·继续医学教育·

县域医共体下社区医院全科医生模块化培训的实践研究

孔华俊　应争先　汪莉　厉伟民　胡汝云
东阳市人民医院教学部，东阳　322100
通信作者：汪莉，Email：dyyykhj@163.com

【摘要】 为提升全科医生的业务水平和服务能力，本研究以县域医共体社区医疗机构的需求为导向，通过15个模块的小班化培训，每周开设2个班，每个班培训时间为1周。培训采用“2+5”模式，即2天理论教学与病例讨论、5天床旁教学。培训后进行理论考试、病例汇报和客观临床结构化考核，成绩均合格者，颁发合格证并给予相应的奖励。结果表明，培训后学员后测成绩较前测均有明显提升，合格率由18.4%提升到85.9%。该培训模式可在更广的范围内推广，但应注意需根据各地实际适当调整，相关部门和医院要给予充分的支持。

【关键词】 医共体；　全科医生；　模块化培训
【中图分类号】 R19
基金项目：浙江省基层卫生软科学研究课题；金华市科学技术研究计划项目（2021-4-145）
DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20201111-01191

Practical study on modular training of general practitioner in community hospitals under county medical community

Kong Huajun, Ying Zhengxian, Wang Li, Li Weimin, Hu Ruyun
Department of Teaching, Dongyang People's Hospital, Dongyang 322100, China
Corresponding author: Wang Li, Email: dyyykhj@163.com

【Abstract】 In order to improve the professional level and service ability of general practitioners, this study is guided by the needs of community medical institutions in the county medical communities. Two small-class training of 15 modules were carried out for a week, taking "2+5" training mode, including 2 days of theoretical teaching and case discussion, and 5 days of bedside teaching. After the training, the theoretical examination, case report and objective clinical structured examination were carried out. Those who passed the examination were issued a certificate of qualification and given corresponding rewards. The results showed that the post-test scores of trainees after training were significantly improved compared with the pre-test scores, and the qualification rate increased from 18.4% to 85.9%. This training mode can be promoted in a wider range, but it should be adjusted appropriately according to the actual situation in various places, and the relevant departments and hospitals should give full support.

【Key words】 Medical community;　General practitioner;　Modular training
Fund program: Zhejiang Primary Health Soft Science Research Project; Jinhua Science and Technology Research Project (2021-4-145)
DOI: 10.3760/cma.j.cn116021-20201111-01191

全科医生是社区医疗的主要实施者，是社区卫生服务的中坚力量，也是初级卫生保健的最佳提供者。目前，综合医疗机构患者较多，而基层社区医疗机构患者普遍较少。造成这一现象有诸多原因，可能的原因包括以下几个方面：一是现有的社区卫生服务人员在知识结构与能力上有一定的缺陷，知识普遍陈旧；二是接受再教育的机会较少，缺少培训的途径；三是培训经费不足，缺乏激励机制；四是人才流失问题较为突出等。

目前全科医生培训主要有以下几种方式：一是全科医生岗位培训。二是全科医生转岗培训，在我国现有的全科医生队伍中，仍以转岗培训为主[1]。

三是全科医生规范化培训。通过规范化培训，培养向个人、家庭与社区提供医疗、预防、保健等的基层卫生服务，达到全科医师任职资格标准，成为社区卫生服务团队的学科骨干。

通过分析发现，继续医学教育在其他医学专科领域能够获得较好的人才教育、技术推广、促进科研创新的效果，而在全科医学领域则存在三点较为重要的问题：其一，继续医学教育的“学工矛盾”[2]；其二，继续医学教育的内容与理念缺乏全科特征[3]；其三，继续医学教育的形式与全科医生的需求不符[4]。目前的继续医学教育仍以课堂理论授课为主，缺乏互动性和实践性，培训时间过长。根据社区全科医生执业后面临的工作内容（即常见病/多发病的诊疗服务、以家庭为中心的健康管理服务、科教研工作等），以及现有研究对全科医生岗位胜任力的描述，全科医生的能力评价需至少包含临床理论知识与技能、患者管理与资源配置能力、科研教学和持续学习能力、人文素养。

1　东阳市医共体全科医生模块化培训方案

培训对象包括全市社区医疗机构全科医生。

1.1　培训内容

培训的内容目前主要包括了循环系统、呼吸系统、内分泌系统、消化系统、急救技术及心电图、影像学等7方面的15个模块（表1）。

1.2　培训方法

“模块化培训”实行小班制，每个班最多10位学员。每周开设2个不同的班，每个班培训的内容不同，但时间均为一周，分为9次培训。培训采用“2+5”模式，即2天的理论教学与病例讨论、5天的临床教学（40 min/学时，8学时/d）。

1.3　考核方式及指标

考核是检验培训效果的重要手段，培训考核采用三段式考核，即课程前测、课程后测与阶段考核。培训前测的目的是了解学员对培训内容的认识程度，但前测成绩仅做参考，不纳入总成绩。课程后测考核内容为科室组织的以病例为基础的讨论（case based discuss，CBD）汇报评分（由教师指定培训内容相应的病例，学员根据病例的实际进行汇报，教师根据汇报的情况打分）（表2）。培训中心组织理论考试及阶段考核，其中阶段考核以客观结构化临床考试（objective structured clinical examination，OSCE）方式进行，一般放在培训结束后1~2个月进行，每个模块的OSCE各设置了5个站，学员需经过所有站点的考核（表3）。

表1　模块化培训内容

班次	培训系统	培训模块	目标	学时数		
				理论上课	病例讨论	临床实践
1	循环系统	1.胸痛的鉴别诊断	熟练评估常见胸痛的风险并进行规范管理，能识别危急症胸痛并给予适当的处理并及时转诊	8	8	40
2	循环系统	2.心功能不全的诊治与管理	提高对急慢性心衰的认识水平和规范诊治，及时合理双向转诊	8	8	40
3	循环系统	3.高血压病的诊疗与管理	对高血压患者进行熟练的风险评估并行规范管理，并能及时识别高血压重症患者，及时转诊	8	8	40
4	呼吸系统	4.慢性阻塞性肺疾病的诊治与管理	掌握慢性阻塞性肺疾与哮喘的诊断及鉴别诊断、急性发作的处理	4	4	20
		5.支气管哮喘的诊治与管理		4	4	20
5	内分泌系统	6.糖尿病的诊治与管理	能对糖尿病患者进行熟练的风险评估并行规范管理，并能及时识别糖尿病重症患者，及时转诊并做好社区随访与管理	8	8	40
6	消化系统	7.消化道出血的诊治	能及时识别消化道出血的高危患者及腹痛的诊断与鉴别诊断，给予适当的紧急处理并及时转诊	4	4	20
		8.腹痛待查		4	4	20
7	神经系统	9.急性脑梗的诊断与处置	能够识别急性脑梗与脑出血，给予适当的紧急处理并及时转诊	4	4	20
		10.脑出血的早期诊断与处置		4	4	20
8	急救系统	11.基础生命支持与气道异物梗阻、溺水的紧急救治	熟悉中毒的临床表现和治疗方法，特效解毒药物的使用；掌握气道异物梗阻的临床表现和急救技术	2	2	10
		12.常见中毒的急救		2	2	10
		13.病情初步评估及风险识别		4	4	20
9	医技系统	14.心电图的标准采集和简单判读	对常见的心电图及影像学进行判读	6	2	20
		15.常见病的影像学诊断能力		6	2	20

1.4　激励措施

学员模块培训后 3 项考核（CBD、理论考核、OSCE）成绩合格的，将由医共体管理中心办公室颁发培训合格证，每一本证每位学员每月可增加工资 50 元。同时，将各医疗机构的参训率与通过率纳入单位年终考核指标。

2　初步考核结果

2018 年 3 月至 2019 年 12 月参加模块培训的共计 1 428 人次。结果显示，2018 至 2019 年参训学员后测成绩较前测提升明显。在 1 428 人次学员中，通过前测的学员只有 263 人次，合格率 18.4%；通过模块培训后，3 项成绩都合格的有 1 226 人次，占 85.9%。培训前后通过率不同，差异有统计学意义（表 4）。由此可见，通过培训，受训学员对相关疾病的认识和考核成绩均有明显提升，培训取得了一定的成效。

①提升了基层全科医生的业务水平，探索出了一条以社区医院业务需求为导向的医生培训与培养机制。通过培训，全科医生对各类常见病和慢性病有了深度的了解。在过往工作中，全科医生对于单一病种的全阶段接触机会少，对于疾病的转化过程缺乏了解。在本次培训模块的集中教学中，全科医生能实际见到单一病种的多个阶段，通过学习对病情各个阶段都有一个预判，最重要的是学习到了如何判断病人的病情阶段和稳定期病人的后续管理。

②通过对全员胸痛、卒中等相关内容的培训，

表 2　CBD 汇报评估表

评估项目	未达预期标准			符合预期标准			高于预期标准		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
病史概括：概括清楚；与临床问题相符；能清楚展现有效且适切的医疗照护									
临床评估：了解病患求诊的原因与病程；依据适当的提问和身体检查辅助完成临床评估									
检查转介：讨论检查和需要转介的根本原因；了解为什么安排或进行诊断性检查，且了解针对不同的诊断相关的检查会有的风险与效益									
初步治疗：讨论治疗的根本原因及其风险与效益									
社区管理要求：讨论拟定医疗处置计划后的社区管理要求									
专业素养：讨论如何进行病人照护并翔实记录，展现尊重、同情、同理和建立信任感；讨论病患对舒适、尊重、保密性的需求									
整体照护：依据上述问题层面做出全面性的判断									

表 3　OSCE 阶段考核方式

内容	站点设置	考核时间	考官人数	评分标准
非慢病	①病史采集；②体格检查；③诊断与治疗；④评估；⑤社区管理	7 min/站（1 min 审题，6 min 答题）	每站 1 位考官，为保证一致性，中途不换考官	每个模块统一评分表，评分细则一致
慢病	①病史采集与简要查体；②诊断与鉴别诊断；③评估；④社区管理之药物管理；⑤社区管理之非药物管理			

表 4　2018 至 2019 年各模块培训前测与后测考核、合格情况

序号	培训模块	参训人数	前测成绩			后测成绩合格人数			
			理论成绩	合格人数	合格率（%）	CBD（40%）+理论（60%）	OSCE	合格人数	合格率（%）
1	胸痛	108	46.6	18	16.7	101	99	98	90.1
2	心功能不全	113	43.2	22	19.5	103	92	92	81.4
3	高血压	183	52.1	34	18.6	173	150	149	80.9
4	脑梗与脑出血	163	38.9	24	14.7	149	138	138	84.7
5	消化道出血与腹痛待查	153	40.4	31	20.3	142	131	128	83.7
6	糖尿病	179	54.5	39	21.8	171	159	159	88.8
7	慢性阻塞性肺疾病与支气管哮喘	185	52.6	42	13.9	178	165	164	88.7
8	急救系统	173	42.9	24	13.9	166	143	139	80.3
9	放射与心电图	171	40.7	29	16.9	159	159	159	92.9

提升了胸痛、卒中患者从进医院大门到球囊扩张开通血管（Door-to-Balloom tims，D-to-B）90 min达成率，2018年区域内急性心梗患者的D-to-B 90 min达成率提高到了75.0%（26/35）。

③加强了社区全科医生与综合医院专科医生之间的相互联系与沟通，组建了慢病管理团队。为上下级医院的“双向转诊”搭建了一个沟通平台，并组建了覆盖全市的慢病管理团队及胸痛中心、卒中中心，组建了市级医院专科医生和基层卫生院全科医生的慢病管理团队，统一了相关药品，建立了慢病长处方制度。

④取得了较好的社会影响力。根据省卫健委委托的调研数据显示，该市基层医疗机构的群众满意度从之前的77.5%（2.8万/3.61万）提升到2018年的91.7%（3.63万/3.96万）。目前，多个地区的全科医生来本市学习了该套基层医生的培训方法。同时，该培训模式获得了浙江省副省长批示，值得各地学习。

⑤强化了常见病、慢性病的健康宣教能力。通过对多种常见病、慢性病的深度学习，也有利于全科医生在今后的工作中更好地开展健康宣教工作。培训过程中，将疾病的病情评估、紧急处理等作为培训重点，使学员对各病种的紧急处理能力有了一定的提升。

3　讨论

3.1　全科医生的多层次、多渠道培养问题

社区卫生技术人员的培训，特别是服务能力培训是提升能力与技能的最关键的方法[5]。针对目前全科培训现状，多数社区医生建议，医务人员的全科培训应结合实际情况，以分批进行、半脱产培训、适当延长培训时间、进行系统化培训为好，在培训方法中应增加一些案例讨论。根据该培训方案，模块化病种的培训，不同于上大课与规培及进修，该培训实行“小班化”培训，以半脱产、多批次并结合临床与案例讨论的方式进行。培训内容基本覆盖社区大部分常见病种。不需要长期脱产，不仅利于学员“学后用”，也利于医院人员安排，同时也能在较多的时间内有较大的覆盖面。

3.2　全科医生培训补偿机制

在现有全科医生薪酬水平普遍不高的情况下，通过推进基层薪酬制度改革，提高全科医生薪酬水平。通过设立全科医生津贴政策，以及签约服务费向家庭医生倾斜等政策，来提高全科医生薪酬水平[6]。该市在成立市医共体管理中心时，经市医共体管理委员会批准，由市财政每年拨付200万元培训教学经费。在制定培训方案时，充分考虑了如何保障教师教学的积极性及学员学习的主动性。经医共体管理中心审核批准，对于利用休息时间授课的教师给予一定的补贴，对于临床带教和科室带教给予一定的补贴。学员方面，经过培训中心组织的各项考核拿到合格证，由单位给予每本证50元/月的补贴，若学员通过所有培训和考核，每月可增加工资约450~500元；同时根据医共体管理中心的规定，学员外出培训期间按医院公差予以补贴。这样既保障了教师教学的积极性，又保障了学员学习的主动性。

3.3　本模式建立了以社区医院业务需求为导向的医生培训与培养机制

以业务需求为导向的人才培训与培养机制，要求培训内容应符合社区应用情境，满足社区全科医生能力培养需求，同时确保培训形式切实可行。在后期的培训中，要大力扩展培训内容的覆盖范围，以“缺什么、补什么”为原则，合理安排教学和实践内容，完善全科医生知识结构，填补其技能短板[7]。

利益冲突　所有作者声明无利益冲突

作者贡献声明　孔华俊、应争先：提出论文构思、撰写论文；汪莉：数据统计；厉伟民：审订论文；胡汝云：培训指导

参考文献

[1] 教育部. 教育部对十三届全国人大一次会议第 2694 号建议的答复[EB/OL].（2018-09-20）[2020-04-01]. http://www.moe.gov.cn/jyb_xxgk/xxgk_jyta/jyta_gaojiaosi/201812/t20181229_365467.html.

[2] 陆慧，王建明，尤华，等. 基于胜任力的社区卫技人员继续医学教育发展策略研究[J]. 继续教育，2017，31（3）：21-23. DOI: 10.3969/j.issn.1006-9720.2017.03.007.

[3] 钱义明，郭健，钱风华，等. 全科医师临床思维训练的探讨[J]. 上海医药，2015（1）：62-64.

[4] 王潜，左君丽，顾政平，等. 社区在职全科医生继续医学教育现况[J]. 解放军医院管理杂志，2019，26（4）：381-385. DOI: 10.16770/J.cnki.1008-9985.2019.04.024.

[5] 安康，苏巧俐，徐娇，等. 紧密型医联体内社区卫生服务中心全科医生医疗能力培训教学需求分析[J]. 中国全科医学，2020，23（22）：2825-2830. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.387.

[6] 秦江梅，李思思，林春梅，等. 我国全科医生培养与使用激励机制改革进展及发展策略[J]. 中国全科医学，2020，23（19）：2351-2358. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2020.00.379.

[7] 刘璐璐，张绍群，龚放. 重庆市全科医生培训现状及策略建议[J]. 中国全科医学，2017，20（1）：89-94. DOI: 10.3969/j.issn.1007-9572.2017.01.019.

（收稿日期：2020-11-11）
（本文编辑：唐宗顺）