желание пациента что-то рассказать или спросить, на информационную перегрузку, огорчение;
- выясняет мнение пациента, его восприятие и переживание информации, терминов; при необходимости объясняет еще раз [9].

Алгоритм действий при планировании для совместного принятия решений

Чтобы сделать процесс принятия решений понятным пациенту, врач должен следовать приведенному ниже алгоритму. Врач:

- делится с пациентом идеями, рассуждениями, сомнениями;
- вовлекает пациента:
 - советует и предлагает варианты, а не указывает,
 - поощряет высказывание пациентом идей, предложений;
- изучает варианты лечения;
- оценивает желание пациента участвовать в принятии данного решения;
- обсуждает согласованный план:
 - высказывает свое мнение о наличии или отсутствии преимуществ того или иного варианта,
 - выясняет предпочтения пациента;
- уточняет у пациента:
 - согласен ли он с планом,
 - всем ли его жалобам уделено внимание [9].

При обсуждении *мнения пациента о происходящем и значимости проблемы* врач:

- высказывает мнение о происходящем и, если возможно, называет его;
- логически обосновывает свое мнение;
- объясняет причинную связь, значимость, ожидаемый исход, краткосрочные и долгосрочные последствия;
- выясняет мнение пациента, его восприятие сказанного врачом и переживания по этому поводу (например, соответствует ли это мнение мыслям и чувствам пациента, приемлемо ли).

При обсуждении *согласованного плана* врач:

- обсуждает варианты дальнейших действий, например, ничего не предпринимать, проводить исследования, медикаментозное или хирургическое лечение, немедикаментозное лечение (физиотерапия, использование вспомогательных приспособлений для передвижения, прием или ограничение жидкости, психотерапия), профилактические мероприятия;
 - рассказывает о предлагаемых мероприятиях или лечении:
 - определение,
 - механизм действия,
 - польза и преимущества,
 - возможные побочные эффекты;
 - выясняет взгляды пациента на предложенные действия, понимание им пользы, препятствия, мотивацию;
 - принимает точку зрения пациента, а при необходимости отстаивает свою позицию;
 - выясняет, как пациент воспринял план действий и лечения, какие у него имеются опасения, насколько план приемлем;
 - учитывает стиль жизни пациента, его убеждения, культурные традиции, способности;
 - поощряет участие пациента в осуществлении плана, принятие на себя ответственности, его самостоятельность;
 - узнает о социальной поддержке, обсуждает другие доступные виды помощи.
- При обсуждении *исследований и процедур* врач:
- понятно рассказывает о процедурах, например, что пациент может испытывать, как он узнает о результатах;
 - объясняет, как процедура влияет на лечение, ее важность и цель;
 - поощряет вопросы о возможных переживаниях или неблагоприятных результатах и их обсуждение [9].

Резюме

Объяснение и планирование — *интерактивный процесс*. Это значит, что:

- на этапе объяснения и планирования врач не произносит монологов;
- чтобы информация воспринималась точно, прежде чем переходить к следующим ее сегментам, следует снова и снова проверять, ясно ли врач выразился, понял ли пациент мысли врача;
- именно двустороннее взаимодействие позволяет врачу определять, какая информация еще не предоставлена;
- просьбы к пациенту пересказать только что данную ему информацию радикально улучшают запоминание и понимание;

- следует поощрять пациента, чтобы он задавал вопросы, выражал сомнения и добивался прояснения, если ставится цель добиться взаимопонимания и избежать недисциплинированности;
- необходимо понимать идеи пациентов, чтобы адаптировать объяснения к их потребностям;
- важно вовлекать пациента в планирование, позволяя ему участвовать в процессе принятия решений и высказывать свои предпочтения [9].

3.2. СТРАТЕГИИ ОБЪЯСНЕНИЯ: ASK — TELL — ASK И DCEPT [5, 6]

На данном этапе медицинской консультации целесообразно использование двух стратегий во взаимодействии с пациентом: ASK — TELL — ASK и DCEPT, визуализацию примеров их применения можно посмотреть на канале YouTube, пройдя по ссылке (<https://www.youtube.com/watch?v=-eHN42ZAZvI>).

Первая стратегия ASK — TELL — ASK (спроси-скажи-спроси) кратко раскрывает посредством ключевых слов перечень действий, которые врач должен выполнить на этапе объяснения пациенту медицинской информации:

ASK — СПРОСИ

- Запрос разрешения (по)говорить.
- Спросить, что собеседник (пациент) знает об этом (диагнозе).
- Хочет ли он знать больше?

TELL — СКАЖИ

- Специфично, коротко и ясно предоставленная информация (то, что уже знает собеседник (пациент)) — отправная точка для информирования.

ASK — СПРОСИ

- Спросить, что собеседник-пациент думает о полученной информации.
- Попросить повторить (коротко резюмировать), что он узнал (понял).

Вторая модель DCEPT (Diagnosis — Cause — Expected course — Prognosis&Seriousness — Treatment [later on]) позволяет врачу с помощью ключевых слов выстроить логику сообщения пациенту медицинской информации действительно важной для него: Диагноз — Причины — Ожидаемый ход событий — Прогноз и Серьезность — Лечение.

Следует обратить внимание на форму предоставления информации пациенту.

- Ясная и недвусмысленная информация, без медицинских терминов или с их объяснением.
- Информация должна быть разбита на логические разделы, чтобы повысить запоминание.
- Темп, соответствующий способности пациента понимать и усваивать информацию.
- Активная проверка того, что понял пациент (попросите повторить, объяснив: «Мне важно выяснить, правильно ли мы поняли друг друга») [6].

3.3. TEACH BACK-МЕТОД ДЛЯ ПРОВЕРКИ ПОНИМАНИЯ ИНФОРМАЦИИ, ПОЛУЧЕННОЙ ОТ ВРАЧА

Преамбула к теме

Ситуация. При выписке из стационара врач говорит пациенту: «Вам сделали операцию по удалению аппендикса. Завтра вас выпишут из стационара. Через два дня вам нужно будет быть в больнице, чтобы снять швы. Вы должны носить повязку. Нельзя мочить повязку, пока швы не будут сняты. Не следует поднимать тяжелые предметы. Следует избегать физических упражнений и стресса. Вам все понятно?»

Никогда не задавайте пациенту вопрос «Вам все понятно?» Но почему? В чем проблема? Ответ дают результаты многочисленных исследований.

- Большинству пациентов трудно понять информацию, предоставленную им медицинскими работниками (Лей, 1988).
- Пациенты помнят и понимают *менее половины того*, что им объясняют их врачи (Рост, 1987).
- 98% медицинских ошибок связаны с общением (АМА, 2007).
- Пациенты говорят, что сама обстановка больницы влияет на то, что им трудно сказать врачу, что они не понимают его (МОМ, 2004) [4].

Между тем согласно международным и российским документам «пациенты имеют право понимать медицинскую информацию, которая необходима им для безопасного ухода за собой, и выбирать среди доступных альтернатив», а «медицинские работники обязаны предоставлять информацию простым, ясным и понятным языком и проверять, что пациенты поняли информацию до завершения разговора». «Взаимоотношения врача

и пациента должны строиться на партнерской основе и принципах информационной открытости. Врач должен в доступной форме информировать пациента о состоянии его здоровья, возможных изменениях, методах лечения, включая те, с которыми связана определенная доля риска или неуверенность в результате. Врач должен убедиться в том, что пациент удовлетворен полученной информацией» [10, 13].

Как решить проблему?

- Используйте простой язык.
- Сосредоточьтесь на самых важных сообщениях при объяснении информации пациенту.
- Всегда проверяйте понимание, используя метод обучения Teach back.

Что это за метод и почему им нужно овладеть? Приведем несколько определений.

Teach back — это:

- метод обучения пациентов, основанный на проверке понимания информации, полученной от врача;
- способ убедиться, что вы объяснили информацию четко;
- не тест или опрос пациентов;
- способ спросить пациента (или члена семьи) объяснить своими словами то, что им нужно знать или делать, используя заботливый тон интонации;
- способ проверить на понимание информации и при необходимости заново объяснить и проверить еще раз [4].

Teach back может применяться:

- при выписке пациента из больницы;
- при посещении пациента на дому;
- в поликлинике.

Данный метод работает следующим образом: после представления информации необходимо попросить пациента объяснить или повторить полученную информацию своими словами, это поможет определить, сколько и насколько хорошо пациент осмысливает и понимает то, что вы ему представили.

Элементы компетенции для эффективного применения Teach back

1. Используйте заботливый тон голоса и отношения.
2. Выберите удобное расположение по отношению к пациенту и установите зрительный контакт.
3. Используйте простой язык.
4. Попросите пациента объяснить то, что вы ему объяснили, используя свои собственные слова.

3. Используйте открытые вопросы.
6. Избегайте задавать вопросы, на которые можно ответить простым «да» или «нет».
7. Подчеркните, что ответственность за четкое объяснение лежит на вас, враче.
8. Если пациент не может правильно ответить, объясните снова и перепроверьте.
9. Используйте печатные материалы для поддержки обучения.

Рекомендации по использованию техники Teach back

- Имейте в виду, что это не проверка знаний пациента. Это проверка того, насколько хорошо вы объяснили информацию.
 - Планируйте свой подход. Подумайте о том, как вы будете задавать вопросы своим пациентам, чтобы получить от них информацию.
 - Не задавайте вопросы, на которые можно ответить «да» или «нет» («Это понятно?» и «Поняли ли вы все?»). Используйте вопросы открытого типа, например:
 - «Я хочу быть уверен, что объяснил вам правильно. Скажите, как вы собираетесь принимать это лекарство?»;
 - «Что вы собираетесь делать, когда вернетесь домой?»;
 - «Для того, чтобы быть уверенным, что я объяснил все правильно, не могли бы вы объяснить мне, как вы будете принимать лекарства?»;
 - «Мы многое обсуждали сегодня. Можете ли вы сказать мне, что вы посчитали наиболее важным?»;
 - «Я хочу убедиться, что объяснил все понятно. Итак, давайте повторим, что мы обсуждали. Можете ли описать три вещи, которые вы согласились сделать, чтобы помочь себе контролировать свою болезнь?»
 - Не ждите до конца визита, чтобы начать Teach back.
 - Разъясните и проверьте еще раз. Если при Teach back у пациента возникли проблемы с объяснением и повторением сказанной вами информации, повторите, уточните информацию или инструкции снова.
 - Используйте метод «повтори». Он позволяет убедиться, что пациенты могут следовать конкретным инструкциям и выполнять определенный алгоритм действий. Можно сказать, например, «Чтобы я был уверен, что я дал вам четкие инструкции, пожалуйста, покажите мне, как вы будете использовать ингалятор дома?»
- Используйте раздаточный материал вместе с Teach back. Запишите ключевую информацию, чтобы пациенты могли обратиться к ней дома [4].

ГЛАВА 6

ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА: КАК ГОВОРИТЬ ОБ ЭТОМ С ПАЦИЕНТОМ

Врачебная ошибка — это самая сложная, деликатная и «закрытая» тема для обсуждения в медицинской среде после плохих новостей, в том числе и потому, что сообщение о врачебной ошибке также является плохой новостью для пациента или его родственника. Факт врачебной ошибки тяжело переживается каждым врачом и часто становится его личной проблемой и даже трагедией. Об ошибках редко говорят с коллегами и тем более с ординаторами, а если это и случается, то в узком кругу и в доверительной обстановке.

Что считать врачебной ошибкой? Как и с кем обсуждать врачебную ошибку? Сказать пациенту правду об ошибке или не сказать? Нужно ли? В каких случаях? Как это сделать? Об этом и пойдет речь в данной главе. Конечно, не на все вопросы вы найдете ответы сразу, это и понятно. Нужно время, и немалое, для осмысления проблемы и собственной практики.

В результате изучения информационного блока и выполнения заданий, представленных в информационном и практическом блоках главы, вы

узнаете:

- есть ли разница между врачебной и ятрогенной ошибкой,
- различные классификации ятрогений и виды причин, приводящих к ошибке врача,
- протокол CONES (КОПЭС) для сообщения пациенту (родственнику пациента) о врачебной ошибке;

научитесь:

- следовать протоколу CONES (КОПЭС) при сообщении пациенту (родственнику пациента) о врачебной ошибке.

Информационный блок

6.1. ВРАЧЕБНАЯ ОШИБКА: ПОНЯТИЕ, КЛАССИФИКАЦИИ, ПРИЧИНЫ, ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СООБЩЕНИЯ ПАЦИЕНТУ О ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКЕ

Уважаемые ординаторы! Предлагаем вам необычный способ получения информации о заявленной теме в данной главе. Добудьте ее сами, читая предложенные тексты, структурируя информацию, размышляя над ней, чтобы выступить в роли докладчика на врачебной конференции. Возьмите интервью у своих наставников о том, как они решали проблему врачебной ошибки в своей практике, проанализируйте полученную информацию.

Ситуация. Вы — ординатор. Вам поручили выступить на врачебной конференции с докладом «О врачебных ошибках: понятие, формы и способы информирования пациентов». В вашем распоряжении несколько источников: текст из учебного пособия «Коммуникативные навыки», раскрывающий понятие ятрогенных и врачебных ошибок [1]; статья на английском языке *Albert W. Wu, MD, MPH, Thomas A. Cavanaugh, PhD, Stephen J. McPhee, MD, Bernard Lo, MD, Guy P. Micco, MD. To Tell the Truth. Ethical and Practical Issues in Disclosing Medical Mistakes to Patients* [2]; перевод статьи «Как сообщать о медицинских ошибках: план коммуникации для врачей» [3].

Подготовьте доклад и презентацию к нему (не более 10 слайдов на основе прочитанного текста и перевода статьи) для обсуждения с коллегами. Текст доклада и презентацию следует разместить в электронной образовательной среде для того, чтобы преподаватель смог дать вам обратную связь. Обязательно поделитесь с ординаторами на занятии своими впечатлениями от проведенного мероприятия.

6.2. ПРОТОКОЛ CONES (КОПЭС): КАК СООБЩАТЬ О ВРАЧЕБНОЙ ОШИБКЕ ПАЦИЕНТУ

В российской нормативно-правовой базе, регулирующей взаимоотношения врача и пациента, нет протоколов и стандартов, которые бы определяли и направляли действия врача в случае обнаружения врачебной ошибки. Поэтому каждый врач руководствуется своими представлениями и опытом о том, как это должно происходить. Однако в международном медицинском сообществе врачам рекомендуется использовать

протокол CONES (КОПЭС), краткая версия которого и приводится ниже [4].

The C-O-N-E-S (К-О-П-Э-С) Протокол [4]

Используйте К-О-П-Э-С Протокол при:

- обнаружении врачебной ошибки;
- внезапном ухудшении состояния пациента;
- разговоре с семьей о внезапной смерти.

Примечание: новости должны сообщаться самым старшим членом врачебной команды в определенной последовательности, запомнить которую можно легко с помощью ключевых слов: контекст, открытая попытка, последовательное изложение событий, эмоции. Раскроем более подробно каждый этап протокола.

К — Контекст

- Подготовьтесь к беседе и предвосхитите реакцию пациента (семьи).
- Ведите беседу в тихом месте.
- Усадите пациента как можно ближе к себе, без барьеров.
- Сядьте, постарайтесь быть спокойным, установите контакт на уровне глаз.
- Пусть под рукой будут салфетки.

О — Открытая попытка

Предупредите пациента (члена семьи) о важных новостях:

«Мне тяжело, но я обязан(-а) сказать, что установил(-а) причину нездоровья вашей мамы»;

«Мне тяжело, но мне надо сообщить вам кое-что важное»;

«Я должен (должна) поговорить с вами о вашем состоянии»;

«Спасибо, что пришли. Мне надо рассказать, что случилось с вашим папой».

П — Последовательное изложение событий

- Представьте события в хронологической последовательности:
«Как вы помните, ваша мама поступила вновь в ...»;
«Мы лечили ее ..., и было небольшое улучшение»;
«Прошлым вечером ..., и я только что узнал(-а), что ...»;
«Другими словами, она не перенесла такой объем химиотерапии».
- Избегайте обвинений и (или) оправданий (отговорок).
- Подчеркните, что вы стараетесь определить, как произошла ошибка:
«Мы начали расследование, и к концу сегодняшнего дня я, надеюсь, смогу ответить на ваши вопросы точнее»;
«Я надеюсь, что к концу сегодняшнего дня наступит перелом и начнется улучшение».

- Извинитесь искренне: *«Я очень сожалею, что так получилось».*

Э — Эмоции

- Встретьте сильные эмоции эмпатийным ответом:

«Я знаю, что вас огорчил(-а), и мне тоже очень жаль»;

«Понимаю, что это ужасно»;

«Это редко происходит, но все-таки случается. Мне жаль, что так получилось и в нашем случае».

- Опасайтесь быть втянутым в дачу обещаний, которые не сможете выполнить.

- Избегайте заверения человека о благополучном исходе и об отсутствии причинения вреда.

С — Стратегия и обобщение

- Подведите итоги беседы и составьте планы для последующей работы.

- Дайте знать, что ситуация имеет первостепенное значение сейчас.
«Я лечащий врач вашей мамы, так что важно, чтобы я узнал(-а), что случилось»;

«Буду открыт(-а) и честен (честна) с вами, когда все узнаю сам(-а)»;

«Я гарантирую, что мы сделаем все возможное»;

«Вот что я предлагаю...»;

«Давайте встретимся в конце дня или я позвоню вам, когда узнаю больше».

Если вы не знаете ответ, скажите об этом и добавьте, что попытаетесь узнать.

Честное признание (раскаяние) имеет положительное воздействие на жалобы, связанные с врачебными ошибками.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Как соотносятся понятия «врачебная ошибка», «медицинская ошибка», «ятрогенная» и «дефект оказания медицинской помощи»?
2. Перечислите принципы теории коммуникативного управления конфиденциальностью.
3. Перечислите стратегии диалога о раскрытии ошибки, которых следует избегать.
4. Раскройте компоненты плана управления раскрытия ошибки.
5. Назовите ключевые слова, которые помогут вам сообщать об ошибке пациенту, следуя протоколу CONES (КОПЭС).

Практический блок

Тренинг «Техника сообщения пациенту о врачебной ошибке (на основе протокола CONES (КОПЭС))»

Цель тренинга: формирование коммуникативных навыков в ситуации сообщения пациенту (родственнику пациента) о врачебной ошибке.

Целевая аудитория: ординаторы.

Продолжительность: 4 часа.

Задание 1. Интервью «О врачебной ошибке»

Уважаемые ординаторы! Вам предстоит выступить в роли интервьюера опытного врача в своем отделении. Тема — как врачи обычно общаются о своих врачебных ошибках. Конечно, к интервью нужно подготовиться. Получите согласие на беседу. Назначьте встречу в удобное для врача время и в удобное для беседы месте (в кафе, в ординаторской и т.п.) Подготовьте 5–6 вопросов. Получите согласие на аудиозапись. После встречи письменно оформите результаты интервью и проанализируйте его на предмет соответствия протоколу CONES (КОПЭС). Чтобы максимально точно сформулировать «нужные» вопросы, прочитайте и проанализируйте 3 интервью, которые взяли ординаторы первого года обучения Северного государственного медицинского университета у своих коллег. Подумайте, все ли им удалось.

Интервью 1

И. — интервьюер У. Н. А., ординатор 1-го года обучения по специальности «Клиническая лабораторная диагностика» (КЛД); **В.** — врач клинической лабораторной диагностики поликлиники N.

И.:

— Здравствуйте! Спасибо вам большое за то, что согласились побеседовать в рамках выполнения мною практического задания по дисциплине «Коммуникативные навыки». Я подготовила несколько вопросов, на которые мне было бы интересно узнать ответы. Хочу еще раз пояснить, что все рассказанное вами будет строго анонимно и конфиденциально и будет рассматриваться только в качестве примера для представления и обсуждения внутри нашей учебной группы. Поэтому очень важно, чтобы ответы были максимально честными. Вы все еще согласны на проведение этого интервью?

В.:

— Здравствуйте! Да, я постараюсь дать вам честные ответы.

И.:

— Спасибо вам. Тогда приступим. Как вам кажется, относится ли понятие «врачебная ошибка» к вашей специальности, и если да, то в какой мере?

В.:

— Считаю, что врачебную ошибку может совершить врач буквально любой специальности, имеющей отношение к диагностике и лечению пациентов. В том числе и мы, конечно.

И.:

— Какие врачебные ошибки может совершить врач КЛД?

В.:

— Ошибки в лаборатории могут происходить на разных этапах: преаналитическом, аналитическом и постаналитическом — т.е. до, во время и после выполнения исследования соответственно. И получается, что ошибка, совершенная на раннем этапе, скорее всего повлечет за собой последствия на следующих этапах, как «снежный ком», если его вовремя не остановить. Вот, например, в отделении забрали кровь и перепутали маркировку пробирок, доставили к нам, а мы провели исследование и выдали заведомо неверный результат.

И.:

— И как же можно распознать такую ошибку?

В.:

— Чаще всего это раскрывается уже «постфактум» на постаналитическом этапе, когда результат исследования смущает либо нас, когда мы сравниваем его с предыдущими результатами этого пациента, если они были, либо лечащего врача, когда он его получает.

И.:

— А как предотвратить подобное?

В.:

— Тут важно понимать, что я описала крайний случай ситуации, когда маркировка двух пробирок полностью перепутана. Чаще же случается, что маркировка на какой-либо пробирке отсутствует как таковая или у обеих пробирок одинаковая нумерация. Тогда ситуация не заходит так далеко: такие пробы выбраковываются, и об этом сообщается в отделение с указанием на повторный забор материала и проведение исследования. Аналитическая ошибка предотвращена. Однако с предыдущим примером вряд ли получится избежать ошибки на этом этапе.