

依托三甲医院提升全科医生临床综合服务能力的探讨*

唐海霞,张皓频[△],吴 婧,谢 波
(重庆医科大学研究生院,重庆 400016)

[中图分类号] R197.32

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2017)02-0274-03

国务院 2011 年发布《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》后,于 2015 年印发《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》,要求到 2020 年初步实现基层首诊、双向转诊的分级诊疗模式。实现该目标,社区或基层全科医生的临床综合能力面临巨大挑战。三甲医院应当充分发挥自身优势,为尽快提升社区全科医生的综合能力作出应有贡献。本研究通过文献复习、专家与社区全科医生访谈等,回顾三甲医院在提升全科医生临床综合能力方面的工作,探讨进一步改进的策略。

1 依托三甲医院开展全科培训项目

1.1 全科住院医师规范化培训

1.1.1 基本情况 全科住院医师规范化培训(以下简称全科住培)是为基层培养全科医学人才,提升全科医生综合服务能力的最重要方式。原国家卫生部在 2000 年后,开始试点全科住培,上海、北京和浙江等省市依托医科大学附属医院(三甲医院)进行了初步探索;2007 年扩大试点范围,共确定 34 家三甲医院(包括重庆医科大学附属第一医院和附属永川医院)为试点医院,进一步对培训内容、方法、考核和相关政策进行研究。2014 年在试点的基础上,国家卫计委先后批准 500 多家三甲医院为全科住培基地。目前,三甲医院已成为全科住培的主力军和全科医生成长的摇篮。

1.1.2 取得的成效 在全科住培中,各培训基地充分发挥三甲医院与教学医院的优势,积极探索提升全科医师专业素质和能力的方法。例如,采用 PBL^[1-2]、标准化患者^[3]等教学方法提升诊治能力,通过参观考察、知名医学专家人文医学讲座等措施提升人文素养^[4],通过客观结构化临床考试(OSCE)考查全科医师的培训效果^[5]。经过反复实践与改进,目前全科住培的内容、方式和相关要求越来越合理,已能较好地满足培养合格全科医生的需要。经过 10 余年的努力,已有数千名全科住培学员结业,对提升社区全科医生综合能力起到明显的作用。随着全科住培招生规模的扩大,社区全科医生综合能力将得到更大提升。

1.1.3 主要问题与对策 三甲医院的专科医疗以传统的生物医学模式为主,加之三甲医院承担着繁重的临床教学任务,许多专科如急诊医学科、心血管内科、呼吸内科、普通外科等在全科住培的带教过程中,同时还带教本科实习生、硕士与博士研究生、其他专科的住院医师规范化培训学员、进修医生和本科室低年资医师等,很难专门针对全科医师开展全科医学理念与方法的教学。全科住培带教基本上是在专科老师的指导下,学习专科学医疗内容与模式,这势必影响全科医生培训的质量^[6-7]。为此,全科住培基地的全科医学科应当通过定期开展专门的全科教学活动,弥补其他专科带教的不足。但是,目前绝大多数全科住培基地没有独立的全科医学科,其主要医疗与

科教工作仍然是挂名前的原专科,如老年病科、急诊科等。全科医学科在全科住培教学中没有起到应有的作用。

因此,陈竺副委员长在 2015 全科医学大会暨中华医学会全科医学分会第十三届年会上再次呼吁,所有的医学院校附属教学医院和三级医院设立全科医学科,主管部门要把全科医学发展列入对医疗机构考评的核心指标体系。三甲医院设立全科医学科仍有许多问题需要进一步探索,如全科医学科的业务范围与内容、与本院其他专科的关系、运行与管理机制等。

1.2 基层全科医生转岗培训

1.2.1 基本情况 全科医生转岗培训(转岗培训)是对基层或社区的未执业全科医疗的医生或其他“专科”医生,进行为期一年的全科医学理论、知识和技能培训,使其“转岗”成为全科医生。过渡阶段,我国的全科医师存在巨大的缺口^[8],全科医生转岗培训是我国现阶段采取的提升基层全科服务能力的基本措施之一。原国家卫生部 2010 年印发《关于开展基层医疗卫生机构全科医生转岗培训工作的指导意见(试行)》之后,全国各省市依托医科大学或其附属医院(三甲医院)、“全科医学培训中心”、社区卫生协会等机构或社团开展转岗培训,到目前已连续 5 年。总体上看,不管是依托何种单位,起主导或核心作用的仍然是三甲医院。

1.2.2 取得的成绩 全科转岗培训项目已完成大量基层医生的培训任务,为基层全科医生队伍建设作出了显著贡献,为我国全科医生数量的快速增加和基层全科服务能力的增强起到较快的提升作用。研究显示,基层医生全科医疗实践能力提高较大^[9-10]。我国部分临床考核专家,曾先后 2 次在国家卫计委科教司的带领下,分别对北京、浙江、广西、海南等省市开展转岗培训效果进行评估,总体情况较为满意。大多数学员初步树立了全科医学理念,全科临床技能特别是综合服务能力有所提高。一些学员回到社区后,将执业范围转注册为全科医疗,成为名副其实的全科医生。另外,三甲医院各专科的临床医生通过转岗培训中的理论教学与与学员的交流,对全科医学和基层全科医疗有了更深入的认识,为进一步开展全科医学人才培养奠定了基础。

1.2.3 主要问题与对策 三甲医院分科细而多,不利于转岗培训学员的临床轮转学习。比如,三甲医院内科所属亚专业有 10 个左右,转岗培训学员在 4 个月的内科临床培训中不可能将大多数专科都轮转到,而且各专科的主要工作也不适合基层全科医生的实践与学习。因此,研究显示 22% 全科医生认为临床轮转所学难以与社区工作相衔接^[11]。

为此,重庆医科大学附属第一医院和附属永川医院在学员完成 1 个月的集中理论学习之后,将学员安排到具有重庆市全科住院医师规范化培训资质的区县医院(二甲医院)完成临床培训。教学医院(三甲医院)作为牵头医院指导二甲医院实施

临床轮转培训。为保证二甲医院的临床培训质量,三甲医院采取了一系列行之有效的管理与考核措施,如规范二甲医院各级人员对学员的考核与培训登记资料审签,三甲医院每季度验审学员培训登记资料 and 二甲医院的考核情况,不定期对二甲医院开展巡视督查,建立学员联系群和管理人员工作群等。通过严格的培训与管理,各期转岗培训学员在重庆市组织的结业考试中,均达到较高的合格率。

2 社区适宜技术推广

自 20 世纪 90 年代以来,国家卫生行政主管部门和其他相关部委一直在努力开展农村/社区卫生适宜技术的推广应用。三甲医院在项目的申报和实施中,充分发挥技术优势,是适宜技术推广的主力军。从普通疾病的诊疗规范,到儿童、妇女、老年人的保健等,在 20 多年的时间内,全国先后推广了大量适宜技术^[12-13]。一些研究虽然认为我国卫生适宜技术推广效果较好,患者满意度较高,但这些研究质量差,多为主观评价,缺乏科学、合理、客观、统一的评价标准,尚不能作为卫生适宜技术推广效果的评价证据^[14]。从目前基层医疗机构的综合服务能力看,基层适宜技术的推广或许并不十分理想。这与推广方式及学员情况有关^[15]。三甲医院在实施社区卫生适宜技术的推广中,以学员短期集中理论培训为主要方式,缺乏实践训练。一些基层医生由于基本素质、临床经验与能力的不足,经短期理论培训后常不能独立开展工作。因此,建议社区适宜技术的推广方式应以少而精的临床实训为主,精选社区全科医生骨干直接到三甲医院完成短期(例如 1~3 个月)的适宜技术“进修”,确保回到基层后能够将学到的技术服务于患者。

3 专家指导

3.1 现场指导 三甲医院专家下基层和社区(包括农村社区),是数十年来在党和政府的倡导下形成的优良传统,并建立了具有一定激励或制约作用的制度与方法,如待遇、职称晋升与卫技人员下基层情况挂钩等。三甲医院医生下基层,在一定程度上解决了老百姓的部分健康问题,但并未对社区全科医生综合服务能力提升产生显著影响。其原因主要有二:(1)三甲医院专家到社区的主要目的是解决老百姓的求医问题,对基层医生的直接指导较少;(2)过去三甲医院的临床专家对全科医学缺乏认识,对全科医生的指导能力有限。当前,随着三甲医院全科医学科和全科医学师资队伍的建立,广泛开展对基层全科医生的直接指导条件已经具备,各地应积极探索合适的形式与机制(如签订开展单项技术协议、师带徒协议等),开展三甲医院专家对基层全科医生的务实性指导,指导内容包括病情判断或诊断、社区患者的接诊、转诊和处置等,让三甲医院专家下基层的优良传统不仅直接有益于患者,而且也能有助于提升基层全科医生的综合服务能力。

3.2 远程会诊与教学 远程医疗会诊系统的用途主要包括专家会诊、信息服务、在线检查和远程交流等,主要作用:(1)帮助确立诊断、制订治疗方案等医疗活动;(2)举办专家讲座、技术操作示范等继续医学教育活动。三甲医院可通过远程会诊系统提高基层全科医生的综合服务能力。过去,远程会诊系统主要是一些知名三甲医院与二级医院的合作,近年来开始应用于社区医疗机构^[16]。三甲医院在社区医疗机构安装并开通远程会诊系统是提升全科医生综合服务能力的有效途径,目前安装并运行系统的经费补偿与激励机制尚未建立,卫生行政部门应当研究制定相关政策。

4 与社区医疗机构建立医疗联合体

医联体是三级医院联合若干所二级医院和一级医院(社区卫生服务中心、乡镇卫生院等)组成的区域医疗联合体,是一个利益共同体和责任共同体。医联体内部一般是三级医院与二

级医院,二级医院与一级(社区)医院形成垂直联系^[17]。但是,由于各地医疗机构条件参差不齐,有的二级医院带动或指导一级医院能力不足。重庆医科大学附属永川医院为弥补二级医院能力的不足,直接与辖区内 20 多所乡镇和街道卫生服务机构直接签订建立医联体协议,直接对基层全科医生和社区卫生服务工作进行指导。经过近一年的试行,结果令人满意。因此,三级医院直接与基层一级医院联姻,可以作为弥补二级医院条件不足的一种提升基层全科综合服务能力的方 式。当然,三甲医院在医联体内直接与一级医院联姻有许多问题需要探索,例如与二级医院的关系,指导一级医院的途径、形式、方法和激励机制等。

5 与社区医疗机构建立教学联合体

2012 年教育部、卫生部《关于实施临床医学教育综合改革的若干意见》明确提出,要“增加基层见习”“大力加强社区和公共卫生等基层实践教学基地建设”。2014 年国家卫计委印发的《住院医师规范化培训地认定标准(试行)—全科专业基地认定细则》显示,全科住院医师规范化培训基地由临床培训基地(主要为三甲医院)和基层实践基地组成。目前所有的全科住院医师规范化培训基地均建立了社区实践基地,部分医学院校附属医院建立了临床医学本科生社区实习基地。

在教学联合体内,三甲医院不仅要 对社区实习与实践基地全科教师进行教学指导,而且还必须帮助社区全科医生提升综合服务能力,以满足全科住院医师规范化培训和临床医学本科生的基层实习与实践需要。三甲医院主要通过两种途径帮助全科医生提升综合服务能力:(1)通过提供免费进修、举办短期培训班或专题讲座等,直接提升全科医生的能力;(2)帮助基层医疗机构建立、健全管理制度和办法,让全科医生能够有一个充分发挥作用的制度与管理环境。由于建立教学联合体的时间较短,二者的协同机制尚未健全,目前的成效尚不显著。

如何建设社区实践基地是当务之急。由于历史原因,社区医疗机构有的基础条件尚可,有的比较差。三甲医院应当因地制宜,根据各医疗机构的情况,可分别进行全面建设和进行“点”建设,前者可满足社区实践的全部需要,后者为单项临床实践提供帮助^[18]。

综上所述,三甲医院可通过全科培训项目、社区适宜技术推广、专家现场指导与远程会诊、与社区建立医疗与教学联合体等途径,提升社区全科医生临床综合服务能力。三甲医院应当进一步挖掘潜力,巩固与完善已有途径,完善全科医学科建设,加强医疗联合体与教学联合体建设,探索新途径,建立新机制,在“强基层”的医改任务中发挥更大作用。

参考文献

- [1] 陆媛,于德华,张斌,等. PBL 教学模式在全科医师规范化培训中的实践应用[J]. 中国全科医学, 2014, 17(16): 1880-1883.
- [2] 饶昕,万学红,景秀京,等. 四川大学华西医院全科医学师资培训实践探讨[J]. 华西医学, 2015, 30(1): 156-158.
- [3] 朱舜. 标准化病人在全科医学教学中的应用[J]. 中华全科医师杂志, 2006, 5(8): 493-494.
- [4] 谢波,缪李丽,李一梅,等. 全科医师规范化培训中人文素质培养的探索[J]. 中华全科医学, 2011, 9(1): 135-136.
- [5] 丁志良,方建新,赵齐,等. 基于客观结构化临床考试的全科医师规范化培训临床技能结业考核及分析[J]. 中国全科医学, 2015, 18(13): 1552-1554, 1559.
- [6] 丁静,黄凯. 全科医生人才培养中的问题及对策研究[J]. 中国全科医学, 2013, 16(13): 1140-1141.

[7] 方才妹,张平,沈堂彪,等. 浙江省全科医生骨干师资培训方案设计与效果研究[J]. 中国全科医学,2015,18(7): 807-810.

[8] 张宇,张东华,薄红,等. 浅谈我国全科医生的培养现状、问题与对策[J]. 继续医学教育,2015,29(9):3-5.

[9] 吴野,任丽平,王柳行,等. 全科医生转岗培训效果的调查研究[J]. 管理观察,2015,35(29):180-182.

[10] 刘延峥. 云南省全科医生转岗现状研究[D]. 昆明:昆明医科大学,2014.

[11] 王天浩,潘志刚. 临床基地全科医生规范化培养[J]. 中国卫生人才,2014,6(6):20-21.

[12] 许刚. 政府监管下的三级医院与社区卫生服务机构互动研究[D]. 上海:上海师范大学,2014.

[13] 王利红,殷涛,肖峰,等. 社区卫生适宜技术试点区卫生工作人员培训情况及工作相关满意度调查[J]. 中国全科医学教育 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.02.046

学,2011,14(19):2139-2141.

[14] 贺丽芳,沈建通,沈旭慧,等. 我国卫生适宜技术推广应用效果的系统评价[J]. 中国循证医学杂志,2015,15(11): 1265-1272.

[15] 王海银,金春林,张天晔. 上海市社区卫生服务中心临床医务人员卫生适宜技术认知和需求情况调查[J]. 中国全科医学,2013,16(28):3382-3384,3387.

[16] 苏兴鲁. 远程医疗会诊系统的分析与应用[J]. 电子技术与软件工程,2015,4(11):92.

[17] 程跃华,刘子锋,王宇. 我国医联体构建模式分析及政策建议[J]. 医学与法学,2015,7(5):67-69.

[18] 潘湛,许冬武,朱雪波,等. 全科医学本科社区实践基地研究与实践[J]. 社区医学杂志,2015,13(9):32-34.

(收稿日期:2016-04-18 修回日期:2016-09-26)

基于内容分析法的国内医学高仿真模拟教学的研究*

耿 敬

(长江大学医学院护理系,湖北荆州 434023)

[中图分类号] R471 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8348(2017)02-0276-04

随着现代医学观念的转变,患者及家属的期望值不断提高,鉴于临床环境的复杂性及对患者的安全、伦理考虑,临床实习医院减少了医学生实习期间的实践操作机会^[1-2]。这一矛盾的转变对传统医学教育方式提出了很大挑战,医学教育者们也在不断探索新的教学方法。其中,高仿真模拟教学采用计算机模拟系统控制,通过皮肤接触、录音发声、器官功能及人体系统的仿真技术模拟人体生命体征、病理特征、临床病例和情景,继而进行临床教学和实践教学,同时为学生提供一个可控的、无风险的环境^[3-5]。近十年,国内高仿真模拟教学和实践得到了迅速发展,了解我国高仿真模拟教学的研究现状,对医学教育者具有现实意义。本研究采用内容分析法,对国内医学高仿真模拟教学研究进行文献分析,以期描述医学高仿真模拟教学的研究现状及存在问题,为医学教育者教学及科研提供借鉴。

1 资料与方法

1.1 资料收集 在中国生物医学文献数据库、中文期刊全文数据库、万方数据库和维普数据库,以检索时间 2005 年 1 至 10 月,关键词为“高仿真模拟教学”OR“高级模拟人”OR“智能仿真模拟人”OR“高仿真综合模拟人”AND“医学”OR“医学生”OR“医务人员”检索公开发表中文文献。文献检索步骤:(1)在中国生物医学文献数据库检索文献,对所获文献标题、摘要及关键词进行分析,以进一步确定文献检索的关键词;(2)进行上述四大数据库检索,进行文献的初步纳入;(3)对所阅文献的参考文献进一步检索。文献纳入标准:(1)研究文献;(2)以医学生、医务工作者、医学教师为主要研究对象;(3)以高仿真模拟教学为主要研究内容。排除标准:(1)学位论文;(2)综述;(3)经验总结;(4)重复发表;(5)无法获取全文。

1.2 资料提取 利用 NoteExpress 3.1 软件管理文献,并对纳入研究分别提取以下内容:文献题目、发表时间、作者、研究

类型、研究领域、研究对象、研究内容。

1.3 文献质量评价 依据澳大利亚 JBI 循证卫生保健中心对实验性研究和类实验性研究、非实验性研究、质性研究、系统评价的真实性评价标准(2008)利用 Review Manager 5.3 软件对纳入研究进行质量评价。为避免评价者的主观性,本研究由两位经过正规循证护理培训的护理教师进行质量评价,两人同时对一篇文献进行独立评价,出现意见分歧时,共同讨论进行解决。

2 结 果

2.1 文献筛选流程及结果 检索相关文献,通过阅读题目及摘要剔除学位论文综述、总结类文献,进一步筛选摘要获取全文,根据纳入标准纳入所需文献,见图 1。

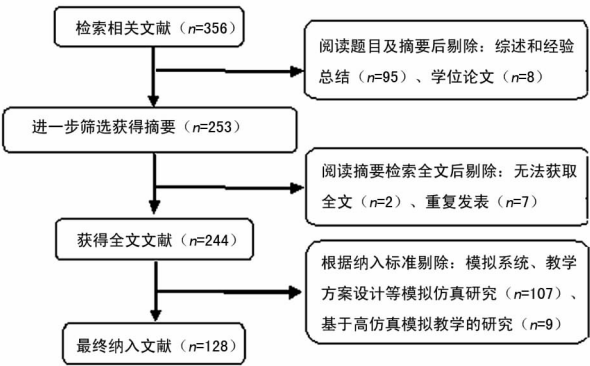


图 1 文献筛选流程图

2.2 纳入研究发表时间 已发表的相关研究数量逐年呈上升趋势,见图 2。

2.3 纳入文献基本资料 对纳入文献的研究领域、研究对象、研究类型、研究内容进行统计对比分析,见表 1。

* 基金项目:湖北省教育厅人文社会科学研究项目(16Q074)。 作者简介:耿敬(1989—),助教,硕士,主要从事护理教育方面研究。