

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ТЕЛЕФОНУ (лекция для практикующих врачей)

К.В. Логунов

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург;
Общество с ограниченной ответственностью «Медикон»

© К.В. Логунов, 2020

В лекции разобраны принципиальные особенности, положительные и отрицательные стороны технологии медицинского консультирования по каналам современной телефонной связи. Сформулированы главные правила дистанционного общения с потребителями медицинских услуг, позволяющие минимизировать риски для обеих взаимодействующих сторон.

Ключевые слова: консультации по телефону; дистанционная медицинская помощь; телемедицина; общая врачебная практика.

TELEPHONE CONSULTATIONS (lecture for practitioners)

K.V. Logunov

Saint Petersburg University, Saint Petersburg, Russia;
Medicon LLC

The lecture for clinicians discusses over-the-phone medical consulting basic features and analyzes pros and cons of the technology. It formulates main rules for remote communication with consumers of medical services, minimizing the risks for both interacting parties.

Keywords: telephone consultations; remote medical care; telemedicine; general practice.

Применение современных средств коммуникации неизбежно в любой профессиональной деятельности. Каждому врачу вне зависимости от специальности и опыта приходится консультировать по телефону: время от времени этой технологией вынуждены пользоваться даже ее откровенные противники — например, в случае обращения за советом ближайших родственников или друзей. В первичном звене здравоохранения Великобритании и США на долю телефонных консультаций приходится до четверти всех случаев общения врачей и пациентов [1]. В России не так давно руководство Министерства здравоохранения публично выражало пожелание, чтобы каждый россиянин знал номер мобильного телефона своего участкового или семейного доктора и почаще им пользовался (интервью В.И. Скворцовой РИА Новости на полях ПМЭФ-2018, <https://youtu.be/tvd6nZOA6rA>). Актуальность дистанционного медицинского обслуживания не вызывает сомнений.

Распространенность, то есть частота применения, телефонной связи во врачебной практике

закономерно повышается [2]. Во-первых, телефония улучшает доступность медицинской помощи. Непрерывно растущий спрос на услуги здравоохранения в условиях ограниченности кадровых и иных ресурсов заставляет искать альтернативы очному контакту врача и пациента, порождая интерес к телемедицине и к ее простейшему телефонному варианту. Предоставить возможность ежедневной ежечасной связи со специалистом по телефону обычно намного проще, чем обеспечить аналогичный круглосуточный прием в кабинете [3].

Во-вторых, это обусловлено потребностями и ожиданиями населения, особенно молодежи, уже привыкшей к удаленным формам работы и отдыха, кого давно не удивляют возможности круглосуточного доступа из любой точки мира к банковским и государственным услугам, кто заказывает такси и покупает хлеб через интернет. Стремительное развитие и повсеместное проникновение цифровых технологий изменяют привычные черты общественного устройства, заставляют и врачебное искусство двигаться в направлении мобильно-

сти и постоянной доступности через новомодные гаджеты [4].

Третья причина связана с эффективностью управления. Курс на оценку качества оказания медицинских услуг через достижение исполнителями некоторых установленных целевых показателей (например, степень охвата прикрепленного населения профилактическими прививками, процент диспансеризации, выполнение плана амбулаторного приема по посещениям и др.) вынуждает искать и внедрять новые формы активного привлечения или мотивации пациентов. Например, в амбулаторно-поликлинической практике уже давно стало нормой обзванивать граждан и приглашать на прием или напоминать о назначенном посещении.

Четвертая группа факторов входит в круг информационно-аналитического и клинико-статистического обеспечения. Немалую долю работы врача, особенно в амбулаторном звене, составляют сбор общей информации, отслеживание и фиксация некоторых этапов течения заболеваний (в частности, контрольные осмотры, оценка отдаленных результатов, оценка эффективности профилактических мероприятий и др.). Во многих случаях эти действия ограничиваются беседой и не предполагают даже простейшего обследования, а потому вполне могут быть совершены путем телефонного опроса [5].

Что можно отнести к положительным сторонам телефонного общения? С точки зрения пациентов, несомненным преимуществом является ощущение удобства и доступность врача в любое время. Особо выгодной такую форму считают те, кто нуждается в совете по самолечению, а также страдает хроническими заболеваниями со стабильным, хорошо контролируемым течением, вне обострений и в фазе ремиссии [6]. Дистанционные консультации незаменимы для тех, кто лишен возможности очной встречи с врачом вследствие географической удаленности и транспортной недоступности. Телефон, очевидно, облегчает получение медицинской помощи и в ситуации физической и психологической социальной изоляции, сопровождающей повседневную жизнь инвалидов, и в таких нередких житейских обстоятельствах, когда медицинский осмотр постоянно отодвигается на потом в силу банальной загруженности на работе и в быту как самого пациента, так и ухаживающих за ним членов семьи [7].

По мнению врачей, телефонная связь позволяет значительно упростить информационный обмен. В отношении пациентов с бронхиальной астмой, состоящих на диспансерном учете, регулярные опросы по телефону вместо контрольных осмотров доказали высокую

экономическую эффективность при сохранении основных показателей клинической результативности и удовлетворенности самих обследуемых [8]. В условиях острого дефицита ресурсов (кадров, времени, смотровых кабинетов, манипуляционных, перевязочных и др.) телефон предоставляет великолепную возможность сортировки обращений: нескольких навоящих вопросов бывает достаточно, чтобы срочно пригласить пациента на очный прием вне всякой очереди или, наоборот, попросить подождать, записав его на плановый осмотр в установленном порядке [9].

Дистанционное консультирование способствует снижению нагрузки на врачей. По зарубежному опыту известно, что до половины всех обращений по телефону на этом этапе и завершается и в дальнейшем прямом контакте или дополнительных обследованиях необходимости не возникает [2, 3]. Продолжительность телефонных консультаций, как правило, бывает меньше, и это высвобождает дополнительное рабочее время, которого всегда не хватает. Уменьшение нагрузки на врачей не только закономерно сопровождается ростом экономической эффективности здравоохранения, но и позволяет получить дополнительные вторичные не всегда очевидные плюсы. Так, сокращение числа обращений — как посещений медицинской организации, так и вызовов врача на дом — хоть и слабо, но коррелирует со снижением загруженности местной дорожно-транспортной инфраструктуры и соответствующим положительным экологическим эффектом.

Однако у всего есть недостатки, не лишены их и телефонные консультации. Основной изъян телефонной связи, о котором в медицине вспоминают в первую очередь, понятен и очевиден даже обывателю — бедность или полное отсутствие невербальных сигналов и невозможность реализации абсолютного большинства приемов обследования, что ограничивает диагностику со всеми вытекающими последствиями и несет конкретные риски для всех участников процесса [1]. Из информационного обмена исключены зрительный и тактильный каналы: по телефону не так просто измерить артериальное давление, нет возможности визуальной оценки, например, степени ожирения, неисполнимы простейшие пробы. До предела сужен потенциал так называемых интуитивных, или трамвайных, диагнозов, нивелируется значимость клинического опыта и наблюдательности, что объясняет стойкое сохранение в профессиональной среде серьезных сомнений в достоверности «заключений по телефону».

Отсутствие прямого контакта врача и пациента не способствует формированию доверительных отношений между ними, а также

порождает трудности идентификации сторон и обеспечения конфиденциальности. Еще не устоялась практика и не выработаны однозначные правила документирования помощи по телефону, не определен в полной мере ее правовой статус и пределы ответственности медицинских работников.

Парадокс, но внедрение практики консультаций по телефону почти никак не отражается на общем объеме потребления населением услуг здравоохранения [10]. Обратная сторона многообещающих возможностей экономии времени и денег сопряжена с рисками неконтролируемого лавинообразного роста числа обращений из-за совершенно свободного и ничем не ограниченного доступа к каналу связи со стороны пациентов.

По мере телефонизации неизбежно растут накладные расходы (например, счета за услуги телефонной связи) и альтернативные издержки (персонал, занятый на телефоне, на какое-то время исключается из других видов деятельности). Отвлечение ресурсов на ведение дистанционной работы провоцирует специфические виды неравенства, для некоторых категорий пациентов возможно даже ограничение доступности медицинских услуг. Достаточно вспомнить о лицах с сенсорным или когнитивным дефицитом (например, пожилые и старики) [11], о плохо владеющих языком мигрантах [12], о ситуациях, связанных с физическим отсутствием у граждан телефона по каким-либо причинам.

Телефон может быть дополнительным барьером, препятствующим обращению к врачу: кого-то отталкивает голосовое меню, автоматически встречающее всех позвонивших, кого-то останавливает высокая для него стоимость оплаты каждой минуты телефонного времени, уходящего впустую, пока бездушный автоответчик обещает «соединить с первым освободившимся оператором», не все легко воспринимают сигнал «занято» и поэтому не готовы набирать номер повторно.

Не всегда находит экспериментальное подтверждение тезис о возможном снижении нагрузки на врачей [13]. В Великобритании в общей врачебной практике внедрение предварительной сортировки пациентов, выполняемой сестринским персоналом дистанционно, привело к заметному росту объема работы врачей при последующих очных консультациях за счет увеличения числа анализируемых жалоб, количества выписываемых рецептов и назначаемых дополнительных исследований. А у феномена сокращения численности пациентов, осмотренных врачом в офисе или на дому, есть «скрытая цена» в виде роста нагрузки на службу скорой и неотложной помощи на соответствующей тер-

ритории и изменения показателей безопасности медицинских услуг и удовлетворенности потребителей [14].

Основными наиболее существенными отрицательными характеристиками телефонных консультаций считают следующие [15]:

- предметом передачи выступают биомедицинские данные, психосоциальные аспекты общения и эмоциональная трансляция отходят на второй план;
- сокращается средняя продолжительность беседы, что прямо коррелирует со снижением степени доверительности отношений, уменьшением эффективности санитарного просвещения и пропаганды здорового образа жизни;
- медицинские работники проявляют достоверно меньшую заинтересованность в оценке нужд и потребностей собеседника, чем при очном контакте.

Чтобы нивелировать недостатки и обеспечить безопасность и высокое качество дистанционной медицинской помощи, необходимо добросовестное клиническое мышление и разумное управление рисками. Снизить возможные опасности как для пациента, так и для врача помогают специальные приемы.

Все факты обмена информацией, касающейся пациентов, следует фиксировать: беседы при входящих обращениях и звонки, исходящие от медработника, контакты с третьими лицами, — даже мимолетный обмен парой слов в некоторых ситуациях может оказаться критически важен. Нередко бывают полезны дословные записи того, что было произнесено сторонами [16].

В повседневной работе удобно пользоваться стандартизированной формой регистрации телефонных переговоров. Важно, чтобы записи о дистанционных консультациях были хронологически включены в обычную медицинскую карту амбулаторного или стационарного пациента (бумажную или электронную). Требования к хранению и обработке таких записей не отличаются от правил документооборота при оказании очной помощи. В последние годы в повседневной жизни и деловом обороте государственных и коммерческих организаций широко распространилась обязательная аудиорегистрация (диктофон) любых телефонных переговоров «с целью повышения качества обслуживания». Разумным представляется перенос подобной практики в медицинскую сферу.

Общение по телефону следует организовать так, чтобы беседу ничто не прерывало, чтобы врач или медсестра не отвлекались от предмета разговора. Полезны управленческие решения по выделению специального времени для обработки телефонных обращений. Повышению

эффективности способствуют предварительная сортировка входящих вызовов специально обученным персоналом и возможность организации обратного звонка в согласованное с пациентом время.

Информация, касающаяся здоровья гражданина, носит конфиденциальный характер, и ее тайна охраняется законом. При ведении телефонных переговоров медицинский работник всегда обязан идентифицировать собеседника.

Процедура идентификации может и должна быть комплексной, многоэтапной. Начинать рекомендовано с определения номера абонента: если он соответствует телефонному номеру, указанному в медицинской карте для связи с пациентом, это позволяет более или менее свободно обсуждать некоторые темы; если же входящий звонок поступает с неизвестного или неопределяемого номера, это должно вызывать подозрения, и в этом случае необходимо повышенное внимание. Развеять сомнения помогают дополнительные и уточняющие вопросы, правдивые ответы на которые не должны создавать трудности у собеседника, если он действительно тот человек, каким представился. Некоторые специалисты используют в практике телефонного консультирования предуготовленные пароли или секретные слова [17].

Прежде чем отвечать на вопрос, касающийся здоровья, медицинский работник должен решить, уместно ли обсуждение этой конкретной ситуации по телефону и оправданно ли продолжение беседы в складывающихся обстоятельствах. Телефон далеко не оптимальный способ решения медицинских проблем, его используют вынужденно и исключительно в пределах, определяемых предпочтениями пациента, выраженностью и опасностью симптомов заболевания, предположительным рабочим диагнозом. Причем все оценки несут большую вероятность ошибки, поскольку опираются только на анамнез и на результаты анализа ограниченного числа фонационных невербальных сигналов.

Характер и содержание конкретной информации в зависимости от обстоятельств может предполагать различную степень важности для пациента и соответственно разный уровень обеспечения конфиденциальности: какие-то сведения могут быть свободно преданы по каналам телефонной связи, например, удовлетворительные результаты лабораторного обследования, а некоторые факты — сообщение о беременности, диагноз заболевания с неудовлетворительным прогнозом — предполагают личную встречу, даже при абсолютной уверенности в идентичности собеседника.

Каждому врачу известны основные модели, принципы и технологии построения беседы

с пациентом, они универсальны. Однако разговор по телефону приносит в эти процессы нюансы, обусловленные психологическим эффектом дистанцирования партнеров и относительной бедностью спектра информационного обмена, ограниченного исключительно фонационными категориями (вербальными и невербальными). Именно поэтому все, кто участвует в разного рода телефонных переговорах, должны проходить соответствующее обучение. Большую пользу принесут специализированные тренинги, направленные на формирование особых коммуникативных навыков, критически важных для успешного общения, а также коллективные занятия, воспитывающие навыки работы в команде [18].

Огромную роль играют техники проактивного слушания и детализированного расспроса, предполагающие многократные повторные разъяснения и перефразирования ключевых моментов, обязательное поощрение и даже провоцирование вопросов от собеседника и умение анализировать фонационные невербальные сигналы (экстралингвистика — паузы, темп речи, вздохи, плач, кашель, гелоскопия; паралингвистика — вокальные качества голоса, диапазон, тембр, громкость речи, заполнители пауз; просодия — фразовое ударение, синтагматическое ударение, логическое ударение, тон, интонация).

При телефонном общении следует апеллировать к максимально простым и ясным алгоритмам и схемам, четко определять цели, задачи и обязанности для всех участников (по сбору и оценке дополнительных данных, планированию и выполнению необходимых действий или вмешательства). Цель разговора — донести до пациента полезные сведения, поэтому рекомендации или указания необходимо формулировать четко и внятно, они должны соответствовать официально установленным порядкам оказания медицинской помощи. Это поможет существенно снизить опасность возможных юридических или иных претензий.

Во всех случаях ведения переговоров следует убедиться, что собеседник понимает адресованные ему слова и не стесняется задавать вопросы и получать разъяснения обо всем, что ему не ясно. У пациента, обратившегося по телефону, в результате разговора формируется понимание, как ему справиться с ситуацией, послужившей причиной вызова, когда и куда следует обратиться повторно.

Иногда бывает важно по инициативе медработника выйти за рамки телефонного контакта и активно задействовать добавочные каналы передачи информации [1]. Например, дополнить телефонную беседу последующей отправкой пациенту электронного письма, дублирующего информацию о недопустимости так называемой

мой аспириновой профилактики на фоне приема варфарина.

При общении по телефону в каждом третьем случае пациент и врач видят и оценивают главную причину беседы совершенно по-разному. Взаимное недопонимание может привести как к курьезным последствиям, из которых рождаются анекдоты, так и к опасным происшествиям. Выделяют четыре наиболее характерных типа ошибок [19]. Для каждого существуют специфические способы эффективного предупреждения.

К первому типу относят ошибки, связанные с нарушением методики сбора данных. Примером может служить порочный стиль выстраивания беседы, когда не заданы ключевые вопросы об истории заболевания или переносимости лекарственных препаратов. Предотвратить такие просчеты помогают формализованные алгоритмы и опросные листы, а также использование в разговоре техники открытых вопросов.

Второй тип упущений сводится к дефектам общения, нарушающим взаимопонимание и подрывающим доверие. Проявлением будет и чувство неудовлетворенности или даже прямая обида со стороны пациента, и гнев, фрустрация со стороны врача. Чтобы не допускать эксцессов, важно уделять повышенное внимание как вербальным, так и невербальным деталям речи, активно выражать эмпатию, не забывая во всех случаях уточнять (прояснять) причину обращения. Коммуникативные навыки можно и нужно непрерывно совершенствовать, этому помогает периодический аудит и беспристрастный анализ записей.

Третий род ошибок предполагает нарушения процедуры или логики вынесения решений. В частности, ложное диагностическое заключение по итогам беседы, или даже его отсутствие, или неправильная оценка тяжести состояния пациента. Избежать подобных ситуаций помогает логический анализ проблем, связанных с болезнью пациента, в рамках нозологических единиц, а также активное вовлечение собеседника в процесс принятия решения.

Последняя, четвертая категория ошибок — это когда пациент не понимает объяснения заключений и рекомендаций со стороны медика. Здесь важны строгое дозирование объяснений, последовательная выдача информации малыми порциями, многократное дублирование ключевых положений на протяжении всего разговора. И обязательны проверки степени понимания пациентом врачебных назначений через просьбы повторить основные положения.

При телефонном общении риск оказания некачественной медицинской помощи, по мнению экспертов, максимален в трех случаях [11]:

а) при взаимодействии с пациентом, с которым прежде врач никогда не встречался; б) при очевидной необходимости осмотра и хотя бы простейшего физикального обследования; в) при отсутствии возможности обеспечить дальнейший мониторинг состояния больного и последующий уход. В таких ситуациях медицинскому работнику следует быть особо внимательным и осторожным.

В общем случае основные правила организации и проведения консультаций по телефону сводятся к следующим рекомендациям [1].

- Отвечать на входящий звонок нужно быстро, не допуская задержек. Речь медицинского работника должна внушать доверие, демонстрировать готовность помочь. По телефону следует говорить благожелательно, спокойно, медленно, четко проговаривая все слова. Важно показывать заинтересованность и выражать эмоциональную поддержку, сопереживать собеседнику.

- Принимая вызов, необходимо четко и внятно представиться и далее уточнить основные персональные данные позвонившего (фамилия, имя, отчество, пол, возраст) и его телефонный номер (на случай необходимости обратного звонка, а также для целей идентификации), всегда следует записывать дату, время и другие реквизиты разговора.

- Необходимо фиксировать формальную причину обращения, а также ожидания позвонившего от предстоящей беседы. Чтобы однозначно понять проблемы, обусловившие обращение, бывает полезно несколько раз их уточнить, артикулировать и добиться подтверждения со стороны собеседника.

- Во всех случаях, когда в чьих-либо интересах звонят третьи лица, надо стараться получить возможность поговорить в том числе и с тем, чьи проблемы обсуждаются.

- Разговоры, касающиеся чьего-либо здоровья, по возможности следует вести, имея под рукой медицинскую карту обсуждаемого пациента.

- Анамнез надлежит собирать очень скрупулезно, строго придерживаясь сложившихся формальных структурированных схем. Вопросы должны быть максимально понятны собеседнику и предполагать информативную значимость ответов. По ходу разговора необходимо регулярно проверять, хорошо ли собеседник слышит и понимает обращенную к нему речь.

- Не следует забывать о возможностях эрзац-обследований, выполняемых самим пациентом или кем-либо из его окружения. При вдумчивом отношении и грамотном методическом руководстве удастся получить не так уж мало информации: всегда можно попро-

сдать подробно описать характер дыхательных движений, измерить частоту пульса и уровень артериального давления. Подобным образом нередко оказывается успешной даже пальпация живота на предмет болезненности разных отделов, присутствия и локализации защитного напряжения мышц, симптомов раздражения брюшины.

- Заключение целесообразно формулировать простым бытовым языком, избегая специальных медицинских терминов, непременно разъясняя связь жалоб и симптомов с предполагаемым диагнозом.

- Основное диагностическое решение или распоряжение о немедленных действиях всегда должно быть четко выражено отдельной самостоятельной фразой. Нужно сформулировать и озвучить ближайший прогноз течения заболевания, предполагаемый вариант развития событий.

- Рекомендации о последующих действиях, лечении, порядке и сроках повторных обращений следует выделять в особую часть разговора.

- Необходимо требовать от собеседника повторения рекомендаций и подтверждения его согласия с назначениями, причем по несколько раз за время беседы.

- Во всех случаях необходимо подвести итог беседы с повторением ключевых положений, которые будут зафиксированы в записях, выполняемых параллельно разговору или немедленно по его окончании.

- Непременно стоит проинформировать позвонившего об иных возможностях получения помощи по месту его проживания, кроме обращения по телефону, необходимо прояснить вопрос о возможности организации поддержки и ухода за пациентом со стороны третьих лиц.

- В завершение всегда следует уточнять, не осталось ли у собеседника каких-либо нерешенных проблем или вопросов.

- По общему правилу канал связи выключает тот, кто его открывал, то есть трубку вешать должен позвонивший.

- По окончании сеанса связи необходимо в установленном порядке зарегистрировать факт и содержание консультации, рассмотреть вопрос о привлечении иных сотрудников или сторонних организаций к решению проблемы, определить целесообразность активного отслеживания ситуации (например, запланировать контрольный обратный звонок, передать информацию в территориальную службу скорой или неотложной помощи и др.).

Полезной представляется практика повседневных самопроверок, когда после завершения беседы врач или медсестра при оформлении документации дополнительно заполняет стан-

дартизированный опросник или проверочный лист, отмечая собственные просчеты и упущения, оценивая успешность основных элементов разговора. Не забыл ли консультант своевременно представиться? Сумел ли он собрать достаточное количество информации, чтобы понять основную причину обращения? Какими действиями завершилось общение — удалось ли сформулировать предположительный диагноз, дать необходимый совет, назначить консультацию конкретного специалиста? Понял ли пациент рекомендации? Какие меры безопасности были (или не были) приняты в отношении позвонившего? Удовлетворен ли пациент консультацией?

Зарубежные коллеги считают возможным использовать телефон в следующих медицинских целях [1, 3, 5, 6, 10]:

- предоставление общей информации, имеющей косвенное отношение к здравоохранению: контактные данные справочных сервисов и разного рода горячих линий, служб психологической поддержки и т. п.;

- эпидемиологические исследования (например, оценка распространенности вредных привычек среди закрепленного населения или др.);

- маркетинговая активность. Приглашение пациентов на плановые профилактические мероприятия (на диспансеризацию, прививки, скрининговые исследования и др.);

- оптимизация рутинных процессов. Прием заказов на повторную выдачу рецептов, изготовление справок и выписок из медицинских документов;

- оптимизация диспансерного наблюдения отдельных категорий больных (например, контрольные опросы пациентов в состоянии депрессии, организация помощи больным сахарным диабетом, контроль состояния выписанных из стационара, корректировка назначений хроническим больным по результатам их самонаблюдения на дому и т. д. и т. п.);

- оптимизация лечебно-диагностической работы. Продолжение ранее начатой на очном приеме беседы, но уже в комфортных для пациента домашних условиях, что позволяет уточнить вопросы, оставшиеся непроясненными, сообщить результаты лабораторных исследований, получить «отложенный» ответ (когда бывает необходим тайм-аут на размышления);

- предварительная сортировка экстренных вызовов и вызовов на дом (так называемая предварительная заочная диагностика);

- дистанционное методическое руководство спасательными мероприятиями на месте происшествия или острого заболевания.

Пока телефонная связь обеспечивает преимущественно обмен аудиоинформацией. Технологии не стоят на месте, в повседневную жизнь

входит видеоконференцсвязь, у всех граждан есть смартфоны, появляются гаджеты, способные передавать и принимать показания простейших диагностических приборов, открывая возможности организации дистанционного мониторинга многих важных показателей жизнен-

ных функций человека. Как это все повлияет на практику консультаций по телефону? Поживем — увидим.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Van Galen LS, Car J. Telephone consultations. *BMJ*. 2018;320:k1047. <https://doi.org/10.1136/bmj.k1047>.
2. Toon PD. Using telephones in primary care. *BMJ*. 2002;324(7348):1230-1231. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7348.1230>.
3. Car J, Sheikh A. Telephone consultations. *BMJ*. 2003;326(7396):966-969. <https://doi.org/10.1136/bmj.326.7396.966>.
4. Drennan V. Exploring patients' interest in using distance technology. *Primary Health Care*. 2014;24(7):15-15. <https://doi.org/10.7748/phc.24.7.15.s22>.
5. Tan M, Lang D. Effectiveness of nurse leader rounding and post-discharge telephone calls on patient satisfaction: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2015;13(7):154-176. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2013>.
6. Beaver K, Tysver-Robinson D, Campbell M, et al. Comparing hospital and telephone follow-up after treatment for breast cancer: randomised equivalence trial. *BMJ*. 2009;338:a3147-a3147. <https://doi.org/10.1136/bmj.a3147>.
7. Ball SL, Newbould J, Corbett J, et al. Qualitative study of patient views on a "telephone-first" approach in general practice in England: speaking to the GP by telephone before making face-to-face appointments. *BMJ*. 2018;38(12):e026197. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026197>.
8. Pinnock H, Norman C, Bowden K, Sheikha A. ABS009: Impact on asthma morbidity and patient enablement of providing a telephone option for primary care asthma reviews: Phase IV controlled implementation study. *Primary Care Res J*. 2006;15(3):187-187. <https://doi.org/10.1016/j.pcrj.2006.04.112>.
9. Connechen J, Walter R. Telephone triage in general practice. *Primary Health Care*. 2006;16(2):36-40. <https://doi.org/10.7748/phc2006.03.16.2.36.c598>.
10. George S. NHS Direct audited. *BMJ*. 2002;324(7337):558-559. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7337.558>.
11. Caan W. Telephone first consultations may discriminate against people with disabilities. *BMJ*. 2017;j4905. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4905>.
12. Lor M, Chewning B. Telephone interpreter discrepancies: videotapes of Hmong medication consultations. *Int J Pharmacy Practice*. 2015;24(1):30-39. <https://doi.org/10.1111/ijpp.12206>.
13. Wilkie P, Gray DP. Telephone triage for new GP consultations. *Br J Gen Pract*. 2016;66(647):294. <https://doi.org/10.3399/bjgp16x685393>.
14. Newbould J, Abel G, Ball S, et al. Evaluation of telephone first approach to demand management in English general practice: observational study. *BMJ*. 2017;j4197. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4197>.
15. Hewitt H, Gafaranga J, McKinstry B. Comparison of face-to-face and telephone consultations in primary care: qualitative analysis. *Br J Gen Pract*. 2010;60(574):e201-e212. <https://doi.org/10.3399/bjgp10x501831>.
16. Syme D. Access to patient records while on telephone consultations. *BMJ*. 2018;k2214. <https://doi.org/10.1136/bmj.k2214>.
17. Sokol DK, Car J. Patient confidentiality and telephone consultations: time for a password. *J Med Ethics*. 2006;32(12):688-689. <https://doi.org/10.1136/jme.2005.014415>.
18. Pygall SA. Improving patient care with the use of telephone consultations. *Primary Health Care*. 2012;22(10):28-30. <https://doi.org/10.7748/phc2012.12.22.10.28.c9454>.
19. Males T. Telephone consultations in primary care: a practical guide. London: Royal College of General Practitioner; 2007. 191 p.

Для цитирования: Логунов К.В. Консультирование по телефону (лекция для практикующих врачей) // Российский семейный врач. – 2020. – Т. 24. – № 1. – С. 15–22. <https://doi.org/10.17816/RFD20424>.

For citation: Logunov KV. Telephone consultations (lecture for practitioners). *Russian Family Doctor*. 2020;24(1):15-22. <https://doi.org/10.17816/RFD20424>.

Р.С. от редакции

Уважаемые коллеги! Пока номер журнала готовился к печати, проблема консультирования пациентов по телефону в условиях неблагоприятной эпидемической обстановки, обусловленной распространением SARS-CoV-2 (COVID-2019), стала особенно актуальна как в связи с большим числом граждан, находящихся на карантине с подозрением на эту инфекцию, так и в связи с ограничениями по плановому приему пациентов с хроническими заболеваниями, введенными на территории большинства регионов России.

Информация об авторе

Константин Валерьевич Логунов — д-р мед. наук, профессор, начальник отдела клиники высоких медицинских технологий им. Н.И. Пирогова, ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет»; директор медицинского колледжа; руководитель консультационной службы. <https://orcid.org/0000-0001-8284-8678>. SPIN-код: 7840-9578. E-mail: k.logunov@spbu.ru.

Information about the author

Konstantin V. Logunov — DSc, Professor, N.N. Pirogov Advanced Medical Technologies Clinic, Department Head, Saint Petersburg University; Medical College Head; Chief Doctor Consultant, Saint Petersburg, Russia. <https://orcid.org/0000-0001-8284-8678>. SPIN-code: 7840-9578. E-mail: k.logunov@spbu.ru.