

“三位一体”模式下的全科医学人才培养

徐志杰 蔡博宇 戚麟 邱松楠 李密 李群 徐青松

全科医学是一个服务于社区与家庭,整合临床医学、预防医学、康复医学以及人文社会学科等多专业内容于一体的综合性医学专业学科^[1],它既包含了其他学科在医学专业知识和技能上的共性,更具有自身学科专业体系和服务模式的特性。因此,在着眼于全科医学的学科发展,特别是学科发展的核心——全科医学人才的培养时,应当注意兼顾学科的两大大特性。全科医学人才培养的“三位一体”模式旨在突破我国当前全科医学事业发展的瓶颈期,为推动全科医疗服务创新思路。

1 全科医学人才培养的“三位一体”模式

1.1 全科医学传统教育模式

我国的传统医学教育将医学教学分为两个阶段,即医学生毕业前在医学院校内接受的教育阶段(包括课堂理论教育和临床实习),与毕业后在具有资质的临床教学基地接受的执业医师规范化培训阶段。我国的继续医学教育在第一阶段,临床医学专业所使用的全科医学方面的教材大多为学科概论或导论,例如《全科医学概论》(杨秉辉主编)、《全科医学导论》(路孝琴主编)和《中西医全科医学导论》(姜建国主编)等,内容涉及医患沟通技巧、社区预防与保健、社区卫生服务管理等多方面内容。部分院校还采取了双语教学、以问题为导向的教学、社区医院见习等多样化的教学形式;在第二阶段,我国各临床教学基地大部分均按照《全科医生规范化培养标准(试行)》(2012年)和《住院医师规范化培训管理办法(试行)》(2014年)及相关指导意见等文件要求对全科

医生进行毕业后规范化培训,并将原卫生部专家于2011年编写的《全科医生转岗培训系列教材》作为理论知识传授和考核的主要依据。学员完成规范化培训任务并通过考核后方可获得执业行医的资格。传统的全科医学教育模式尽管在教学内容和形式上都表现出了对全科医学专业的倾向性,但其与普通临床医学专科教育模式并无本质上的差别,医学院校与教学医院的医学存在脱节,且教学内容基本由专科医学拼合而成,故传统全科医学教育模式下培养出的人才自身难以具备全科医疗服务模式创新的能力。

1.2 全科医学“三位一体”培养模式

全科医学“三位一体”培养模式以培育能够适应和推动新时代全科医疗服务的生力军为最终目的,通过协调医学院校教育、临床岗位培训和社会职业引导三个不同层面上的学科发展资源,保证全科医学人才的职业特色可以满足社区居民多元化的医疗服务需求,从而得到全社会和政府的充分重视和支持。全科医学人才培养的“三位一体”模式关系见图1。

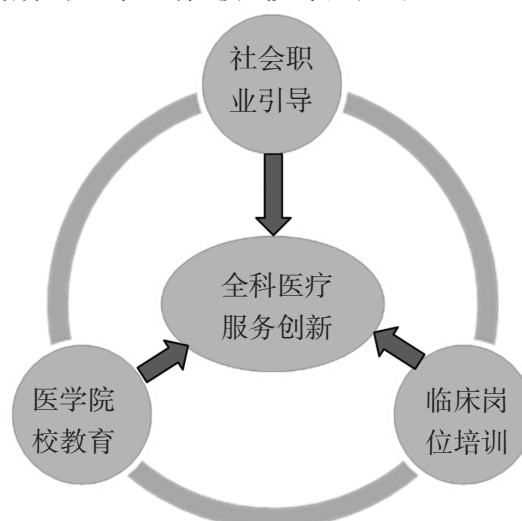


图1 全科医学人才培养的“三位一体”模式关系图

由图1可见,“三位一体”培养模式相较于传统模式有两个鲜明的特点:一是将社会职业引导纳入培

DOI: 10.13558/j.cnki.issn1672-3686.2017.01.001

基金项目:第二军医大学“大学生创新能力培养”项目(MS2016039)

作者单位:200433 上海,第二军医大学学员旅(徐志杰、蔡博宇、戚麟),海医系(邱松楠),训练部(李密、李群),人文社科部(徐青松)

通讯作者:李密,Email:smmu.limi@163.com

养的理念体系之中;二是将其与医学院校教育和临床岗位培训形成三方互联的格局,共同为我国全科医疗服务能力的整体提升开发和补充优质人力资源。所谓社会职业引导是指当前存在于社会上的与全科医学学科专业及服务有着潜在关联的各类营利或非营利性机构,如城市养老院、体检中心、移动医疗平台服务商或智能穿戴式设备生产商等,因其行业服务发展需要而对全科医学人才的业务能力提供引导性提升支持的培养方式。由于社会职业引导能够凸显全科医学人才的业务特色,满足社会多元化的医疗服务需求,故其在体系的三个部分中应当享有与其他两部分同等重要的地位。

2 我国全科医学人才培养的困境和思考

2.1 人才培养投入欠缺 全科医学被引入我国医学教育体系已有20余年的历史,随着经济社会的发展和医疗水平的飞跃,带动了社会医疗服务需求的快速增长,全科医学的地位逐渐得到了国家和社会的认可和重视。近年来,各级政府相继出台的相关全科医学的文件数量和分量有了明显的增加,在全国范围内先后建立起了一批全科医生规范化培训临床基地、全科医学硕博士站点和全科医学专业科室等机构和部门。但不容否认的是,由于我国全科医学的发展还处于初级阶段,加之受医疗卫生资源增长和分布严重失衡的大环境影响,一些地方、部门和单位对全科医学人才培养在软件和硬件上的支持力度仍显不足。例如,在我国招收临床医学专业的130余所医学院校中,到2010年底开设全科医学相关课程的只有63所,其中开展社区实践的12所院校平均实践时间仅为4学时^[1]。

全科医学人才培养投入的欠缺还来源于医疗卫生资源人为分配的偏向性。我国大型医院不断进行床位扩张、中等医院致力于“创三甲”,可看出效益越高的单位可以争取到更多医疗资源投入;基层卫生医疗机构多由于医疗设备单一简陋,服务水平低下,其规模和效益增长缓慢,即便是受国家行政手段的刺激取得了一定的进步,但对机构和全科医学人才培养的投入仍远低于预期。因此,要从源头上改变投入欠缺的困境,仅寄希望于中央和各级地方卫生财政拨款比例倾斜是不够的,基层卫生医疗机构务必提高自我发展意识,强化业务服务能力;但这并不意味着可以无节制地扩张机构规模、吸引专家坐诊等手段与大型医院展开同质化的竞争,而应当通过全科医疗服务创新,提升初级卫生保健水

平,解决大医院无法解决的问题来实现自身效益的增长,最终自下而上地解决全科医学人才培养投入不足的问题。

2.2 全科师资队伍薄弱 原卫生部于2012年发布的《全科医学师资培训实施意见(试行)》要求,各类全科医学人才培训师资(包括医学院校内的基础理论师资和教学医院的临床实践师资)总数在“十二五”期间达到6万人,其中基层实践培训师资不少于2万人,且培训人员应符合相应的临床实践师资纳入标准^[2]。但从实践来看,目前我国全科医学人才培养师资队伍在建设过程中还存在多个方面的问题。①师资数量相对不足:我国培训合格的全科医生截至2014年年底已有17.3万人,但要实现到2020年每万名城乡居民有2~3名合格全科医生的目标,还缺13万人,即每年至少需培养2.6万人^[3],对全科医学师资数量是一个极大的挑战。②师资质量把关不严:绝大部分规范化培训临床基地没有建立带教师资的教学能力考核和激励制度,更从未对其开展相关内容的专项培训,导致带教师资的培训主要个人经验式的带教方式为主,带教内容也很可能与全科医学无关^[4]。③师资专业偏离全科需要:我国全科医学临床基地师资队伍主要由综合医院的专科医生构成,虽然其可能具有较为丰富的本学科专业的临床经验,但缺乏全科医学内交叉专业基础知识和思维方法,如同让内科医生从事外科规培带教工作,无法指引全科医学生胜任复杂的基层医疗服务岗位。

由于综合医院的临床专科医生占据了全科医学人才规范化培训的主导地位,全科医学在基层得到创造性发展的可能性并不大。全科医学走出这一困境可从两个方面入手。首先,从全科医学与医学专科共性的角度考虑,应明确临床专科医生在全科医学人才规范化培训中扮演的角色。全科医疗服务的基础是临床诊疗,各临床专科医生应利用有限的规培轮转期将本学科最基本、最实用的临床技能和临床思维传授给全科规培学员,严抓学员临床诊疗业务水平,为培训质量负起责任。从全科医学的个性的角度考虑,应扩充全科医学人才规范化培训的队伍。全科医学作为一个满足社区居民在生理和精神上多层次需求的综合性学科,其实施必然离不开一个协作的团队和一套成熟的模式,因而心理医师、营养师、康复医师、药剂师和社工等多方面的人才都可以且应当被纳入全科医学人才培养的师资队伍之中,通过合理的培训机制设计突显全科医学

特色,以此为全科医疗服务注入创新潜力。

2.3 全科培训体制不成熟 我国全科医师培养体制采取的是“5+3”模式。从社会管理创新角度看,全科医师培养的“5+3”模式借鉴了国外家庭医生培养体系的经验,有利于保证医师执业后业务能力的标准化。然而该模式在现阶段与我国社会经济和基层卫生事业发展的现状尚存在诸多矛盾和冲突^[1],政府对全科医生执业水平的高要求与对学科发展平台的低投入,导致全科医师职业思想不稳定,人员对职业的认可度偏低。《2015年中国卫生统计年鉴》的显示,中国卫生技术人员在2009~2014年期间增加了167.6万,其中基层卫生技术人员仅占16.8%。同时,2014年我国培养全科医生共计15万人,但实际执业医师注册率不足33%,而全科医生规范化培训人数招不满的现象亦时有发生^[2]。

目前全科医生“5+3”的培养模式在社会上还存有争议,但关注点主要放在了激励方式和力度方面。事实上,全科医疗服务是满足社区初级卫生保健需求的核心,与此相对应,全科医学人才培养主要平台也应为基层卫生医疗机构,而平台建设的不完善才是全科医生流失严重的根源。相比于接受培训期间所获得的规培补贴额度,多数学员实际上更看重自己所能接触到的业务技术含量以及所选专业的职业发展前景^[3]。在2015年国务院办公厅印发的《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》中提出的“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”十六字方针^[4],已不再将基层卫生医疗机构看作是一个孤立的个体,而是鼓励其与综合专科医院共同搭建临床诊疗平台。在此基础上,为更好地满足社会多样化的医疗服务需求,基层卫生医疗机构还应当进一步地从社会上积极寻找可合作共赢的资源,与其共同搭建社区的初级卫生保健平台。因此,全科医学人才培养体制也应当在时限和形式上突破理论教育和科室轮转的单一模式,而更加关注与新平台资源的对接,将全科医学人才的社会职业引导培养贯穿于人才成长的始终。

3 全科医学人才培养推动服务创新的途径

3.1 医学院校教育 医学院校开展全科医学教育所建立的教学体系为更好地适应全科医学发展的需要,应对课程内容和学时安排做出一系列的调整。由于全科医学的服务者与被服务者之间的关系较普通的医患关系要复杂的多,涉及到更多的人文与社会方面的要素,因而全科医学的教学学科体系

不仅要涵盖解剖学、生理学等基础医学学科内科学、外科学等临床医学学科,还应当让全科学员充分接触医学伦理学、卫生法学等医学人文学科以及医学心理学、健康教育等医学相关的人文社会科学,扩充学员对全科医学的职业认识。在教学实践方面,应更新全科医学实用教材,倾向于采用以案例和问题为中心的教学方式,同时大幅增加社区实践学时,将全科医学复杂的学科专业知识融汇于实践操作之中。通过全科医学学科体系改革,在保证医学生拥有充足的临床知识储备与合格的技能外,更促使其心理上和观念上的成熟,为其在未来岗位上的业务能力和创新潜力做好必要的铺垫。

3.2 临床岗位培训 临床岗位培训阶段作为全科医学人才培养的关键,起到承上启下的作用,因此,对其培训内容的质量应予以重视^[5]。一方面要保证全科医学规范化培训的临床带教水平,尽可能地缩小全科医生与专科医生在临床思维与技能上的差距。在全国范围内组建一支拥有丰富全科医疗服务经历和背景的专业团队,研究和制定出适合我国国情的培训体系与考评标准,并为岗位培训输送更多专业的培训人才。由于岗位培训项目内容繁多,培训应为学员提供足量的医疗服务实践,并落实好带教负责制。另一方面应开发全科医学学员在人文社会科学方面的潜力,拓展其全科医疗业务能力和范围。总之,真正能够全面满足社会多元化初级卫生保健水平需求的全科医疗服务实际应由一个全科医疗团队来承担。但在当前大部分地区基层医疗卫生机构上岗人员数量严重不足的情况下,培养全科医学人才的业务范围可以适当拓宽,尤其是应当重视培养慢性病管理、健康体检咨询和健康教育等在全科医学较为发达的国家中核心的家庭医疗服务项目,使其初步具备适应全科医疗服务创新的理念与能力。

3.3 社会职业引导 全科医学是与社会相互作用的学科体系,其衍生出来的服务形式很大程度上可以受到社会上新理念、新技术、新服务的影响^[6],故社会职业引导可以直接推动全科医学人才从事创新型全科医疗服务。例如,在“互联网+”的浪潮席卷下,移动医疗成为了卫生行业内的一颗新星,受到了社会资本与技术的青睐^[7],因而全科医学人才可以主动学习如何应用移动医疗技术开展健康宣教和慢病管理等项目,利用其所在的基础卫生医疗机构提供的平台开发出更便捷、更高效的全科医疗服务

务。在这一过程中,地方卫生主管部门应当贯彻近年来国家发布的强化基层医疗服务的相关文件的精神,重视技术和服务创新在这一事业发展中的重要地位,为社会职业引导提升全科医学人才业务水平和促进全科医疗服务创新制定详细而可行的指导和实施意见。对全科医学人才的社会职业引导要顺应社会发展趋势,积极将社会资源中优质的新理念、新技术应用引导到全科医疗服务实践中,更新全科医学的服务特色。全科医学人才“三位一体”式能力培养的关系和结构见图2。

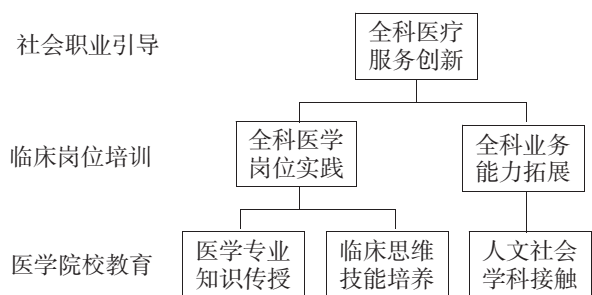


图2 全科医学人才“三位一体”式能力培养结构图

4 结语

全科医学在我国发展时日尚短,完善全科医学人才培养和全科医疗服务创新机制还需要相当长一段时间的摸索。人才培养是为了满足行业服务的需要,在当前我国大力推动分级诊疗体制的背景下,全科医学人才的培养目标即是使其具备适应分级诊疗所要求的综合业务能力与特色,以此获得社会和政府的认可。由于培养阶段的相对独立性,传统全科医学的教育模式难以实现这一目标。因此,要将医学院校教育、临床岗位培训和社会职业引导

“三位一体”相互联系,将能力培养贯穿于全科医学人才职业道路的全程,共同致力于全科医疗服务创新的推动,使全科医学和全科医学人才的地位足以与其他医学专科和专科医师比肩,最终缓解社会日益增长的多元化的医疗服务需求与供给之间的矛盾,重新构建良性的医疗服务秩序。

参考文献

- 1 方力争,李鲁,周亚夫.全科医学学科发展研究[M].北京:中国科学技术协会,2014.3-22.
- 2 陆宇. 中国全科医生缺口18万,收入仅为专科医生一半[EB/OL].<http://finance.sina.com.cn/chanjing/cyxw/20150908/023423180987.shtml>. 2015-09-08/2016-10-03.
- 3 佚名. 我国十二五期间将培训全科医学师资6万人[J]. 中国社区医师,2013,21(6):45.
- 4 郭爱民.“全科医生”的三个认识误区[J].时事报告,2011,8(28):55.
- 5 徐青松. 完善我国全科医学住院医师培养模式的思考[J]. 中国卫生法制,2015,21(1):3-6.
- 6 陈淑玲.全科医生现状调查与培训需求分析[D].山东:青岛大学,2015.
- 7 张婷,顾晓玲,王栋,等.分级诊疗形势下加强医院文化建设的思考[J].中国药物与临床,2016,16(4):593-595.
- 8 葛松林,陈融,王青青,等. 住院医师规范化培训新型模式的探索[J].全科医学临床与教育,2005,3(1):29-31.
- 9 肖纯凌. 适应社会需求, 加快基层全科医学人才培养[J]. 中国高等教育,2011,19(10):32-33.
- 10 尹君,冯伟,姚梅梅,等.远程移动医疗协同系统在社区卫生服务中心应用中遇到的问题及对策[J].社区医学杂志,2016,14(10):76-77.

(收稿日期 2016-12-17)

(本文编辑 蔡华波)

欢迎投稿

欢迎征订