



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



**Rzeczpospolita
Polska**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Symulacja medyczna-
STANDARYZOWANY PACJENT
-profesjonalna metoda w procesie nauczania



Źródło: <https://csm.pum.edu.pl/>

1

Projekt pn.

„Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego
w Szczecinie” POWR.05.03.00-00-0007/15



Centrum symulacji medycznej



1. Historia

Od około 100 lat kształcenie studentów medycyny opiera się na modelu Abrahama Flexnera, gdzie nauka została podzielona na 2 części: edukacja w zakresie nauk podstawowych i praktyki klinicznej. W trakcie edukacji studentów na kierunkach medycznych poważny problem stanowi etap przejścia z nauk podstawowych do praktyki klinicznej. Wg Flexnera opanowanie nauk podstawowych stanowi bazę do dalszego kształcenia klinicznego. Wyżej wymienione grupy nauk powinny się wzajemnie uzupełniać. Flexner miał głęboki wpływ na wiele obszarów amerykańskiej edukacji, zwłaszcza edukacji medycznej, gdzie jego wpływ widać nawet dzisiaj w szkoleniu również europejskim.

Obecnie nauki podstawowe są przekazywane w stopniu wysoko zaawansowanym, przejmując częściowo zadania nauk klinicznych. W nauczaniu tych ostatnich nadal jest ubogi i niewystarczający zakres zajęć opartych o praktykę w klinikach i poradniach ambulatoryjnych, co nie pozwala uzyskać odpowiedniego doświadczenia praktycznego. W ostatnich latach zauważono tendencję do łączenia nauk podstawowych z naukami klinicznymi. Zagadnienia medycyny klinicznej wprowadza się do nauk podstawowych, a elementy nauk podstawowych zamieszcza się w kontekście określonego problemu klinicznego. Dokonuje się tego za pomocą nauczania problemowego, które polega na tworzeniu przez nauczyciela pozorowanych sytuacji problemowych. Studenci samodzielnie poszukują pomysłów ich rozwiązywania, a następnie wspólnie z nauczycielem sprawdzane są trafności tych pomysłów. Wykorzystuje się do tego klinicystów prowadzących zajęcia za pomocą symulacji medycznej.

Pomysł wprowadzenia standaryzowanych pacjentów rozpoczął się w 1964 roku, gdy Howard S. Barrows, profesor, neurolog i pedagog w edukacji medycznej na Uniwersytecie Południowej Kalifornii, oceniając umiejętności kliniczne, wprowadził ideę „zaprogramowanego pacjenta”. Stworzył unikalne narzędzie edukacyjne do programu studiów medycznych, które weryfikowane przez lata, jest obecnie jedną z najpowszechniejszych i najbardziej nowoczesnych metod nauczania wykorzystywanych w edukacji medycznej.

Tradycyjny, obowiązujący dotychczas model szkolenia w medycynie opiera się na zasadzie „mistrz-uczeń” i polega na nauce na pacjentach wg starej zasady: „zobacz, zrób, naucz następnego”. Symulacja medyczna jest związana z nowym działem w edukacji medycznej i polegającej na zastosowaniu prostych [trenażerów](#), skomputeryzowanych [symulatorów pacjenta](#) lub [pacjentów standaryzowanych](#) w symulowanych warunkach klinicznych. Dzięki temu po raz pierwszy w historii edukacji medycznej uczący się uzyskują sposobność ćwiczenia w realistycznych, ale równocześnie bezpiecznych warunkach z możliwością uzyskania biegłości klinicznej bez niebezpieczeństwa spowodowania powikłań. Symulacja jest treningiem i metodą edukacji opartą na sprzężeniu zwrotnym, w trakcie której uczący ćwiczy w warunkach maksymalnie zbliżonych do naturalnych.

Symulacja medyczna gwarantuje przeprowadzenie sytuacji klinicznych powtarzalnie i zgodnie z obowiązującymi standardami wiedzy. Symulacja zapewnia każdemu studentowi, możliwość zobaczenia oraz podjęcia próby leczenia różnych patologii. Dzięki takiemu kształceniu student ma możliwość uzyskać niezbędne umiejętności aby zostać kompetentnym profesjonalistą (lekarzem, pielęgniarką, położną, ratownikiem medycznym). Jednak, należy pamiętać, że symulacja to nie alternatywa dla rzeczywistych pacjentów, a tylko dodatek do rzeczywistej nauki klinicznej z pacjentem.

Centrum Symulacji Medycznej przy ośrodku uniwersyteckim pełni również funkcję egzaminacyjną przed opuszczeniem uczelni przez studenta.

Polska

1. Pierwszy egzemplarz symulatora pacjenta (amerykańskiej firmy METI) pojawił się na oddziale anestezjologii w Szpitalu Uniwersytetu Medycznego w Warszawie w 2009 roku.
2. Pierwsze Interdyscyplinarne Centrum Symulacji Medycznej powstało w 2010 roku w Poznaniu, oparte na urządzeniach firmy Laerdal. Centrum wyposażone jest w dwa pomieszczenia imitujące warunki szpitalne.
3. W 2012 roku oddano do użytku Centrum Symulacji Medycznej w Białymstoku.
4. 24 września 2012 roku otwarto największe Centrum w Polsce – przy Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach.



5. Docelowo przewidziane jest powstanie przy każdym ośrodku uniwersyteckim własnego Centrum Symulacji Medycznej.

2. Standaryzowany Pacjent

Standaryzowany Pacjent jest osobą, która została przeszkolona, aby przedstawić w sposób spójny, znormalizowany, realistyczny i precyzyjny pacjenta w sytuacji medycznej. Metoda polega na perfekcyjnym „nauczeniu się” pacjenta symulującego objawy lub naturalnego przebiegu choroby, a następnie na równie doskonałym odegraniu swojej roli - dając tym samym studentom możliwość uczenia się i oceniania zdobytych umiejętności w symulowanym środowisku klinicznym.

Zastosowanie Standaryzowanego Pacjenta jako metody nauczania pozwala na:

- kształtowanie właściwej postawy studenta oraz pozwala ćwiczyć wielokrotnie wybrane umiejętności jeszcze zanim student spotka prawdziwego pacjenta w jednostkach ochrony zdrowia,
- możliwość zapewnienia studentom pracy w trudnych sytuacjach emocjonalnych w bezpiecznym środowisku,
- możliwość ćwiczenia wybranych umiejętności identycznych dla wszystkich studentów, w identycznych lub podobnych warunkach,
- możliwość zapewnienia studentom doskonalenia komunikacji, zbierania wywiadu, prowadzenia diagnostyki, jak również pozwala wykształcić umiejętności kliniczne niezbędne w zawodzie medycznym,
- efektywne wykorzystanie możliwości wyuczenia komunikacji z pacjentem oraz nabycia umiejętności wykonywania badania fizykalnego,
- przedstawienie nie tylko historii pacjenta, ale także ukazanie jego: języka ciała, emocji, osobowości oraz objawów fizycznych: ból, chód
- zapewnienie wykładowcom i studentom możliwości nauczania, ocenę i doskonalenie różnych umiejętności, w tym komunikacji, przeprowadzenie wywiadu, wdrożenie diagnostyki, oraz umiejętności klinicznych,
- zapewnienie optymalnych warunków do nauki, ponieważ metoda ta jest wolna od ryzyka, a studenci mają możliwość poznania różnych technik bez szkody dla pacjenta,



- możliwość przekazywania, wstrzymania lub powtarzania różnych punktów symulacji,
- zastosowanie szerokiego wachlarza scenariuszy od psychospołecznych problemów do warunków fizycznych,
- wykorzystywanie standaryzowanego pacjenta jako naturalnego modelu fizycznego do egzaminu i/lub do praktycznych umiejętności klinicznych,
- wiarygodny pomiar wyników pracy studenta w sytuacji jego kontaktu z pacjentem w okresie edukacji,
- zapewnienie realistycznej sytuacji i cenne doświadczenie kliniczne oraz korzyści dla edukacji studentów tym: zwiększenie empatii, motywacji i wiedzy z możliwością pozytywnego naprzemiennego wykorzystania stylów uczenia się.

„Standaryzowany Pacjent” (SP)

- Jest to zdrowa osoba, która została przeszkolona, aby przedstawić historyczne, fizyczne oraz emocjonalne cechy rzeczywistego pacjenta,
- SP jest dynamicznym narzędziem edukacyjnym dostosowanym do potrzeb, wykorzystującym interaktywne środowisko dydaktyczne, pokazy grupowe, badania kliniczne, filmy oraz wizerunek dostosowany do potrzeb badania,
- SP jest przeszkolony, aby zapewnić konstruktywne informacje zwrotne od pacjentów, co umożliwia edukację na wszystkich poziomach kształcenia.

Standaryzowany Pacjent a Symulowany Pacjent- różnice

W zależności od charakteru zajęć należy wyróżnić dwie kategorie pacjentów:

- **symulowany pacjent:** ogólne określenie osoby, która odtwarza prawdziwego pacjenta w warunkach symulowanych; dopuszcza się niewielkie modyfikacje w sposobie odgrywania roli w kolejnych sesjach,
- **standaryzowany pacjent:** podstawowe założenie jest podobne, jednak podczas odtwarzania roli wymagana jest szczególna dbałość o powtarzalność odgrywania.

Wybór i/lub potrzeba standaryzacji wynika z charakteru zajęć, w których bierze udział SP. W związku z tym podczas części zajęć dydaktycznych wystarczające jest realizowanie ogólnej koncepcji symulowanego pacjenta, ponieważ niewielkie modyfikacje w sposobie



odtworzenia scenariusza nie mają istotnego wpływu na założenia merytoryczne. Jednak bywa, że standaryzacja odgrywanego scenariusza i wynikająca z niej powtarzalność są kluczowe podczas niektórych zajęć oraz do zapewnienia obiektywnej oceny postępowania studenta podczas zaliczeń i egzaminów. W piśmiennictwie naukowym określenie standaryzowany pacjent i symulowany pacjent używa się często wymiennie, stosując skrót SP, przy czym, jeśli standaryzacja ma szczególne znaczenie, należałoby określać stopień powtarzalności indywidualnie, w zależności od prowadzonych zajęć.

W zależności od rodzaju zajęć i głównych założeń SP może odgrywać rolę:

- pacjenta,
- członka/reprezentanta/przedstawiciela rodziny pacjenta,
- członka zespołu terapeutycznego.

Ponadto, z uwagi na umiejętność powtarzalnego odgrywania ról, udział SP jest kluczowym elementem obiektywnych egzaminów, jak np. OSCE (Objective Structured Clinical Examination), podczas których standaryzacja wspomaga proces obiektywnej oceny.

3. Kim mogą być standaryzowani pacjenci?

- Osoby z różnych środowisk w wieku od 18-80 lat,
- Osoby z różnych środowisk zawodowych,
- Bezrobotni,
- Osoby z elastycznym harmonogramem czasowym,
- Osoby posiadające własny transport lub możliwość przybycia w terminie,
- Osoby z cechami punktualności, niezawodności i elastyczności,
- Osoby nie mające obiekcji co do dotyku i badania swojego ciała,
- Osoby z dojrzałością emocjonalną, elokwentne, zdrowe fizycznie i psychicznie,
- Osoby posiadające dobre umiejętności komunikacyjne,

dotatkowo:

- ✓ posiadające zdolności aktorskie, ponieważ odgrywanie roli chorego nie jest łatwym zadaniem a pacjent symulowany musi odegrać swoją rolę na tyle realistycznie, aby student był przeświadczony, że ma do czynienia z osobą np. chorą.



Standaryzowani Pacjenci są dopasowani do konkretnych sytuacji z zastosowaniem kryteriów, takich jak wiek, płeć, rasa, światopogląd itp. Każda symulacja jest zaprojektowana do jak najbardziej realistycznej sytuacji w celu zwiększenia uczenia się przez doświadczenie.

Informacje dla kandydata na Standaryzowanego Pacjenta:

1. Otrzymanie przez SP skryptu z szczegółowymi informacjami dotyczącymi problemu medycznego odgrywanego pacjenta, sytuacji rodzinnej, społecznej, stanu emocjonalnego, rodzaju zachowania (język ciała, ruch, reakcja na ból np. podczas badania fizykalnego) oraz jakie konkretne mają być odpowiedzi na zadawane pytania przez studenta,
2. Wszyscy studenci są świadomi, że widzą SP i są proszeni o wykonywanie wszystkich czynności tak samo, jak z prawdziwymi pacjentami,
3. Osoba -SP nie będzie proszona o dokonanie oceny studenta w żadnych kryteriach,
4. Badanie fizykalne pacjenta, to część [badania lekarskiego](#) oraz pielęgniarskiego składająca się z oglądania, [omacywania](#) (np. powiększone węzły chłonne, ocena orientacyjna wielkości wątroby) [opukiwania](#) (klatki piersiowej, brzucha)) i [osłuchiwania](#) (płuc, serca, czynności jelit). Może dotyczyć struktur anatomicznych ciała lub też ich funkcji. Wynik badania przedmiotowego może być opisem słownym bądź pomiarem tzw. [antropometrycznym](#) wyrażonym w jednostkach układu metrycznego,
5. SP- zobowiązany jest do ubrania np. piżamy szpitalnej, jeżeli sytuacja symulowana ma miejsce w szpitalu, ale zawsze może mieć założoną dodatkowo własną bieliznę,
6. SP nie ma obowiązku posiadać wiedzy z konkretnej dziedziny medycznej- wszystkie informacje potrzebne do wizerunku i informacji zwrotnej otrzyma w skrypcie,
7. Pełna historia zdrowia SP jest bardzo ważna, ponieważ np. w sytuacji po przebyciu zabiegu- wycięcia wyrostka robaczkowego, nie może odegrać roli pacjenta z podejrzeniem zapalenia wyrostka robaczkowego ze względu na bliznę,
8. Odgrywanie roli przez SP musi zapewniać studentowi możliwości edukacyjne, nie wydajnościowe czy komplikowanie sytuacji. Odtwarzana sytuacja musi być powtarzalna, dokładnie tak samo przedstawiona dla każdego studenta,

9. Dla komfortowej pracy SP, jest możliwość wykorzystania jego własnych problemów medycznych podczas pracy,
10. Praca ma charakter tymczasowy, sezonowy, w różnym wymiarze godzin. Sesje są zaplanowane w zależności od potrzeb i wymagań programowych dla studentów,
11. Zadanie bycia SP nie jest łatwe i nie jest dla każdego. Wymaga to intensywnej koncentracji podczas rozmowy i badania. SP musi dokładnie zagrać rolę prawdziwego pacjenta, ale także symulować jego kondycję fizyczną i psychiczną podczas spotkania. Musi powtarzać zadania wiele razy, dlatego bardzo ważna jest kwestia: zapamiętywania, koncentracji, dyscypliny, doskonałych umiejętności komunikacyjnych i wysokiego poziomu stanu własnego zdrowia.

4. Zalety pracy ze standaryzowanym pacjentem

SP cechuje	Co to znaczy?	Co wymaga się od SP?
Realizm	Trudno jest stwierdzić, że nie są prawdziwymi pacjentami, bowiem przedstawiają swoją rolę bardzo realistycznie.	Umiejętności aktorskie.
Dostępność	Są dostępni w dowolnym czasie i w dowolnym miejscu. Nie ma konieczności opierania się tylko na rzeczywistych przypadkach pacjentów, które są dostępne tylko w danym momencie.	Elastyczność. Dostępność czasowa.
Niezawodność	Objawy, cechy oraz aspekty psychospołeczne pozostają stabilne. Ta sama symulacja jest zawsze dostępna i powtarzalna.	Umiejętność konsekwentnego powtarzania danej roli.
Sterowalność	Sytuacje, otoczenie, poziom trudności oraz ilość informacji przekazywanych studentom może być kontrolowana.	Umiejętność elastycznego dostosowania roli do spełnienia konkretnych wymagań wobec studenta zgodnie z zaleceniami.

Adaptacja	Symulacja może zostać przerwana a studenci mogą porozmawiać z opiekunem lub między sobą o problemach czy ustaleniach. Po konsultacji, badanie może być kontynuowane. Studenci oraz nauczyciele akademicy mogą na bieżąco robić ocenę wyników. Studenci nie muszą czuć żadnych ograniczeń czasowych i badanie oraz wywiad z SP może trwać bez żadnych ograniczeń.	Pozostanie w roli, nawet gdy studenci mają przerwę na analizę przypadku. SP musi też unikać wszystkich interakcji ze studentami i nauczycielami.
Wolny od ryzyka	Studenci ćwiczą swoje umiejętności oraz technikę wykonywania procedur w bezpiecznym środowisku, bez ryzyka szkody dla prawdziwych pacjentów.	Skupienie się na potrzebach studenta, a nie na własnych.
Możliwość informacji zwrotnej	Student otrzymuje konstruktywną informację zwrotną potrzebną do wykonania założonego zadania.	SP jest w stanie dać natychmiastową i konstruktywną informację zwrotną dla studenta.

5. Zakres działalności

„Standaryzowany pacjent” może być wykorzystywany w programach o różnym charakterze edukacyjnym.

Domena	Ocena nauczania	Standard	Badania
Poziom kształcenia	Studia licencjackie	Kontynuacja edukacji	Uzyskanie pozwolenia
Dyscyplina	Medycyna alternatywna Kosmetologia Stomatologia Rozstrzyganie sporów Medycyna Rodzinna Zasoby ludzkie Technologia medyczna	Medycyna Położnictwo Neonatologia Pielęgniarstwo Ratownictwo Medyczne	Edukacja pacjenta Psychiatria Chirurgia
Tematy	Wstępne umiejętności przeprowadzenia wywiadu. Zagadnienia bioetyczne. Niepomyślne wiadomości. Umiejętności komunikacyjne. Umiejętności doradzania. Radzenie sobie z trudnymi pacjentami. Rozwiązywanie sporów.	Przemoc w rodzinie. Koniec problemów życiowych. Podstawowe i zaawansowane informacje zwrotne. Świadoma zgoda. Interdyscyplinarna komunikacja. Style uczenia się i komunikacji.	Pogotowie medyczne. Ujawnianie błędów medycznych. Leczenie bólu. Opieka paliatywna. Ocena fizycznych umiejętności. Seksualność.

Aktywność	Pisanie przypadków Opracowanie programów nauczania Demonstracje Egzaminy	Korepetycje Małe grupy seminaryjne Edukowanie trenera Wideografia	Ocena kształcenia Prezentacje E- learning Warsztaty
Media	CD DVD	Fotografia Video	Instrukcje

6. Szkolenie kadry dydaktycznej w zakresie pracy z SP

Ze względu na specyfikę zajęć z SP wskazane jest przeprowadzenie wcześniejszych szkoleń z wykorzystania tej metody kształcenia dla kadry dydaktycznej. Powinno ono dotyczyć m.in.:

- zasad tworzenia scenariusza,
- zasad prowadzenia omówienia ze studentami,
- obsługi technicznej wykorzystywanego sprzętu (np. kamera, mikrofon itp.)

7. Szkolenie kadry dydaktycznej w zakresie pracy z SP

Ze względu na specyfikę zajęć z SP wskazane jest przeprowadzenie wcześniejszych szkoleń z wykorzystania tej metody kształcenia dla kadry dydaktycznej. Powinno ono dotyczyć m.in.:

- zasad tworzenia scenariusza,
- zasad prowadzenia omówienia ze studentami,
- obsługi technicznej wykorzystywanego sprzętu (np. kamera, mikrofon itp.)

Przygotowanie zajęć z Standaryzowanym Pacjentem

Istotne jest wcześniejsze przygotowanie zajęć z SP, aby zapewnić ich prawidłowy przebieg.

Przygotowanie można podzielić na 4 etapy:

- określenie celów uczenia się,
- przygotowanie skryptu dla osób zaangażowanych w zajęcia,
- spotkanie z SP przed zaplanowanymi zajęciami
- spotkanie podsumowujące z SP po realizacji zajęć.

Skrypt scenariusza jest istotnym elementem zajęć prowadzonych z SP, powinien być przedstawiony w formie odpowiednio zmodyfikowanych instrukcji wszystkim uczestnikom włączonym w realizację zajęć. Należy przygotować:

- instrukcję dla SP– narzędzie dzięki któremu SP będzie mógł stworzyć pełnowymiarową „postać” i odpowiednio ją odgrywać,
- instrukcja dla nauczyciela – wsparcie podczas realizacji zajęć, w tym ich omówienia (np. realizacja głównych celów),
- instrukcja dla studenta – podstawowe informacje dotyczące zadań przewidzianych w scenariuszu,
- instrukcja dla obsługi technicznej – przygotowanie miejsca i ewentualnie dodatkowego sprzętu.

Zgodnie z założeniami symulacji medycznej, z perspektywy studenta, równie istotnym co udział w scenariuszu jest jego omówienie. Dotyczy to także zajęć z SP. Istotne jest aby zajęcia realizowane były w atmosferze szacunku, a nauczyciel powinien pełnić rolę moderatora dyskusji prowadzonej przez wszystkich pozostałych uczestników zaangażowanych w zajęcia dydaktyczne. W omówieniu należy zwrócić uwagę na udzielnie informacji zwrotnej przez SP dotyczącej jego odczuć i emocji podczas kontaktu ze studentem, analizę aspektów merytorycznych dokonaną przez nauczyciela prowadzącego zajęcia oraz ocenę przebiegu zajęć za pomocą kwestionariusza np. check-listy.

11 kluczowych wskazówek ułatwiających tworzenie opisów przypadku SP.

1. Określ jasne cele symulacji z udziałem SP.

Cel symulacji powinien być jasno wyartykułowany na początku sesji. Zadanie dla studenta powinno być jasno określone (np. przekazywanie złych wiadomości, powiadomienie o śmierci, przekazanie pacjenta itp.) Istotne jest również staranne dobranie środowiska do celów symulacji (np. rozmowa o celach opieki podczas zaplanowanej wizyty ambulatoryjnej będzie się znacząco różnić od podobnej rozmowy na oddziale ratunkowym, gdzie pacjent jest ciężko chory).

2. Stwórz zespół składający się z interprofesjonalnych ekspertów.

Współpraca w zespole interprofesjonalnych ekspertów umożliwi stworzenie wiarygodnego i realistycznego opisu przypadku SP, uwzględniającego np. wymiar kulturowy (tj pochodzenie etniczne, rasę, narodowość, wyznanie).

3. Skonstruuj oparte na dowodach, ukierunkowane scenariusze przypadków o podobnej złożoności.



Scenariusze kliniczne powinny być adekwatne dla wyznaczonego zadania komunikacyjnego i oparte na dowodach naukowych. Opis przypadku z zastosowaniem SP do nauki dzielenia się złymi wiadomościami z pacjentem powinien obejmować szereg poważnych diagnoz, nie należy równoważyć przekazywania informacji dotyczącej zdiagnozowania np. raka płuc i niewielkiego nieoperacyjnego złamania.

4. Uwzględnij zróżnicowanego pacjenta demograficznego cechy charakterystyczne.

Tworząc opisy przypadków SP należy uwzględnić różnorodności demograficzne np. wiek, kolor skóry, masę ciała, orientację seksualną, świadomość zdrowotną i status społeczno-ekonomiczny, aby zapewnić cały wachlarz różnorodnych przypadków SP.

5. Zwiększenie świadomości i łagodzenie norm i/lub istniejących uprzedzeń.

Funkcjonujące w społeczeństwie stereotypy dotyczące różnych chorób mogą przyczynić się do różnic w opiece nad pacjentem, co ma niekorzystny wpływ na pacjenta ale także proces kształcenia studentów.

6. Określ stan emocjonalny pacjenta, który SP zamierza przedstawiać.

Tworząc przypadków SP należy jasno określać możliwe stany emocjonalne dostępne dla SP w ramach konkretnego przypadku, aby możliwe było zrealizowanie założonych celów.

7. Opracuj główny, wzorcowy szablon.

Opracowując wiele wariantów scenariuszy dla określonego celu warto stworzyć szablon, który ułatwi standaryzację różnych wariantów zgodnych z podstawowymi założeniami symulacji.

8. Uwzględnij realistyczne szczegóły dotyczące przypadku.

Każdy opis przypadku SP powinien być specyficzny pod względem merytorycznym, klinicznie autentyczny i oparty na aktualnej praktyce klinicznej. Zauważono, że zbyt obszerne informacje dotyczące historii choroby i leczenia pacjenta oraz obszerne informacje dotyczące wyników badań laboratoryjnych rozpraszały studentów od głównego celu scenariusza. Warto zawęzić informacje zawarte w skrypcie do tych które skierują studentów na realizację głównego celu scenariusza.

9. Udziel krytycznych podpowiedzi i instrukcji SP.

Tworząc scenariusz trudno przewidzieć jakie kroki będzie podejmował student w czasie sesji, należy uwzględnić różne warianty, kierunki w których symulacja może ewaluować. SP

powinien otrzymać precyzyjne informacje na temat postępowania w przypadku różnych wariantów w przebiegu symulacji.

10. Przeanalizuj wielokrotnie różne warianty scenariuszy.

Cały zespół tworzący scenariusze oparte na opisach przypadków z zastosowaniem SP powinien zrewidować każdy z wariantów scenariusza po względem trafności realizacji założonych celów.

11. Test pilotażowy w każdym przypadku!

Zaleca się przeprowadzenie sesji pilotażowej w celu ewentualnego dopracowania elementów skryptu, najlepiej w grupie reprezentatywnej uczących się dla których opracowano scenariusze, ale nie będących członkami zespołu tworzącego opisy przypadków SP.

8. Cele i wartości

Cele

1. Promowanie i poprawa relacji terapeutycznej w świadczeniu opieki zdrowotnej poprzez:
 - Ułatwienie integracji interpersonalnych zachowań i zawodowych umiejętności klinicznych,
 - Promowanie znaczenia czynnika ludzkiego w medycynie i pogłębienia świadomości potrzeb oraz oczekiwań pacjentów (relacja pacjenta/ lekarz/ pielęgniarka, wsparcie i empatia),
 - Profesjonalizm,
 - Diagnostykę różnicową/badanie,
 - Interpretację wyników.
2. Systematyczna poprawa dostarczania programów dla ochrony zdrowia przez:
 - Rozszerzenie zakresu doświadczeń klinicznych dla studentów poprzez przygotowanie bazy scenariuszy,
 - Zmniejszenie zmienności oceny (Obiektywny Strukturalny Kliniczny Egzamin-OSCE)
3. Poprawa wykorzystania SP jako dynamicznej metody uczenia poprzez:
 - Współpracę z twórcami kursu oraz dyrektorami placówek,
 - Rozwój Wydziału.



Wartości

1. W programie z wykorzystaniem „pacjenta standaryzowanego” ważne jest stworzenie oraz utrzymanie środowiska, które:
 - szanuje unikalne zdolności innych ludzi oraz różne perspektywy,
 - pracuje zespołowo z wykorzystaniem zbiorowej mądrości wszystkich członków,
 - ciągle uczy się by rozwijać zespół,

9. Praca jako Standaryzowany Pacjent

Standaryzowani pacjenci są zatrudnieni przez Uniwersytet w ramach pracy np. sezonowej, w różnym wymiarze godzin. Każdy SP jest proszony o podpisanie specjalnego zaświadczenia, w jakim charakterze obejmuje stanowisko, jaka jest jego odpowiedzialność oraz jakie są jego oczekiwania. Każdy SP podpisuje jednolitą umowę.

Pierwsze zadanie

W sytuacji gdy, osoba odpowiada wiekiem, płcią lub poziomem umiejętności do wykonania zadania, Uniwersytet kontaktuje się z daną osobą, za pośrednictwem poczty elektronicznej, przez koordynatora Centrum Symulacji czy trenera. SP otrzymuje wszystkie szczegóły dla danego zadania, takie jak:

- data, godzina i miejsce szkolenia oraz rodzaj symulacji,
- nazwa oraz numer zadania z projektu,
- charakter roli (np. jaki to temat, czy to część historii i/lub element egzaminu),
- rodzaj wynagrodzenia za szkolenie oraz symulację.

Standaryzowany Pacjent zostanie poproszony o informację zwrotną dlatego:

Musi rozważyć czy:

- nie istnieją żadne konflikty z terminami szkoleń i symulacji,
- jest gotowy do odegrania danej roli,
- nie istnieją żadne fizyczne warunki wykluczające z pełnienia danej roli.

Szybka odpowiedź na wezwanie/ telefon/ email:



- najczęściej plan zajęć układany jest z co najmniej 2 tygodniowym wyprzedzeniem, jednak może się zdarzyć nagła sytuacja, kiedy niezbędne jest szybkie reagowanie na wezwanie,
- ważna jest szybka odpowiedź na prośbę, albo jej zaakceptowanie, albo odrzucenie, ale zawsze musi być komunikat zwrotny,

Inne ważne informacje:

1. Ważne jest zapisywanie wszystkich szczegółów w kalendarzu pracy. Ma to kluczowe znaczenie, każda zaakceptowana przez SP rola może mieć inne szczegóły i ważnym jest, aby ich nie pomylić. Istnieje też możliwość internetowego śledzenia zarezerwowanych przez SP ról.
2. Każdy SP musi być punktualny, bowiem scenariusze są niezwykle szczegółowe i każdy SP musi być gotowy do rozpoczęcia rozmowy w swoim czasie.
3. Mogą zdarzyć się sytuacje w których SP będzie musiał zrezygnować z treningu lub zarezerwowanej symulacji ze względu na pracę, stan zdrowia itp. Wiadomo, że są różne sytuacje losowe i program stara się dostosować do takiej sytuacji, jednak w przypadku, gdy SP często będzie odwoływał zarezerwowane role (nawet z ważnych powodów) może to oznaczać, że już nie nadaje się pełnienia funkcji SP i będzie musiał rozważyć wycofanie się z programu SP.
4. W sytuacji, gdy SP rezygnuje z pełnionej roli przyczynia się to do frustracji trenerów oraz koordynatora, którzy muszą w ostatniej chwili znaleźć jakieś zastępstwo. Tworzy to dodatkowe koszty dla klientów. Dlatego każdą rezerwację roli należy dobrze zaplanować.
5. Dostępność: jeśli będzie sytuacja, kiedy SP nie jest dostępny- planuje wyjazd, jest zbyt zajęty itp.- musi zgłosić to koordynatorowi Centrum – wtedy jego konto zostanie chwilowo nieaktywne – w sytuacji gdy SP jest znowu dyspozycyjny, musi ten fakt zgłosić, aby ponownie aktywować konto.

Skład zespołu Centrum Symulacji:

- 1) **Rezerwacja:** osoba/y odpowiedzialna/e za rezerwowanie zespołu biorącego udział w warsztatach, to ona ustala kto bierze udział w konkretnym programie. SP dowiaduje się od niej, kiedy jest termin szkoleń, symulacji oraz kiedy musi być dostępny w pracy.

- 2) **Szkolenia:** osoba/y odpowiedzialna/e za prowadzenie szkoleń przez trenera. Jego zadaniem jest upewnienie się, że wybrani SP są w pełni przygotowani do symulacji. Jeśli jest to duży projekt istnieje możliwość, wielu przypadków i trenerów
- 3) **Ogólna koordynacja:** osoba odpowiedzialna za koordynowanie, nadzór nad całym Centrum Symulacji.

Kryteria wyboru SP do programu:

- Specyfikacja pacjenta np. wiek, płeć, cechy fizyczne, stan emocjonalny,
- Możliwość uzyskania informacji zwrotnej,
- Wymaganie przypadków np. wpływanie na stopień trudności, doświadczenia życiowe,
- Dotychczasowe szkolenia SP oraz doświadczenia wynikające z rozwoju nowych umiejętności SP. Koordynator zastrzega sobie, że będzie wybierał bardziej doświadczonych SP,
- Dyspozycyjność SP,
- Preferencje klienta – klient może wybrać sobie SP wg własnych preferencji.

Informacje do zapamiętania

1. Przed rozpoczęciem pracy

- SP powinien się upewnić, że rozumie zadania do realizacji. Jeśli SP ma jakieś wątpliwości powinien zapytać o szczegóły swojego trenera lub koordynatora, który wyjaśni wszystkie wątpliwości,
- SP powinien mieć ze sobą zawsze wszystkie informacje dotyczące symulacji:
 - datę, godzinę oraz adres, gdzie ma się odbyć symulacja,
 - nazwę projektu,
 - imię oraz nazwisko osoby do której ma się zgłosić,
 - numer telefonu, adres email swojego trenera- jeśli pojawi się problem w trakcie symulacji istnieje możliwość skontaktowania się,
- SP powinien przypomnieć sobie swoją rolę przed symulacją.

2. W pracy



- SP powinien się skontaktować ze swoim trenerem kilka minut przed symulacją i omówić strukturę spotkania, sprawdzić, czy nie ma żadnych pytań,
- SP nie wolno rozmawiać z uczniami „wychodząc z roli”- student powinien utożsamiać SP jako pacjenta,
- W czasie „time-out” czyli przerwy SP odłącza się od grupy, zachowuje dystans, nie wpływa na pracę studentów oraz grupy,
- SP nie może dopuścić, aby nauczyciel oraz inni członkowie grupy wpłynęli na zmianę symulacji. SP jest przeszkolony na podstawie rzeczywistego przypadku pacjenta z realistycznymi objawami, historią choroby, problemami psychospołecznymi oraz jego stanem emocjonalnym,
- W sytuacji, gdy nauczyciel chce dokonać zmian SP powinien zgłosić takie prośby do koordynatora lub trenera, którzy mogą się zgodzić na dokonanie zmian.

3. Po pracy

- Często po symulacji ważny jest odpoczynek, zwłaszcza, gdy rola SP jest emocjonalnie wymagająca.
- SP powinien zadzwonić lub napisać do swojego trenera jeśli ma jakiegokolwiek wątpliwości lub uwagi do swojej roli, swojej aktywności, stażystów lub nauczycieli.
- W sytuacji, gdy stało się coś nieoczekiwane lub scenariusz został odegrany inaczej należy poinformować o tym trenera, aby mógł inaczej przygotować inne spotkania lub rozważyć inne możliwości. Jeśli nie ma możliwości skontaktowania się od razu z trenerem SP powinien zapisać swoje obawy i szczegółowo je udokumentować,
- Jeśli czas symulacji wydłużył się należy to zgłosić trenerowi.

10. **Uczenie w warunkach symulowanych**

SP powinni pomagać w komunikacji i badaniach fizykalnych w zależności od różnych poziomów kształcenia. Oprócz ról klinicznych (np. ból w klatce piersiowej, ból głowy), SP powinni też trenować w bardziej skomplikowanych sytuacjach, takich jak role psychiatryczne, psychologiczne oraz role etyczne. Scenariusze te mają szerszy zakres i mogą



być bardziej wymagające dla SP. W odpowiedzi na potrzeby wielokulturowego społeczeństwa, studenci powinni zostać poinstruowani w kwestii międzykulturowej, w takich sytuacjach wywiad może odbywać się np. za pośrednictwem tłumacza.

Nie ma żadnych ograniczeń ilu SP może uczestniczyć w danym warsztacie. Zawsze SP powinien znać szczegóły swojej roli oraz miejsce, czas ćwiczeń; gdy ma jakieś wątpliwości powinien kontaktować się ze swoim trenerem, koordynatorem.

Szkolenie roli

SP są zwykle przeszkoleni w grupie, każdy uczy się swojej roli. Na pierwszej sesji treningowej, trener SP ocenia pracę SP oraz przekazuje mu niezbędne szczegóły w celu „zobrazowania” problemu. Trener dostarcza niezbędnych w kontekście zadania informacji, tak aby SP zrozumiał cel spotkania np.:

- Jaki jest poziom wiedzy uczestników?
- Czego powinni się nauczyć?
- Czy ta rola będzie obejmować badania lekarskie, jeśli tak to jakie?
- Czy SP był zobowiązany do przekazywania informacji zwrotnej po symulacji?
- Czy istnieje jakiś szczegół w stroju lub makijażu, który jest niezbędny do odegrania danej roli?

Czas szkolenia zależy od złożoności sprawy, własnych doświadczeń w roli SP. Szkolenia trwają przeważnie dwie lub trzy godziny. SP może być szkolony do kilku ról w trakcie sesji treningowych. Im bardziej doświadczony SP, tym mniej czasu potrzeba na szkolenia.

Sytuacja, gdy nauczyciel chce zmienić historię SP

SP nie powinien pozwolić na zmianę swojej historii. SP jest przeszkolony do roli rzeczywistego pacjenta z realistycznymi cechami fizycznymi, historią oraz problemami psychospołecznymi dla danego pacjenta. Jeśli nauczyciel chce zmienić symulację, SP powinien mu wyjaśnić, że należy skontaktować się z koordynatorem w celu ustalenia zmian, ale w przyszłości. Jeśli modyfikacje, które chce wprowadzić nauczyciel polegają jedynie na np. zwiększeniu/ zmniejszeniu lęku, albo zmianie miejsca zdarzenia, należy o tych zmianach poinformować trenera i ewentualnie wdrożyć w następnych szkoleniach.

Możliwe techniki treningowe

Sesja treningowa może zawierać różne kombinacje technik treningowych:

- Omówienie roli z całą grupą w celu wyjaśnienia wszelkich oczekiwań, zagadnień, możliwości,
- Przegląd wszelkiego rodzaju wsparcia niezbędnego do odegrania roli,
- Trener chodzi wokół stołu i przeprowadza wywiad z każdym SP poruszając inną kwestię,
- Technika wywiadu w praktyce: jeden SP odgrywa rolę lekarza/pielęgniarki, inny pacjenta, reszta uczestników obserwuje. Pomaga to lepiej zrozumieć zawłość roli, przyczynia się także do wyjaśnienia elementów przynależących do listy kontrolnej.

Trenerzy zachęcają do stawiania pytań: często aspekty roli nie zostały przemyślane albo informacje kliniczne nie zostały wyjaśnione. Może się również zdarzyć, że kandydat poprosi o coś, co nie było przewidziane w szkoleniu. Wyobrażanie sobie/ omawianie dnia z życia przez różne osoby pozwala na przygotowanie się do większości pytań i zapewnia odpowiedzi na wszelkie zagadnienia. Zdarza się, że są popełniane błędy, ale wspólne szkolenia pozwalają je rozpoznać oraz w porę opracować jak postępować, aby więcej się nie wydarzyły.

SP powinien pamiętać że: przed każdą symulacją powinien przygotować się do pracy, zapoznać się ze scenariuszem, aby pracować bez obaw i dokładnie wszystko przedstawić bardzo realistycznie.

11. ALTS (Alternatywni SP)

W przypadku wielu programów niektórzy SP mogą zostać oznaczeni jako ALTS. Oznacza to, że są wyszkoleni do pełnienia określonej roli wraz z innym SP, ale są w rezerwie w przypadku gdy SP nie jest w stanie uczestniczyć w symulacji (np. z powodu choroby, spraw rodzinnych, czy też nagłego wypadku). Czasami ALTS są przypisane inne obowiązki (np. zbieranie arkuszy testowych), jeśli nie są oni potrzebni do symulacji. Czasami są opłacani aby zostali w domu w określonym czasie i oczekiwali w razie potrzeby na zgłoszenie, że są potrzebni w symulacji. SP, którzy zdecydowali się do bycia ALTS, są niezwykle ważni dla każdego programu, są wybierani z uwzględnieniem ich zdolności i w każdej chwili mogą być zatrudnieni do pełnienia innej roli.

Typowe metody nauczania

Typowa sesja składa się z niewielkiej grupy studentów oraz ich opiekuna np. lekarza czy pielęgniarki.

Różne formaty mogą być wykorzystane do włączenia do nauczania:

- **Jeden pełen wywiad po drugim:** kilku studentów wybiera się na wywiad z SP. Mogą czekać na zewnątrz pokoju lub mogą zostać w pomieszczeniu i obserwować wywiad. Każdy student przeprowadza wywiad z SP i dostarcza informacji zwrotnej po każdej rozmowie,
- **Scenariusz Tag-team:** scenariusz SP trwa od początku do końca z wyjątkiem przerw oznaczanych jako „time-in” /”time out”, kiedy to studenci zmieniają rolę i zostają ankieterami. Rozmowa trwa od momentu kiedy poprzedni student przerwał,
- **Alter ego:** dwóch studentów przeprowadza wywiad z SP jako jedną osobą. Jeden student rozmawia z SP, drugi jest jego cieniem, oferuje mu pomoc, proponuje jakieś rozwiązania itp.,
- **Wywiad kolektywny:** Pytania do SP są zadawane z tłumu zgromadzonych osób,
- **Lustro weneckie:** jeden ze studentów przeprowadza wywiad z SP, reszta osób jest zgromadzona za lustrem weneckim i obserwuje całą sytuację. Po zakończeniu wywiadu, informacje zwrotne dla studenta dawane są zarówno przez innych studentów, jak i przez nauczyciela.

***SP musi zachować wszystkie swoje role w jednym folderze,
tak aby w każdej chwili można było przekazać je trenerowi
lub koordynatorowi zgodnie z instrukcją.***

12. Nauczanie umiejętności badania pacjenta z wykorzystaniem SP

Umożliwiając studentom ćwiczenie praktycznych umiejętności badania chorego z wykorzystaniem SP pozwala na:

- Ćwiczenie nowych umiejętności w bezpiecznym środowisku,
- Uzyskanie informacji zwrotnej od SP dotyczącej sposobu badania przez studentów z punktu widzenia pacjenta,
- Doświadczenie co odczuwa badany pacjent, który jest zdrowy, co umożliwi odnaleźć punkt odniesienia do oceny objawów w przypadku prawdziwego pacjenta.

W większości fizycznych symulacji dla celów dydaktycznych SP nie odgrywa roli, jedynie wykorzystywane są jego części ciała np. badanie zakresu ruchu stawu biodrowego, reakcji na



ból itp. W tym przypadku SP jest częścią ciała, a uczniowie uczą się wykonywania badań. Czasami symptomy, ból lub zakres ruchów są wymagane w zależności od sytuacji i wtedy SP zostają odpowiednio przeszkoleni. Te wymogi są bardzo powszechne w ocenie symulacji.

Badania fizykalne

Program pozwala szkolić SP mających pomóc studentom w nauce jak przeprowadzać badania fizykalne, pomagające w ustaleniu diagnozy chorobowej, np.: badanie piersi, badanie kobiety ciężarnej, badanie urologiczne, kardiologiczne itp. . Wybrana grupa SP jest starannie przeszkolona w jaki sposób wykonywane jest badanie. Umożliwia to uzyskanie konkretnych informacji zwrotnych dla studentów z punktu widzenia pacjenta. Tworzone są specjalistyczne programy np. edukacji ginekologicznej, które pozwalają trenować studentom metody przeprowadzania badania miednicy.

Udzielanie studentom informacji zwrotnej

SP może zostać czasem poproszony o informację zwrotną po spotkaniu ze studentami. SP może wtedy nie odgrywać swojej roli, udzielić studentowi kilku wskazówek lub przekazać mu swoje uwagi dotyczące interakcji ze studentem. SP mogą przekazać studentom specyficzne wskazówki dotyczące badania, zanim jednak to nastąpi SP musi uzyskać specjalistyczne przeszkolenie z zakresu udzielania informacji zwrotnej. Z tego powodu ogromne znaczenie ma włączenie do zespołu pracującego z symulowanymi pacjentami psychologa oraz rozważenie nawiązania współpracy z reżyserem/aktorem. Szkolenia należy powtarzać cyklicznie, aby SP nabral biegłości, zwłaszcza w udzielaniu ustrukturyzowanej i wartościowej informacji zwrotnej.

13. Wywiad w ASCM (ang. *The Art and Science of Clinical Medicine*)

- Grupa składa się z 5-6 studentów oraz opiekuna i SP,
- Typowy wywiad to jeden student i SP,
- Student może korzystać z tzw. „time out” aby skonsultować się z opiekunem lub innym studentem,
- Po przeprowadzeniu, student może komentować wywiad,
- Po zakończeniu, SP daje informację zwrotną o wywiadzie,
- Na koniec, pozostali studenci i nauczyciel omawiają spotkanie- różne propozycje mogą wynikać z dyskusji.

ASCM

Jednym z najważniejszych wkładów SP do kształcenia medycznego jest zaangażowanie w trakcie ASCM (wymawiane „askum”). Ten kurs uczy umiejętności komunikacji i badania fizykalnego już od pierwszego i drugiego roku studiów medycznych. Program nauczania dla dwóch lat organizowany jest w następujący sposób:

Rok 1: Pierwszy semestr od września do stycznia, poświęcony jest przede wszystkim umiejętnościom komunikacji i wybranym elementom badania fizykalnego. Drugi semestr, od lutego do maja, poświęcony jest nauce technik badania fizykalnego oraz ćwiczeniom umiejętności komunikacji nabytej w poprzednim semestrze.

Rok 2: Kurs rozpoczyna się od przeglądu ogólnych badań klinicznych w ASCM-1 jak również od pisemnego opisu przypadku. Większość zajęć jest ukierunkowana na wywiady i badania przedmiotowe w zakresie ogólnej praktyki medycznej, a także z wyspecjalizowanych dziedzin takich jak: geriatryka, pediatria, psychiatryka, chirurgia, położnictwo.

Umożliwia to studentom zdobycie bardziej zaawansowanych umiejętności, przeprowadzanie wywiadów, także w warunkach utrudnionej komunikacji z chorym czy też przekazywanie niepomysłnych wiadomości dla pacjenta np. w sytuacji, w której stracił kogoś bliskiego.

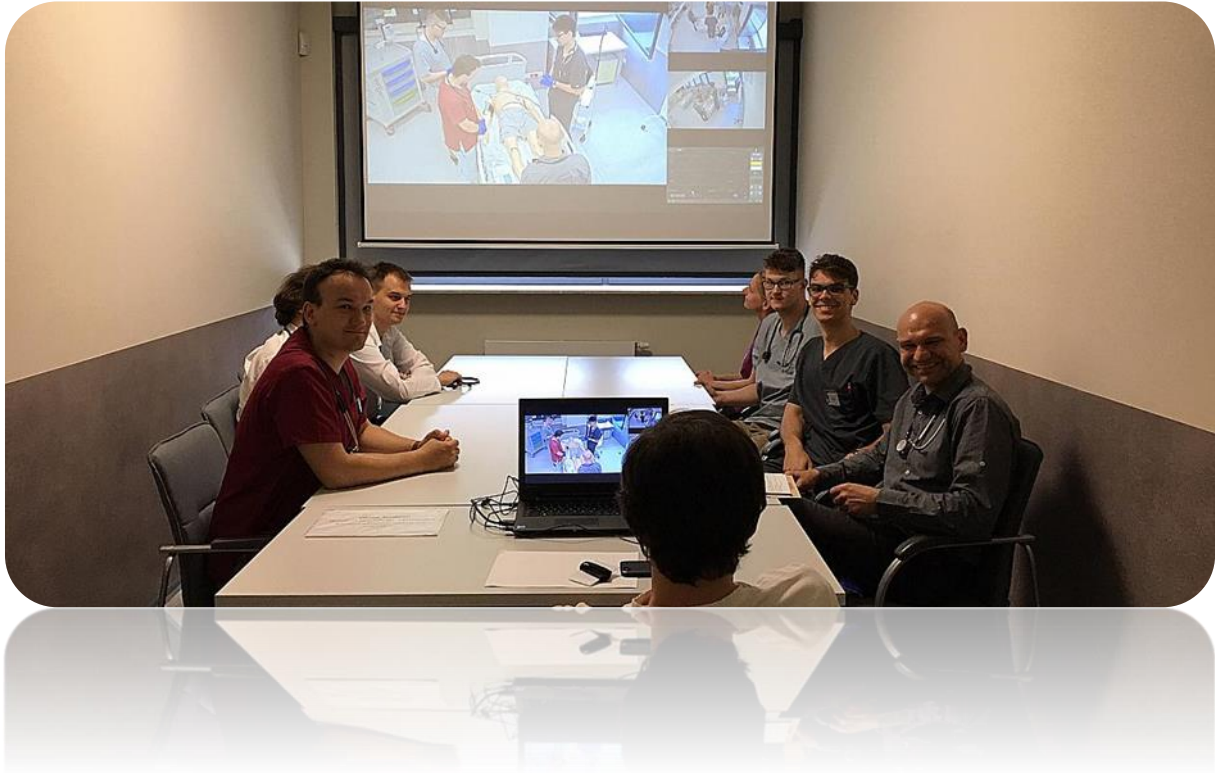
Sesja ASCM z badania fizykalnego

- Grupa składa się z: 5-6 studentów z opiekunem oraz SP,
- SP jest „ciałem”, więc nie powinien mieć skarg ani żadnych problemów, chociaż powinni być przeszkoleni z objawów patologicznych które mogą wystąpić u chorego,
- Sesja może się skupić na jednej części ciała jeśli np. egzamin dotyczy klatki piersiowej, badanie palpacyjne wątroby itp.,
- Instruktor może zademonstrować techniki do stosowania lub pokazywać jak postępować z pacjentem krok po kroku,
- Czasami SP zostanie poproszony o opinię na temat kontaktu ze studentem (np. zbyt szorstki, zbyt nieprzyjemny) lub raport (np. zachowanie kontaktu wzrokowego, sprawdzanie danych pacjenta).

14. Sprawozdanie dotyczące jakości -Raport dotyczący Standaryzowanego Pacjenta

Wszystkie symulacje ASCM wymagają sprawozdania dotyczącego jakości nauczania, które muszą być wypełnione przez nauczyciela/instruktora. Raporty powinny być dostarczone

przez koordynatora edukacji medycznej w miejscu nauczania. Raporty jakościowe dostarczają niezbędnych informacji o realizmie i użyteczności ról.



Źródło: <https://csm.pum.edu.pl/>

Raport dotyczący Standaryzowanego Pacjenta

<u>SP wypełnia tę sekcję:</u>	<u>Sekcję wypełnia nauczyciel/instruktor:</u>
SP- prawdziwe dane:	Dane nauczyciela/instruktora:
SP- dane dla ról:	
Data:	Kurs:
Lokalizacja danej symulacji:	<input type="radio"/> ASCM I (sztuka i nauka medycyny klinicznej) <input type="radio"/> ASCM II <input type="radio"/> Przekazywanie złych wiadomości

23

Projekt pn.

„Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” POWR.05.03.00-00-0007/15



	<input type="radio"/> CPS II (Praktyczne umiejętności kliniczne) <input type="radio"/> Inne:
--	---

1) Proszę oznaczyć jakość pracy SP:

	Powinny być trenowane	Powinny być sprawdzone	Kilka spraw wymaga zmian	Dobrze	Wspaniale
Realizm SP	1	2	3	4	5
Informacje zwrotne od SP	1	2	3	4	5

(jeśli SP uzyskał mniej lub 3 pkt proszę o identyfikację problemu i opisanie sytuacji)

Komentarz:

.....

2) Czy SP spełnia swoje cele?

a. Tak

b. Nie

3) Czy jest to właściwe dla studentów?

a. Tak

b. Nie

Komentarz:

.....

4) Jeśli masz jakies propozycje nowych scenariuszy z wykorzystaniem SP, pro

15. Bezpieczeństwo i zdrowie SP

Osoby zatrudnione jako SP powinny odbyć szkolenie z zakresu „Bezpieczeństwa i zdrowia”.

1. Odpowiedzialność SP

- SP powinien poprosić o pomoc w każdej chwili, gdy czuje się zagrożony, gdy może wystąpić ryzyko zaburzeń zdrowia fizycznego, psychicznego itp.,
- SP nie powinien rezerwować sobie roli jeśli doznał jakiegoś urazu lub występuje zagrożenie jego bezpieczeństwa fizyczno-psychicznego itp.,
- Jeśli u SP wystąpi choroba lub uraz należy ten fakt zgłosić odpowiedniej osobie, odpowiedzialnej za koordynację SP,
- SP musi ukończyć szkolenie „Bezpieczeństwa i zdrowia”,
- Jeśli SP ma obawy dotyczące bezpieczeństwa w dniu symulacji lub wystąpił uraz, ból lub dyskomfort należy poprosić o pomoc pracowników/ egzaminatorów/ opiekunów.

2. Odpowiedzialność trenera SP

- Gdy SP przygotowuje się do roli, trener powinien omówić wszystko co dotyczy danej roli np. badanie fizykalne, czynności manualne,
- Trener ma obowiązek omówienia ze swoim SP wszystkich nieoczekiwanych sytuacji dotyczących symulacji oraz rozwiązań jak SP powinien reagować,
- Trener powinien przedstawić SP wszystkie możliwe ćwiczenia oraz techniki relaksacji, które może wykorzystać w trakcie przerwy między zajęciami,
- Trener musi poinformować SP o wszelkich zagrożeniach.

3. Wskazówki do odgrywania ról przez SP

Rola fizyczna

- W czasie odgrywania przez SP roli fizycznej, nie powinien czekać aż poczuje się źle, tylko powiedzieć o swojej sytuacji i przerwać odgrywanie roli,
- SP powinien odpowiednio wykorzystywać każdą przerwę/ wolną chwilę na regenerację i złagodzenie stresu,
- SP powinien rozluźnić swoje mięśnie, powoli oddychać, zmienić pozycję ciała,

Projekt pn.

„Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” POWR.05.03.00-00-0007/15

- W sytuacji problematycznej dla SP zawsze musi otrzymać wykwalifikowaną pomoc.

Rola emocjonalna

- Jeśli SP ma odgrywać bardzo ważną rolę o silnym podłożu emocjonalnym, powinien po symulacji zarezerwować sobie czas na spotkanie z przyjaciółmi; wyjść na kawę lub do kina. SP powinien umieć oddzielić rolę z symulacji w stosunku do rzeczywistości, korzystać z różnych sposobów relaksacyjnych.
- SP nie zawsze musi odczuwać emocjonalne i psychologiczne skutki stresu odczuwane po odegraniu danej roli. Może się nawet zdarzyć że SP odczuje skutki stresu dopiero po powrocie do domu, nawet kilka dni po odegraniu roli. W takiej sytuacji SP powinien zapisać swoje myśli i uczucia oraz poinformować o tym fakcie np. swojego trenera lub koordynatora.

W każdym momencie

- SP powinien rozmawiać z trenerem! Kiedy ma jakieś pytania lub problemy o podłożu emocjonalnym powinien niezwłocznie zgłosić to trenerowi,
- SP powinien poinformować swoich przełożonych jeśli dozna jakiegoś urazu, zawsze może także otrzymać inną rolę w której będzie się czuć bezpiecznie.

16. Wirtualny Pacjent Standaryzowany (VSP)

Alternatywą dla zastosowania pacjenta standaryzowanego może być Wirtualny Pacjent Standaryzowany (VSP- Virtual Standardized Patient). VPS opracowano w celu wsparcia szkoleń w zakresie komunikacji medycznej, w tym oceny pacjentów z zespołem stresu pourazowego, zbierania wywiadu i oceny ryzyka samobójstwa. Programy wirtualnego pacjenta standaryzowanego (VSP) używają skomputeryzowanych znaków do ustandaryzowanych spotkań z pacjentem. VSP mogą komunikować się z uczestnikami szkolenia w sposób wysoce interaktywny i angażujący. Wykorzystanie VPS, zapewnia automatyczną informację zwrotną i umożliwia doskonalenie umiejętności zdobytych podczas szkolenia w formie warsztatów lub szkolenia online. Tradycyjne szkolenie (tj. warsztaty, kursy online) obejmują zazwyczaj doskonalenie umiejętności poprzez odgrywanie ról z uczestnikami lub instruktorami. Po takiej formie szkolenia umiejętności te można dalej doskonalić za pośrednictwem VSP, zapewniając natychmiastową informację zwrotną w przypadku popełnienia błędów i ocenę podsumowującą po zakończonej symulacji. VPS mają wiele zalet, mogą wzbogacać formę tradycyjnych

Projekt pn.

„Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” POWR.05.03.00-00-0007/15

warsztatów szkoleniowych i szkolenia online, zapewniają natychmiastową informację zwrotną po szkoleniu. W zakresie długoterminowym stanowią oszczędność kosztów poprzez stałą dostępność, możliwość praktyki zawsze i wszędzie, zróżnicowany zakres i złożoność wystandaryzowanych scenariuszy, które można systematycznie dostosowywać do potrzeb szkoleniowych oraz wysoce powtarzalne doświadczenia uczących się. Pomimo początkowego entuzjazmu dla VSP i włączenia ich do wielu placówek edukacyjnych opieki zdrowotnej na świecie, większość ewaluacji skupia się na pilotażowych badaniach wykonalności lub akceptowalności. Jednak randomizowane badanie Reger et al. wykazało pomyślne przeniesienie treningu z wykorzystaniem VSP na SP.

17. Skuteczność pracy z SP na podstawie wyników badań.

Ren et al. dokonali oceny wpływu symulacji opartej na SP na kompetencje absolwentek kierunku pielęgniarstwo w zakresie postępowania przy wstrząsie anafilaktycznym, Szkolenie symulacyjne miało na celu nauczenie absolwentów rozpoznawania oznak i objawów wstrząsu anafilaktycznego, ułożenia pacjenta we właściwej pozycji, przzerwania trwającego wlewu dożylnego wywołującego wstrząs anafilaktyczny, podania 100% tlenu przez kaniulę donosową lub maskę, zachowania drożności dróg oddechowych, wezwania zespołu szybkiego reagowania i podania leków na zlecenie lekarskie. Po szkoleniu wszystkie 104 dyplomowane pielęgniarki, uczestniczące w badaniu, odnotowały znaczącą poprawę w zakresie 6 kompetencji z listy oceny kompetencji klinicznych. Wykazano, że uczestnicy badania byli bardzo zadowoleni ze wszystkich aspektów szkolenia symulacyjnego (20 wskaźników zadowolenia było powyżej 90%). Podczas częściowo ustrukturyzowanych wywiadów większość świeżo upieczonych pielęgniarek stwierdziła, że szkolenie symulacyjne w zakresie radzenia sobie ze wstrząsem anafilaktycznym będzie miało istotne znaczenie dla ich praktyki klinicznej.

W badaniu *Rivera et al.* wykazano, że symulacja i wykorzystanie SP to dobrze ugruntowane techniki zapewniające studentom możliwość osiągnięcia podstawowego celu edukacji międzyzawodowej, jakim jest uczenie się o sobie, od siebie i ze sobą nawzajem w celu poprawy wyników zdrowotnych pacjentów, poprzez efektywną współpracę interprofesjonalną. Na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Francisco stworzono Interprofessional Standardized Patient Exercise (ISPE), który stanowi międzyzawodowe standaryzowane scenariusze zajęć z udziałem SP. Metoda ta pozwala studentom obserwować role i umiejętności innych studentów zawodów medycznych oraz ćwiczyć komunikację i współpracę międzybranżową w klinicznie

Projekt pn.

„Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” POWR.05.03.00-00-0007/15

istotnym, ale kontrolowanym środowisku. Przypadki pacjentów standaryzowanych (SP) Paula Harrisa (2009–2012) i Elsie Smith (2012–2016) obejmowały wiele złożonych przewlekłych schorzeń i zostały zaprojektowane tak, aby można je było zastosować w wielu zawodach medycznych. Dokonano oceny skuteczności tej formy edukacji międzyzawodowej, której celem jest wzmacnianie współpracy między pracownikami ochrony zdrowia. Uczestnikami badania byli studenci drugiego i trzeciego roku pięciu kierunków: stomatologii, medycyny, pielęgniarstwa, farmacji i fizjoterapii. Studenci pracowali w zespołach międzybranżowych, aby przeprowadzić wywiad z SP i stworzyć plan zintegrowanej opieki. Postrzegane osiągnięcie celów ISPE zostało ocenione przez 5 grup fokusowych (jedna grupa fokusowa dla każdego zawodu). Studenci we wszystkich pięciu grupach fokusowych wyrazili uznanie dla możliwości poznania innego zawodu i edukowania innych na temat ich własnej roli zawodowej, co może wpływać na zdolność studentów do bycia aktywnym i skutecznym członkiem zespołów w opiece zdrowotnej.

Podobne wyniki uzyskano w badaniu *Brennan et al.* Celem badania była ocena skuteczności kształtowania wśród studentów zawodów medycznych komunikacji międzybranżowej i umiejętności pracy zespołowej poprzez ustandaryzowaną symulację z udziałem SP. Uczestnikami badania byli studenci ostatniego roku medycyny i farmacji oraz pielęgniarki tuż po uzyskaniu dyplomu. Zadaniem studentów było ustabilizowanie ostrego stanu ciężko chorego SP. Wyniki uczestników symulacji zostały porównane z wynikami uczestników badania z grupy kontrolnej. Wykazano, że postrzeganie uczestników badania biorących udział w symulacji znacznie wzrosło w porównaniu z grupą kontrolną. Poprawa obejmowała wszystkie dziedziny, w tym zrozumienie roli i obowiązków poszczególnych członków zespołu interprofesjonalnego, współpracy w zespole oraz efektów opieki nad pacjentem. Dodatkowo stwierdzono, że wielokrotna ekspozycja na symulację nadal poprawiała postrzeganie, ale nie tak znacząco, jak początkowa symulacja.

Projekt pn.

„Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” POWR.05.03.00-00-0007/15





Źródło: <https://csm.pum.edu.pl>

18. Skróty

- **ASCM:** *Art and Science of Clinical Medicine* -Sztuka i nauka w Medycynie Klinicznej- przygotowanie studentów do przeprowadzania wywiadu z pacjentem oraz sprawdzenia umiejętności wykonywania badania fizykalnego,
- **GTA:** *Gynecological Teaching Associate:* specjalistyczne kursy dla nauczycieli które przygotowują instruktorów do prowadzenia zajęć z wewnętrznych badań ginekologicznych, z wykorzystaniem ciała,
- **IPE:** *Interprofessional Education:* sytuacja w której przynajmniej dwóch studentów różnej specjalności (np. pielęgniarstwo, medycyna, fizjoterapia) wspólnie uczą się interdyscyplinarnego podejścia do opieki nad chorym.
- **ISPE:** *Interprofessional Standardized Patient Exercise:* międzyzawodowe standaryzowane scenariusze zajęć z udziałem SP.
- **OSCE-** Objective structured clinical examination- Obiektywny Strukturalny Kliniczny Egzamin

Projekt pn.

„Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” POWR.05.03.00-00-0007/15

19. Piśmiennictwo

1. American Association of Medical Colleges (AAMC). Medical Simulation in Medical Education: Results of an AAMC Survey. 2011
2. Benson-Rogers AA, Czekałło M, Dąbrowski M, i wsp.: BLS dla Personelu Medycznego: Podręcznik instruktora. Wydanie Polskie, American Heart Association 2012; 7-18
3. Benson-Rogers AA, Dąbrowska A, Dąbrowski M, i wsp.: Zaawansowane Czynności Resuscytacyjne (ACLS): Podręcznik Instruktora. Wydanie Polskie, American Heart Association, 2013; 9-20
4. Bosse HM, JH Schultz, Nikiel M, Lutz T Möltner A Jünger J Huwendiek S, Nikendei C. (2012). The effect of using standardized patients or peer role play on ratings of undergraduate communication training: a randomized controlled trial. Patient EDUC Couns 87: 300-6.
5. Brennan LF, McBride A, Akinola M, Ogle S, Goforth J, Harding D, Stanbery K, Correa P, Milner A, Strowd R.: Improving Health Professions Students' Understanding of Interprofessional Roles Through Participation in a Patient Stabilization Simulation. Am J Pharm Educ, 2021;85(3):848116.
6. Carraccio CL, Englander R.: From Flexner to Competencies: Reflections on a Decade and the Journey Ahead. Acad Med, 2013; 88(8): 1067-1073.
7. Cleland JA, Abe K, Rethans JJ. The use of simulated patients in medical education: AMEE Guide No 42. Medical Teacher, 2009; 31(6): 477–486.
8. Cooke M., Irby M, O'Brien B.: Educating Physicians: A Call for Reform of Medical School and Residency. Carnegie Foundation Report 2010.
9. Czekałło M., Dąbrowski M., Dąbrowska A., Torres K., Torres A., Witt M., Gąsiorowski Ł., Szukała M.. Symulacja medyczna jako profesjonalne narzędzie wpływające na bezpieczeństwo pacjenta wykorzystywane w procesie nauczania. https://www.researchgate.net/profile/Marek_Dabrowski3/publication/309727295_Symulacja_medyczna_jako_profesjonalne_narzedzie_wplywajace_na_bezpieczenstwo_pacjenta_wykorzystywane_w_procesie_nauczania_Medical_simulation_as_a_professional_tool_which_affect_the_safety_of_the_patient/links/581f7a8b08aea429b298f3a7.pdf

Projekt pn.

„Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” POWR.05.03.00-00-0007/15



10. DeLorenzo RA, Abbott CA.: Effectiveness of an adult learning, selfdirected model compared with traditional lecture based teaching methods in out of hospital training. Acad Emerg Med, 2004;11: 33-37.
11. Educating Doctors to Provide High Quality Medical Care. A Vision for Medical Education in the United States. Report of the Ad Hoc Committee of Deans. AAMC, 2004.
12. Feanny M, Scott BG, Mattox KL, et al.: Impact of the 80-hour work week on resident emergency operative experience. Am J Surg, 2005;190: 947-949
13. Hudson, J., Ratnapalan, S. (2014). Teaching clinical skills with patient resourcers. Can Fam Phys 60: 674-7.
14. Lane C, Rollnick S. (2007).The use of simulated patients and-play in communication skills training: a review of the literature. Patient EDUC Couns 67: 13-20.
15. McGaghie WC, Issenberg SB, Cohen ER, et al.: Does simulation based medical education with deliberate practice yield better results than traditional clinical education? A meta analytic comparative review of the evidence. Acad Med, 2011;86:706-711.
16. Nestel D, Burn CL, Pritchard SA, Glastonbury R, Tabak D.:The use of simulated patients in medical education: Guide supplement 42.1 – Viewpoint. Medical Teacher, 2011; 33(12): 1027–1029.
17. Papanagnou D, Klein MR, Zhang XC, Cameron KA, Doty A, McCarthy DM, Rising KL, Salzman DH,:Developing standardized patient-based cases for communication training: lessons learned from training residents to communicate diagnostic uncertainty. Advances in Simulation, 2021;6:26.
18. Rees C, Sheard C, McPherson A. (2004). Medical students views and experiences of methods of teaching and learning communication skills. Patient EDUC Couns 54: 119-21.
19. Reger GM, PhD, Norr AM, Rizzo A, Sylvers P, Peltan J, Fischer D, Trimmer M, Porter S, Gant P, Baer JS.:Virtual Standardized Patients vs Academic Training for Learning Motivational Interviewing Skills in the US Department of Veterans Affairs and the US Military. JAMA Netw Open, 2020; 3(10): e2017348.
20. Ren Q, Chen F, Zhang H, Tu J, Xu X, Liu C.: Effects of a standardized patient-based simulation in anaphylactic shock management for new graduate nurses. BMC Nurs,2022; 21(1): 209.

Projekt pn.

„Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” POWR.05.03.00-00-0007/15





21. Rivera J, Lisser R, Dhruva A, Fitzsimmons A, Hyde S, Reddy S, Tsourounis C, Adler SR.: Integrative Health: An Interprofessional Standardized Patient Case for Prelicensure Learners. MedEdPORTAL, 2018; 14: 10715.
22. Scalese RJ, Obeso VT, Issenberg SB.: Simulation technology for skills training and competency assessment in medical education. JGIM, 2007; 23 Suppl 1:46-49.
23. Windish DM, Paulman PM, Goroll AH, et al.: Do clerkship directors think medical students are prepared for the clerkship years? Acad Med, 2004; 79: 56-61.

Projekt pn.

*„Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego
w Szczecinie” POWR.05.03.00-00-0007/15*



20. Załącznik

PROGRAM Z WYKORZYSTANIEM PACJENTA STANDARYZOWANEGO

Obowiązki & oczekiwania

Jesteśmy zobowiązani do spełnienia potrzeb edukacyjnych studentów i nauczycieli z którymi pracujemy, a także o zadbanie o dobre samopoczucie oraz profesjonalny rozwój standaryzowanych pacjentów, którzy czynią ten program możliwym. W celu zapewnienia zadowolenia wszystkich stron, ważne jest przestrzeganie wszystkich obowiązków oraz oczekiwań.

Obowiązki Standaryzowanego Pacjenta

a) Profesjonalizm:

- Będę uczestniczyć we wszystkich wymaganych szkoleniach i symulacjach,
- Jeśli nie mogę uczestniczyć w sesji treningowej lub symulacji, zgłoszę ten fakt mojemu trenerowi aby możliwie jak najszybciej znalazł/a zastępstwo,
- Zawsze będę punktualnie na każdych zajęciach.

b) W czasie pracy:

- W czasie pracy będą przedstawiać każdą rolę w taki sposób jaki mnie przeszkolono,
- W sytuacjach dydaktycznych, będę przekazywać opinie obiektywnie oraz uczciwie zgodnie z tym jak zostałem/am przeszkolona/y,
- Będę unikać kontaktu ze studentami przed/ po symulacji i w trakcie tzw. „time out” czyli w czasie nieodgrywania roli.

c) **Poufność:** *Ochrona poufności naszych studentów jest niezbędna do zapewnienia im bezpiecznego środowiska do nauki. Przestrzeganie naszych zaleceń jest kluczowe do utrzymania standardów nauczania. Z tego powodu:*

Projekt pn.
„Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego
w Szczecinie” POWR.05.03.00-00-0007/15

- Będę chronił prywatność studentów/ osób egzaminowanych, nie wyjawię wyników egzaminu ani żadnych informacji które mogą zagrażać bezpieczeństwu scenariusza,
- Będę chronić bezpieczeństwo materiałów szkolenia, nie będę omawiać roli z osobami niepowołanymi,
- Będę zabezpieczać wszystkie przypadki egzaminacyjne/ listy kontrolne,
- Odniosę się do każdej roli, którą przedstawi mi mój trener.

Oczekiwania Standaryzowanego Pacjenta:

- Będę oczekiwać że pracownicy/ studenci będą mnie traktować z szacunkiem,
- Mogę oczekiwać, że zostaną mi zapewnione godne warunki podczas badania fizykalnego i że wszyscy będą przestrzegać moich praw pacjent,;
- Wiem, że może być ode mnie wymagana cierpliwość oraz przekazanie informacji zwrotnej dotyczącej badania,
- Mogę odrzucić każdą rolę z którą czuję się niekomfortowo,
- Mogę oczekiwać z wyprzedzeniem informacji o charakterze i celu symulacji,
- Mogę oczekiwać że moje informacje zwrotne wpłyną na poprawę Programu SP,
- Rozumiem, że pacjent standaryzowany pracuje okazjonalnie.

Nagrywanie dźwięku/ filmu/ robienie zdjęć:

- Mogę spodziewać się nagrywania dźwięku/ filmu/ robienia zdjęć w trakcie zajęć ćwiczeniowych/ symulacji lub treningu, rozumiem, że materiały te mogą być wykorzystane do poprawy jakości kształcenia,
- Rozumiem, że będę anonimowy, materiały te nie pozwolą na rozpoznanie mojej osoby, nie zostaną również rozpowszechnione w Internecie lub wykorzystane w jakikolwiek inny sposób.

Zapoznałem/am się i zrozumiałem/am obowiązki i oczekiwania wobec Standaryzowanego Pacjenta

9. Lista tematów do ćwiczenia komunikacji z pacjentem- przykłady:

- Pierwsza rozmowa z chorym (zapoznanie się z chorym),

Projekt pn.

„Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie” POWR.05.03.00-00-0007/15

- Przekazywanie niepomyślnych wiadomości,
- Kontakt z „trudnymi” pacjentami,
- Rozmowa z chorym po próbie samobójczej,
- Rozmowa na temat życia seksualnego,
- Edukacja pacjenta,
- Omawianie spraw uzależnienia od alkoholu lub innych substancji,
- Omawianie tematów dotyczących przemocy w rodzinie,
- Omawianie sytuacji odstąpienia od reanimacji,
- Poradnictwo przeciw paleniu tytoniu,
- Poradnictwo dietetyczne,
- Ostatnia rozmowa z chorym umierającym.



Źródło:

<https://csm.pum.edu.pl/>

Projekt pn.
„Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego
w Szczecinie” POWR.05.03.00-00-0007/15



Projekt pn.
*„Centrum Innowacyjnej Edukacji Medycznej Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego
w Szczecinie” POWR.05.03.00-00-0007/15*

