



# 依托老年医学科进行全科医师规范化培训的探索

张晓宇, 卢 妙

南京医科大学第一附属医院老年心血管科, 江苏 南京 210009

**摘要:**根据我国全科医生培养的现状、全科医学和老年医学的学科共性,分析依托老年医学科进行全科医师规范化培训的优势和必要性,着重介绍在三甲综合医院内以老年医学科为主要培训基地进行全科医师规范化培训的工作实践,探索了“社区—门诊—病房”三维教学、专科一对一和全程导师制带教的模式,同时采取多种考核机制综合评估培训效果,全面提升了在培全科医师的能力素质,分析目前依托老年医学科进行全科医师规范化培训存在的问题,为全科医师规范化培训模式改革提供思路。

**关键词:**规范化培训;全科医师;老年医学

中图分类号:G642

文献标志码:A

文章编号:1671-0479(2019)02-166-003

doi:10.7655/NYDXBSS20190220

全科医生又称家庭医生,是公共健康服务的主要提供者。20世纪60年代兴起于欧美,是基层医疗服务质量的有效保障。在国外,全科医生占医生总数的30%~60%以上,卫生业务量占一半以上。1997年《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》中提出“加快发展全科医学,培养全科医生”的要求。从1999年卫生部颁布《全科医师规范化培训试行办法》至今,全科医师培训模式的探索已近20个年头,但目前合格的全科医生数量不足的问题仍突出存在<sup>[1]</sup>。2017年习近平总书记在十九大报告中要求加强全科医生队伍建设。提高基层社区卫生全科医师的整体水平,可以为建设健康中国提供有力的人才支撑。2018年国务院办公厅再次印发《关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的意见》,进一步用制度将全科医学教育改革落到实处。南京医科大学第一附属医院2014年被遴选为全国第一批全科医师规范化培训基地,经过不断摸索,已经形成了主要依托老年医学科进行全科医师规范化培训的模式,积累了一定的经验。

## 一、我国全科医生培养的现状

目前,我国全科医师规范化培训主要包括两种:①“5+3”全科执业医师培训,对象主要为5年制临

床医学或全科医学专业本科生,需要到全科基地培训33个月。②“3+2”全科执业助理医师培训,即3年制临床医学专科毕业生并已经在基层医疗机构进行全科医疗工作的医生,在全科基地培训2年。全科培训基地轮转结束后,还要到社区进行培训,培训结束后,进行理论考核和技能考核,考核均通过者由省(市)卫生管理部门颁发全科医师和全科助理医师培训合格证书。目前全科基地培训的主要模式同住院医师规范化培训一样,在综合性医院内各个专科进行轮转,但由于综合性医院专科均分科较细,专业性过强,很多常用的先进技术无法在基层卫生中心开展,与全科医学的培训目的不相符合,因此培训效果较差<sup>[2-4]</sup>,需要进行调整探索,以改变这些弊端,提高培训效果。

## 二、以老年医学为依托进行全科医师规范化培训

我国已经进入老龄化社会,2017年我国60岁以上老年人口数已达到2.02亿,预计2020年我国老年人口总数将达到2.48亿。目前我国老年医学无论是临床、教学还是科研都得到了迅速发展,以适应人口老龄化进展引起的卫生医疗需求增加。老年医学主要服务对象是老年患者,是集老年疾病的预防、保健和治疗于一体的新兴综合性学科。老年人

**基金项目:**江苏省卫生计生委科研课题“应用新型生物标志物结合超声心动图及NT-proBNP诊断老年射血分数保留心衰的研究”(BJ17017)

**收稿日期:**2018-12-18

**作者简介:**张晓宇(1979—),女,江苏大丰人,主治医师,博士,研究方向为老年心血管病,心律失常;卢妙(1978—),女,江苏南通人,副主任医师,研究方向为老年心血管病,通信作者。

机体免疫力、心理调节能力、社会适应能力等均有下降,任何微小的不利因素均会引起发病。因此随着人口老龄化的进展,社区医疗的主要服务人群也逐渐向老年倾斜。同其他专科疾病不同,老年疾病有其自身特点。①老年疾病的临床表现多不典型:老年人免疫力等下降,老年疾病的症状和体征常常并不典型,比如:临床常见的老年肺部感染,往往仅出现精神萎靡、食欲下降、全身乏力或意识障碍等症状。②多种疾病共存:老年患者常常多种疾病共存,互相影响,如肺部感染会诱发心力衰竭,而心衰后肺淤血又会加重肺部感染;老年患者常出现褥疮、深静脉血栓、精神异常、意识障碍、多器官功能障碍等。③合并心理疾病多:由于心理调节水平下降、离退休后失落感、空巢家庭缺乏温暖等多种原因,老年患者往往广泛存在心理疾病。而合并心理疾病又常常引发或促进疾病发生、发展。④老年疾病预后差:由于老年疾病大多病情复杂、病程进展快,所以老年疾病往往治疗效果不佳、预后不良、病死率高。这些临床特点都给全科医师带来很大挑战,与老年医学结合的规范化培训可以为全科医师提供适宜的诊疗思路、临床规范,早期发现并了解疾病的可能走向,给予恰当的干预措施,可以避免疾病进展造成预后不良,从而提高临床诊治水平和避免医疗风险<sup>[5]</sup>。

### 三、老年医学和全科医学学科共性

老年医学与全科医学在临床思维和治疗决策上有很多相似之处。①老年医学和全科医学都属于综合性很强、需要多个专业知识的学科,它不是单纯针对某一器官或疾病进行治疗处置的学科,需要考虑患者的整体情况和社会特征。因此更加强调医生诊疗思维和决策的全面性和整体性,对患者各系统功能进行整体综合评估,形成诊断,提出合理的诊疗计划。如此方能避免专科思维带来的误诊和漏诊等问题。②预防和保健都是全科医学和老年医学的重要工作内容,都需要定期开展体检,甄别出健康人群、重点人群和高危人群,建立健康档案,针对危害健康的危险因素,采用多种形式的卫生宣教,提高人群的健康意识和自我保健能力,防患于未然。③医患沟通中的人文精神是全科医学和老年医学中一项重要组成部分。根植于社区,服务于家庭是全科医学的主要特点,因此在医患沟通中充分发挥人文精神是全科医生能够为社区居民持续提供优良服务的关键,而老年医学由于老年人群的特点(老年人的认知、情绪、心理等问题),沟通过程中更需要注意人文关怀。因此老年医学学科中进行全科医师培训对于应对各种情况下的医患关系有很大益处。

### 四、全科医师规范化培训的初步探索

南京医科大学第一附属医院从2014年被评选为全国全科医师规范化培训基地,2015年被评为国家级示范基地,在培训的模式、方法,各种规范的细化方面做了很深入的研究。目前已经基本形成了依托老年医学科作为主要培训基地、“社区一门诊一病房”三维教学、专科一对一和全程导师制带教的模式,同时采取多种考核机制综合评估培训效果,积累了一定的经验。

#### (一)依托老年医学科作为主要培训基地

南京医科大学第一附属医院老年医学科是国内最早成立的老年专科,经过20多年的发展目前已拥有9个亚专科病区,囊括了内科学的绝大多数专科,年门诊量20余万人次,年住院患者8200余人次,经过资源整合、多学科协作,在老年慢病综合管理、老年急危重症的救治等方面打下了较好基础并具有较强的优势和特色。学科现有教授10人、博士生导师10人、硕士生导师10人,拥有省级全科规培带教师资证书的人员20余人,每年承担社会化和定向轮岗培训学员10~20名,充分保证了在老年科轮转的14个月内师资、学员1:1的配比。

#### (二)“社区一门诊一病房”三维教学模式

全科医师主要诊治的疾病均属于常见病、多发病,需要全方位了解这些疾病,掌握社区门诊、三甲医院门诊、病房对疾病的处理流程。老年医学各亚专科同本市多个社区医院有共建、技术支持业务,学员在各亚专科轮转过程中每周有一个半天与带教老师一起完成社区门诊工作,由社区医师和全科带教老师共同带教,让学员在医院轮转阶段就能初步掌握社区门诊诊疗流程,了解社区门诊的疾病谱,并初步掌握社区及上级医院转诊机制。为此后一年的社区实践打好基础,并且能更好地在医院轮转阶段抓住重点,以目标为导向的学习可以提高培训效率。住院医师规范化培训中门诊教学往往是培训的薄弱点。我科总结专科化培训中门诊教学不足的缺点,建立了门诊“一对一教学”的方法。选择6名不同亚专科、拥有全科骨干带教师资证书的主任医师,学员每周一次轮流“一对一”跟着不同专科主任上专家门诊。安排他们完成初步的问诊及门诊病历书写,并由主任医师现场带教门诊诊疗技巧。老年科病房拥有心血管、呼吸、消化、神经、血液、内分泌、ICU等多个亚专科,每位全科医师按轮转计划参与各个专科的病房工作2~4个月。有利于学员掌握每个亚专科病房常见病、多发病的诊治过程,提高自身诊疗水平。这种三维教学模式使社区教育与医院教育紧密联系,可以更好地贯彻全科医学的理念和服务理念,还能保证规培教学的同质化

及连续性,使学员诊疗水平迅速提高。

### (三)全程导师制带教的模式

导师制起源于14世纪的牛津大学和剑桥大学,目前已广泛应用于研究生教育中,可以实现“因材施教”、个性化教育,保证教学质量。近年来被引入本科生和临床医学学生的教学中<sup>[6-8]</sup>。目前我院在全科医师规范化培训中也引入了导师制,遴选的导师均为已获得省级全科带教老师资格的高年资中级或高级职称医师,有全科临床带教3年以上经验。导师、学员根据双选结果1:1匹配,3年的规范化培训阶段由导师全程监督指导。导师负责对其临床能力、科研能力、沟通能力、医德医风和心理素质进行全程全方位指导和评价,侧重于对学生临床能力的培养,同时兼顾学生综合素质的提升。目前我院的规培导师在初期按照岗位胜任力要求,制定与之相适应的学习计划和目标,并督促其执行,能做到每周至少面对面辅导学生一次,定期考查学员临床理论知识和实践能力,学员在不影响轮转科室工作的前提下跟随导师值班、上门诊,同时导师注意关注学生心理状态和思想素质,加强人文关怀,对学员进行心理疏导,职业规划等。真正做到因材施教,受到规培学员的好评。

### (四)多种考核机制结合综合评估培训效果

在考核机制上规范进行入科考核、出科考核、年度考核、终期考核等纵向考核,同时在教学效果评估上引入实施全科导师与全科规培学员、专科带教老师与全科规培学员双向互评。规范进行全科医师医疗能力、沟通能力、科研能力、综合素质等多维度能力评估。通过考核与评价,不断改进,及时调整教学策略,全面提高全科学员的综合能力。

## 五、以老年医学科为主要培训基地的规范化培训还存在的问题

老年医学科目前在全国范围内的发展还不平衡,各家医院在亚专科的设置上也不统一,专科全面性也不能完全达到。在全国范围全面铺开依托老年医学科进行规范化培训尚有困难。全科医师规范化培训的内容不止于普内科的范畴,全科医师

的服务对象也不仅限于老年人群,在安排规培轮转计划上合理安排老年科轮转时间也非常重要,目前我院全科医师规范化培训的轮转计划中老年医学学科的轮转时间是14个月,能够完成全科医师规范化培训大纲中内科部分内容的培训目标,但在亚专科配比不足的老年医学科内轮转时间如何安排还需要进一步在实践中进行探讨。

总之,依托老年医学科进行全科医师规范化培训具有理论和现实基础,同既往以大内科大外科各亚专科为培训基地的模式相比有很多优势,更利于全科医师培训目标的实现。南京医科大学第一附属医院以老年医学科作为主要培训基地、“社区一门诊一病房”三维教学、专科一对一和全程导师制带教的模式,采取多种考核机制结合的评估策略,提高了培训的质量,是对全科医师规范化培训的有益探索,值得进一步深化和探讨。

### 参考文献

- [1] 褚武宁,程明,闫丽娜,等. 中国全科医生培养发展报告(2018)[J]. 中国全科医学,2018,21(10):1135-1142
- [2] 戴小婷,朱滨海. 住院医师规范化培训中的问题与对策[J]. 南京医科大学学报(社会科学版),2017,17(2):142-145
- [3] 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
- [4] 唐海霞,张皓频,吴婧,等. 依托三甲医院提升全科医生临床综合服务能力的探讨[J]. 重庆医学,2017,46(2):274-276
- [5] 张华,吴利平,王小明. 中国老年医学发展与老年医学教育的思考[J]. 中国高等医学教育,2014(8):24-25
- [6] 李超,陈兴智,杨枢,等. 医学院校本科生全程导师制管理模式设计与实施[J]. 九江学院学报(自然科学版),2018,33(1):94-97
- [7] 薛英利,张小妮,周密,等. 医学英语本科生导师制探索[J]. 中华医学教育探索杂志,2013,12(4):404-408
- [8] 李杰,李政霖,王傲云,等. 导师制在医学本科生培养中的积极作用[J]. 中华医学教育探索杂志,2017(7):693-696