

УДК 614.252.1

АККРЕДИТАЦИЯ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ

О. Ю. Кузнецова

ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университета им. И. И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

ACCREDITATION OF MEDICAL STUDENTS

O. Yu. Kuznetsova

North-Western State Medical University named after I. I. Mechnikov, St.Petersburg, Russia

© О. Ю. Кузнецова, 2015 г.

В статье описаны изменения в системе подготовки медицинских кадров, законодательно закрепленных приказами Министерства здравоохранения и Министерства образования и науки России в 2013 и 2015 гг. Обсуждается процесс проведения первичной аккредитации студентов, которая будет начата в 2017 г. Указывается на несоответствие перечня оборудования, рекомендованного Минздравом России, целям и задачам аккредитации. Предлагаются пути для повышения качества подготовки выпускников медицинских вузов, которым предстоит работа в первичном звене здравоохранения без обучения в ординатуре, и повышения эффективности первичной аккредитации.

Ключевые слова: выпускники вузов, первичная аккредитация, первичное звено здравоохранения, компетенции, практические навыки, симуляционный класс.

The article describes changes in the system of medical training that are regulated by the orders of Ministry of Health and Ministry of Education of Russia in 2013 and 2015. The process of initial accreditation of students that will be launched in 2017 is discussed. We note the mismatch of the list of equipment recommended by the Ministry of Health of Russia, the purposes and objectives of accreditation. We suggest ways to improve the quality of training of graduates of medical universities who will work in primary care without training in residency, and increasing the efficiency of the initial accreditation.

Keywords: university graduates, initial accreditation, primary health care, competence, practical skills, simulation class.

Наступающий 2016 г. будет ознаменован серьезными изменениями в сфере высшего и дополнительного профессионального медицинского образования. Начнется постепенный переход от устоявшейся системы последипломного и послевузовского образования, в рамках которого готовились молодые специалисты к новой системе.

Эта парадигма, названная непрерывным медицинским образованием, не нова. Нам давно известен призыв «учиться на протяжении всей жизни». Однако новая система, построенная на наборе образовательных кредитов путем посещения различных мероприятий, в том числе конференций, в корне отличается от системы образования в странах Западной и Восточной Европы, Северной Америки, Израиля, несмотря на то, что частично у них заимствована [1]. Дело в том, что в этих странах уделяется большое внимание подготовке врачей в резидентуре, продолжительность которой зависит от выбранной врачебной специальности. Так, например, в территориально близкой нам Норвегии продолжительность обучения семейного врача составляет 5 лет. При этом поступить в ординатуру

можно только после окончания интернатуры, продолжительность которой составляет 1,5 года. Программа интернатуры, единая для всех выпускников, состоит из практической работы в отделениях терапии, хирургии, общей врачебной практики. Такая подготовка включена в программы вузов многих стран Западной Европы — от Великобритании до Швейцарии. Она является своеобразным переходом от вузовского образования к самостоятельной врачебной деятельности под контролем врача-куратора. Если выпускник хочет стать кардиохирургом, то после завершения интернатуры он продолжит обучение в резидентуре в течение 9 лет. В США длительность обучения семейной медицине в резидентуре составляет 3 года.

В соответствии с положением о специальности «общая врачебная практика/семейная медицина», принятом на конгрессе Всемирной организации врачей общей практики в 2002 г., выпускник медицинского вуза не может самостоятельно работать врачом общей практики без обучения в резидентуре по этой специальности в течение как минимум 3 лет [2]. Стоит ли говорить, что такой уровень подготовки позво-

ляет затем лишь совершенствовать знания, посещая краткосрочные курсы лекций в рамках конференций, либо на базе университетов, публикуя статьи, исполняя роль врача-наставника по договору с университетами. Все эти виды деятельности во многих странах также учитываются в системе кредитов.

Но если не касаться перехода на систему аккредитации дипломированных врачей, которые ранее прошли обучение в интернатуре либо ординатуре, вопрос первичной аккредитации, которая предстоит выпускникам медицинских вузов в 2017 г., требует определенных комментариев.

В 2013 г. вступил в силу приказ Министерства образования и науки Российской Федерации № 1061, в соответствии с которым выпускники медицинских вузов получают новую квалификацию — «общая практика». Из этого следует, что выпускники, прошедшие первичную аккредитацию, смогут работать в медицинских организациях первичной медико-санитарной помощи (ПМСП).

Понятие «аккредитация», пришедшее на смену «сертификации», законодательно закреплено в 2015 г., когда была изменена статья 69 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» «Право на осуществление медицинской деятельности и фармацевтической деятельности». Эта статья гласит, что первичная аккредитация — это процедура определения соответствия квалификации лица, выполнившего учебный план по основной образовательной программе высшего или среднего образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами, требованиям к квалификации медицинского работника в соответствии с профессиональным стандартом для самостоятельного осуществления медицинской или фармацевтической деятельности.

Таким образом, Федеральный закон закрепляет возможность работы выпускника медицинского вуза без предварительного обучения в ординатуре. Необходимо отметить, что в этом же документе отмечено, что ПМСП является основой всей системы здравоохранения, что подразумевает, что в ней должны работать специалисты высокой квалификации, в противном случае, какая же это основа? [3]. При этом остается неясным, на какие должности может претендовать молодой специалист? Во-первых, такой специальности в номенклатуре медицинских специальностей, утвержденных приказом Минздрава России № 700-н, нет. Во-вторых, в номенклатуру специальностей включена общая врачебная практика (семейная медицина), которая подразумевает обучение в ординатуре.

В-третьих, выпускник не сможет занять и должность участкового терапевта, так как в номенклатуре специальностей отсутствует специальность «участковая терапия», а есть просто «терапия», освоение которой также должно происходить путем обучения в ординатуре.

В Федеральном государственном образовательном стандарте 3-го поколения, в соответствии с которым выпускники будут готовиться к самостоятельной работе в первичном звене здравоохранения, на поликлиническое дело отводится 11 зачетных единиц, то есть 11 недель. Объектом профессиональной деятельности будущего врача будут подростки в возрасте от 14 до 18 лет и взрослые. Вероятно, в ближайшее время, планируется, что подростки не будут более объектом профессиональной деятельности педиатров, а будут переданы под наблюдение врачам общей практики. Однако никаких пояснений по этому поводу от Минздрава России не поступало и в приказах организации ПМСП об этом ничего не сказано [4, 5].

Подготовка в вузе должна обеспечить выпускникам способность и готовность осуществлять следующие виды профессиональной деятельности: профилактическая, диагностическая, лечебная, психолого-педагогическая, научно-исследовательская. Для их реализации на практике в процессе подготовки будущий специалист должен овладеть 21 компетенцией. На проверку этих компетенций и должна быть направлена первичная аккредитация, успешное прохождение которой позволит выпускнику работать самостоятельно.

В соответствии с «Перечнем оборудования, рекомендованного для проведения первичной аккредитации по специальностям Лечебное дело и Педиатрия с использованием технологии ОСКЭ» [6], симуляционный класс, предназначенный для проведения проверки владения практическими навыками в процессе первичной аккредитации, должен быть оснащен 12 манекенами (роботами), имитирующими различные клинические ситуации, либо позволяющими проверить уровень владения практическими навыками, включая интубацию трахеи. Один из таких манекенов-роботов «Универсальный манекен-имитатор взрослого пациента для интубации, пункций и дренирования грудной клетки» предназначен для проверки умения будущего врача общей практики, которому предстоит работать в поликлинике, интубировать трахею и проводить дренирование плевральной полости. Необходимо отметить, что такие манипуляции выходят за рамки освоения компетенций в соответствии с ФГОС-3. Мало того, из 21 компетенции, которые должен продемонстрировать выпускник, только профессиональная компетенция № 21 подразумевает «способ-

ность и готовность осуществлять взрослому населению и подросткам первую врачебную помощь в случае возникновения неотложных и угрожающих жизни состояний». Интубация трахеи и дренирование плевральной пункции к разряду мероприятий первой врачебной помощи не относятся. В целом, 9 манекенов из предлагаемого списка оснащения симуляционного класса, посвящены отработке навыков оказания помощи при неотложных состояниях. Возможно, это неплохо для проверки навыков в ходе специализированной аккредитации после окончания ординатуры по специальности «скорая медицинская помощь» или «анестезиология и реаниматология». Но для проведения оценки владения практическими навыками выпускника медицинского вуза, которому будет присвоена квалификация «врач общей практики» такой набор не подходит, либо он должен подразумевать изменения программы подготовки, а значит внесения корректив в ФГОС 3. Однако по этому поводу в сопроводительном письме Минздрава России ничего не сказано.

Обращает на себя внимание и рекомендованный перечень медицинской мебели, так называемого имитационного кабинета, в который входят функциональная кровать и прикроватная тумба, что совершенно не соответствует обстановке кабинета для амбулаторного приема.

Учитывая необходимость подготовки выпускника медицинского вуза 2017 г. к самостоятельной деятельности в амбулаторных условиях, крайне важно приблизить его обучение а, в последующем и прохождение аккредитации, к реальным условиям практического здравоохранения, в которых ему предстоит работать. Исходя из требований порядков организации первичной медико-санитарной помощи, утвержденных приказом Минздрава России, выпускник, имеющий квалификацию врача общей практики, должен владеть теми навыками, которые ему понадобятся в первую очередь. Это умение консультировать пациентов в области профилактики и укрепления здоровья, выбирать правильный алгоритм действий при распространенных синдромах и недифференцированных жалобах, с которыми к нему может обратиться пациент на приеме или при его посещении на дому. В связи с этим моделирование разнообразных клинических ситуаций должно стать неотъемлемым компонентом практических занятий, а в последующем и аккредитации. Необходимо отметить, что в упомянутых методических рекомендациях предусматривается использование стандартизованных пациентов с привлечением «специально подготовленных лиц». К сожалению, методология их подготовки и вопросы дополнительного финансирования их участия не оговариваются.

На кафедре семейной медицины СЗГМУ им. И.И. Мечникова методология объективного структурированного клинического экзамена применяется на протяжении достаточно длительного времени при подготовке клинических ординаторов [7]. Безусловно, эта работа требует больших временных затрат в период подготовки. В качестве стандартизованных пациентов выступают сотрудники кафедры, либо сами ординаторы. Но масштабы проведения оценки практических навыков у ординаторов совершенно иные. В среднем, на кафедре проходит обучение около 20 молодых специалистов, поэтому методическое обеспечение и оснащенность кафедры позволяют проводить аттестацию по такой схеме. Иная ситуация сложится при подготовке студентов целого факультета, численность курса будет зависеть не только от выделенных бюджетных мест, но и от числа обучающихся на платной основе. Общее количество студентов может достигать 400 и более человек.

Привлечение самих студентов в качестве стандартизованных пациентов возможно, по крайней мере, в процессе обучения. Понимание клинической ситуации изнутри при выполнении роли пациента, может оказаться даже полезным для будущего врача. Далеко не во всех случаях может потребоваться грим или специальная одежда. Главное — это моделирование ситуации, описание роли «пациента», подготовка контрольного листа с четким указанием всех элементов беседы с пациентом, его осмотра и назначений. При наличии видеоборудования наблюдение можно осуществлять за несколькими студентами, погруженными в атмосферу, приближенную к амбулаторному приему, что позволит одновременно проверить навыки общения, клинического обследования пациента, работы с медицинской документацией, умение выписать рецепт, направление к специалисту, заполнить информированное согласие. То, что касается проверки именно мануальных навыков, вполне выполнимо в рамках цикла обучения, однако для этого потребуется закупка и другого оборудования, которое дополнит рекомендованный перечень необходимыми манекенами и фантомами. Они потребуются для того, чтобы оценить практические навыки, которыми должен владеть молодой специалист в условиях работы в амбулаторной практике: пальцевое исследование прямой кишки, осмотр молочных желез, выполнение отоскопии, офтальмоскопии, записи и расшифровки ЭКГ. Без этих навыков врач общей практики не сможет выполнять свои трудовые функции в рамках профессионального стандарта, который в ближайшее время будет утвержден по специальности «общая практика».

Кроме того, необходимо отметить, что проведение ОСКЭ в период аккредитации не должно быть самоцелью и ограничиваться только рамками этого мероприятия. Решение таких клинических задач в условиях, приближенных к реальной практике, позволит повысить эффективность обучения и способствовать лучшей подготовке выпускников к самостоятельной работе, что они затем смогут продемонстрировать в период аккредитации. Это меняет всю концепцию преподавания, которое нередко сужается до обсуждения больных в учебном классе или после обхода в палате стационара. Работа в амбулаторных условиях сложна тем, что, как правило, врач не имеет возможности обратиться за помощью к старшему коллеге, как это происходит в больнице, где даже во время дежурства всегда есть ответственный опытный врач, который может помочь молодому коллеге в сложной ситуации. Посещение пациента на дому может обернуться серьезной проблемой, так как неопытный доктор оказывается один на один с непредсказуемой ситуацией, когда от его тактики

и решения может зависеть жизнь человека. Учитывая особенности работы в амбулаторных условиях, важность практических занятий на базах отделений общей практики под контролем преподавателей из числа практикующих врачей, трудно переоценить. Но даже такой тренинг будет недостаточным, потому что в потоке пациентов, записавшихся на прием к врачу, далеко не всегда встретятся те, у которых будет «необходимый набор заболеваний или симптомов», предусмотренных программой обучения. В связи с этим, моделирование клинических ситуаций по примеру ОСКЭ становится важным элементом обучения студентов медицинских вузов, начиная с 2016 г. При этом было бы недопустимой ошибкой сосредоточить проведение ОСКЭ только на кафедрах, вовлеченных в преподавание поликлинического дела. Преподаватели всех, так называемых выпускающих кафедр, должны быть владеть этой методологией и использовать ее не только в период проведения аккредитации, но и в процесс обучения.

Литература

1. Кузнецова О. Ю., Фролова Е. В. Нужна ли аккредитация непрерывного последипломного образования семейных врачей в Европе? // Российский семейный врач, 2007. — № 2. — С. 4–8.
2. Бримкулов Н. Н. Семейная медицина: прошлое, настоящее и будущее (по материалам 1-го съезда врачей общей практики и семейных врачей Кыргызстана, Бишкек, 29–30 октября 2015 года) // Российский семейный врач, 2015. — № 3. — С. 33–36.
3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 13.07.2015, с изм. от 30.09.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 24.07.2015).
4. Приказ Минобрнауки России от 12.09.2013 № 1061 (ред. от 25.03.2015) «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования».
5. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н (ред. от 30.09.2015) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» (Зарегистрировано в Минюсте России 27.06.2012 N 24726).
6. Перечень оборудования, рекомендованного для проведения первичной аккредитации по специальностям Лечебное дело и Педиатрия с использованием технологии ОСКЭ (письмо МЗ РФ от 23.09.15. № 16-015/142).
7. Кузнецова О. Ю. Преподавание практических навыков в общей врачебной практике. Проблемы и возможные пути их решения // Российский семейный врач. — 2009. — № 1. — С. 11–16.

Информация об авторе:

Кузнецова Ольга Юрьевна — д. м. н., профессор, заведующая кафедры семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университета имени И. И. Мечникова» Минздрава России

Адрес для контактов: olga.kuznetsova@szgmu.ru