

• 医院管理 •

军地住院医师规范化培训的现状与思考

杨 斌¹, 董晓建², 张建东¹

〔摘要〕 随着国家新一轮医改持续向纵深推进,建立健全标准化、规范化、同质化的住院医师培养体系越来越受到军地各级卫生部门的高度重视。本文介绍了我国住院医师规范化培训的历史沿革和相关政策,梳理了地方及军队开展住院医师规范化培训的有益探索和现状,并针对当前军队住院医师规范化培训存在问题,从加强宣传引导、充分认清培训意义,加强调研论证、科学完善顶层设计,加强教学探索、突出卫勤全科特色等方面提出了具体的对策建议。

〔关键词〕 军队医院;地方医院,住院医师;规范化培训;医学教育

〔中图分类号〕 R192.3 **〔文献标志码〕** A **doi:**10.3969/j.issn.1672-271X.2015.02.031

住院医师规范化培训作为毕业后医学教育的重要内容,是衔接院校教育和继续教育的关键环节,而医学教育的实践操作属性也决定了规范化培训是医学生成长为合格临床医师的必经途径。在此阶段,住院医师需要在认定培训资质的基地内,通过以系统性规范性为特征、以提高临床诊疗能力为重点的综合训练,达到某一临床专科实践所需要的基础理论、基本知识和技能要求,成为能够独立从事临床医疗工作的住院医师^[1]。随着国家新一轮医改持续向纵深推进,建立标准化、规范化、同质化的国家住院医师培养制度已经成为实现与国际医学教育培训模式接轨的必然要求,也是提升临床医师队伍能力素质、提高医疗卫生服务水平的根本途径。

1 住院医师规范化培训的历史沿革和相关政策

住院医师培训制度最早起源于 19 世纪的德国,随着医学教育的不断进步和完善,许多欧美发达国家都已全面建立起了由国家层面主导的、适合于自身特点的、较为成熟的住院医师培训制度。我国的住院医师培训始于上世纪 20 年代,由北京协和医院首先实行的“24 小时住院医师负责制和总住院医师负责制”。1993 年和 1995 年,国家卫生部先后颁布《临床住院医师规范化培训试行办法》和《临床住院医师规范化培训大纲》,标志着国内的住院医师培训工作开始步入正轨^[2]。其后,军地各级卫生相关部门和机构对住院医师规范化培训的研究逐步深入^[3]。2009 年和 2010 年,国务院分别在《关于深化医药卫生体制改革的意见》和《国家中长期人才

发展规划纲要(2010-2020 年)》中,明确提出“建立住院医师规范化培训制度”和“支持培养 5 万名住院医师”。2012 年,国家教育部、卫生部《关于实施临床医学教育综合改革的若干意见》中,指出要逐步建立“5+3”(5 年医学院校教育+3 年住院医师规范化培训)为主体的临床医学人才培养体系。2014 年 2 月,国家卫生计生委等 7 部门联合印发《关于建立住院医师规范化培训制度的指导意见》,明确“到 2020 年,所有新进医疗岗位的本科及以上学历临床医师必须接受住院医师规范化培训”,这也意味着标准化医师培养模式将在我国全面确立。

2 地方住院医师规范化培训开展现状

2.1 围绕政策机制强化顶层设计

2.1.1 将规培模式与学位授予相融合 由于住院医师规范化培训和临床医学硕士专业学位教育在培养目标、对象、过程和内涵上具有高度的重合性,目前多个省市、院校都在积极探索将两者有机融合。如上海市于 2010 年率先实践包括研究生招生和住院医师招录、研究生培养和住院医师规范化培训、专业学位授予标准与临床医师准入标准的三个结合^[4],南京医科大学等院校也在尝试构建 5 年医学院校本科教育加 3 年住院医师规范化培训的“5+3”本硕一体化临床医学人才培养模式^[5],住院医师规范化培训在内容和方式将与医学本科教育、专业学位研究生教育进一步整合。

2.1.2 将规培投入与保障措施相配套 某医学院校^[6]调查 267 名临床医学专业学生对住院医师规范化培训的认知态度时发现,约 2/3 的受访对象对培训持反对态度,主要原因在于“待遇低”和“就业难”。此外,由于住院医师培养成本较高^[7],单纯依靠培训基地同样难以维持工作开展。为了打消学员

作者单位: 1. 214000 江苏无锡,解放军 101 医院;2. 710032 陕西西安,第四军医大学训练部

通讯作者: 张建东, E-mail: 101zjd@sina.com

和基地的培训顾虑,多数省市均建立了以政府投入为主、基地自筹和社会支持为辅的多元化经费保障机制,加大基地建设投入,提高学员工资待遇,完善就业配套保障,确保了各方参与的积极性。

2.1.3 将规培政策与职称晋升相衔接 不少省市将取得《住院医师规范化培训合格证书》作为临床岗位晋升及聘任主治医师的必备条件,对于培训合格后愿意服务基层医疗卫生机构的人员,还给予提前参加中级职称考试和优先聘用的优惠政策,不但强化了政策的导向性,还有效地将学员的切身利益与激励机制相挂钩。

2.2 围绕标准同质坚持规范建设 在国家卫计委出台相关指导意见后,各省市均依据自身实际进一步细化统一了培训管理办法、组织细则、培训标准和考核认证等。在培训基地方面,由各省市卫生主管部门组织资格认证,遴选当地综合实力较强,教学资源丰富的三级甲等医院作为培训基地,规范建设标准,增加设施投入,实行动态管理,定期进行复评,确保基地的建设质量。在培训师资方面,由各基地挑选教学经验丰富的高年资主治以上医师担任带教,定期参加各省市组织的师资专项培训,培训通过者颁发合格证,做到持证上岗。在培训内容方面,由各省市依据国家有关教学大纲对包括医德医风、临床实践技能、专业理论知识、人际沟通交流、医疗政策法规等内容进行统一。目前国家卫生计生委牵头的,针对住院医师规范化培训的首套国家级培训教材编写工作已全面启动,整套教材共 34 种,由 9 名院士担任总顾问、204 位专家担任主编、副主编,确保了教材的权威性。

2.3 围绕核心能力创新教学实践 住院医师规范化培训的核心就是要培养医学生具备临床岗位胜任能力,各培训基地在教学实践上也做了大量有益的尝试,主要有以下三种模式。一是导师负责制^[8]。该模式通过建立带教老师与住院医师之间一对一的联系,在医疗、教学、科研各方面进行近距离的、有针对性的传帮带,在良好的学习氛围中帮助年轻医生尽快提升临床能力。二是基于问题式学习(PBL)。该模式打破学科传统界限,将在学习过程中遇到的各种问题作为先导,开展小组讨论式的教学方法^[9],把被动接受教学信息转变为主动探求答案,帮助塑造学生的独立性、创新性和有效运用知识解决实际问题的能力,而这正是临床医生锤炼业务能力的有效途径。三是门诊教学模式^[10]。该模式主要是通过安排学员在门诊单独接诊患者,再由带教老师进行补充的方式进行教学,通过一线的实践教

学,夯实了学员的业务基本功,锻炼了临床独立思维及医患沟通能力。

2.4 围绕质量控制狠抓考核评估 考核评价是检验住院医师培训质量的重要标尺,目前各地较为成熟的考核体系包含日常考核、出科考核、年度考核、阶段考核和结业考核,内容主要为临床理论与实践技能。一般培训对象的日常考核、出科考核和年度考核等由培训基地医院负责组织,而阶段及结业考核由各省市统一组织。理论考试多采用计算机人机对话形式考核,技能考试多采用客观结构化临床考试(OSCE),包括辅助检查判读和检验报告分析、接诊患者(病史采集、体格检查、回答问题、病例分析、书写病历)、临床技能操作等。在具体组织时,各省市也是严格组织,严控质量,如上海市采用 6 站式结业考核,每个考站独立计分,全部通过者视为合格,单站不合格即需补考所有站点^[11],北京市的临床技能考核则很好地借鉴了英国的(WPBA)模式,将考核与在门诊、病房、手术室等日常工作场所结合进行^[12]。

3 军队住院医师规范化培训开展现状与问题

3.1 军队规培模式探索起步较早,但覆盖全军的模式设计仍未成熟 军队住院医师培训始终紧跟国家医师培训改革步伐,在 90 年代初期,总后卫生部及各军医大学就已经开始对军队住院医师培养目标及实施方案展开了研究^[13]。以解放军总医院、南京军区南京总医院等为代表的军队医院均在积极融入地方住院医师规范化培训体系,如解放军总医院探索的“3 + X + Y”军队医师培训模式^[14]、南京军区南京总医院实施的“212”培训模式^[15]等,军队医院高质量的培训效果也得到驻地卫生部门的高度认可。但这些模式针对的是极少数分配到医院的住院医师,对于目前分配主要方向为基层医疗机构的绝大多数军医却并未纳入。为此,总部于 2013 年组织南京军区等单位开展新一轮军队住院医师规范化培训试点,培训采取“1 + 1 + 1”的模式(全科轮训阶段、部队任职阶段、专科培训阶段),各阶段培训时间均为 1 年。该模式覆盖了师以下单位的所有卫生生长干部,很好地区分了全科轮训(在培训基地轮转重点科室)、部队任职(调整回原单位卫生机构任职锻炼)和专科培训(根据部队卫勤保障需求和岗位要求返回培训基地进行专科培训)3 个阶段。但由于试点起步较晚,培训的一个完整周期尚未完成,许多问题仍需深入分析。如,地方住院医师培训,各主要科室的大轮转和专科轮转分别需要 3 年和 2 年

时间,而军队模式中这两个阶段分别只有 1 年时间,考虑到医学培养周期较长,大幅压缩培训时间能否获得同质化的培训效果仍有待观察。部队任职阶段没有统一的实施方案和标准,基层部队军事斗争准备任务繁重,具体培训带教能否做到“规范、统一、同质”同样需要研究。

3.2 军队规培组织管理逐步健全,但清晰准确的思想认识仍未统一 目前,由总部、军区、培训基地和培训学员构成的垂直管理体系已经初步建成,尤其是各培训基地受到军队和地方的双重严格管理,都建立了由院领导、职能科室和临床科室构成的培训管理体系,制定了各类管理规定和培训方案,为培训的规范开展打下了良好基础。但随着工作的推进,各级对培训工作的态度认知不一的问题也在逐渐暴露,有的单位存在重医疗轻培训的现象,虽然成立了组织机构,但作用发挥并不理想,对培训投入力度不大;有的科室工学矛盾突出,将培训等同于一般的实习,把学员当成免费劳动力,不按计划要求完成教学任务,存在重使用轻培养的现象;有的学员在参训的过程中,对培训的目的意义理解错误,甚至将培训看成是一个脱离基层的机会而不是为了更好地服务基层;有的学员认为军地住院医师培训并未衔接,培训由军队自行组织,考核不如地方要求严格,放松了自我要求;还有的认为培训好坏与将来工作毫无联系,不合格也不会影响到自身的前途发展。这些模糊甚至错误的思想认识将会成为推动军队住院医师开展的强大阻力。

3.3 军队规培内容重心下移基层,但紧贴卫勤的教学体系仍未健全 军队住院医师培训的一个重要目的就是提升基层综合卫勤保障力,因此,军队规培区别于地方的特征在于其军事模块的设置。部分军队医院对此做出了许多有益的探索,如解放军总医院依托某基层部队建立了“军事卫勤训练基地”,定期对医师开展军事基础训练与野战救治技术培训^[15];南京军区南京总医院在住院医师培训实践中也充分考虑到军事理论和技能的培训需求,加入战创伤救治训练科目和机动卫勤分队及国家应急救援队训练演练^[16]。但总部层面还没有对军队住院医师规范化培训的军事医学培训内容进行统一的设计,缺乏针对基层实际的军事训练伤防护、卫生防疫、心理健康等培训教材。目前,各参与军队住院医师规范化培训的医院均设有军人门诊,主要承担基层部队常见病、多发病及疑难伤员的后送救治任务,其丰富的教学资源对于军医的实践成长来说具有非常高的价值,但军人门诊在当前的培训体系中并未得到足够

的重视。

3.4 军队规培考评体系接轨地方,但全面规范的考核认证仍未实现 目前军队住院医师规范化考核包括过程考核和结业考核,其中过程考核由日常考核、出科考核、年度考核、阶段考核组成,军地在考核形式和内容等方面都已经十分接近,但距离全面规范的要求还有一定差距,如军队规培阶段考核由培训基地实施,而各培训基地地处省份不同,受到属地化管理的影响,考核的标准尺度还有待统一;地方组织的专业理论考试往往委托国家卫生计生委人才交流服务中心等权威机构组织专家统一命题,采取人机对话模式进行,确保了权威性和同质性,而军队目前还难以做到。另外,今后从事临床工作的准入门槛必须拿到医师资格证和住院医师规培证,地方学员在培训合格后通过相应毕业后医学教育主管部门资格认证,可以拿到相应证书,而军队规范化培训结束后的资格认证问题尚没有明确,如不能早日实现资格互认,军队卫生干部的行业资格问题就将突显。

4 军队住院医师规范化培训对策与建议

虽然军队住院医师规范化培训的发展速度较地方相对滞后,但军队自身也拥有其优势,主要体现在体制方面,军队行政干预力强,能够集中力量办难事,政策容易快速推行;保障方面,军队卫生生长干部均为“单位人”,工资待遇和就业保障不受培训影响;教学方面,军队师级医院以及部分团级中心医院医教研水平较高,属地化参与地方住院医师规培经验丰富。因此,只要充分认清培训意义,借鉴地方经验,强化顶层设计,深化问题研究,着重质量控制,军队特色住院医师规范化培训同样能够实现“标准、规范、同质”。

4.1 加强宣传引导,充分认清培训意义 各级管理部门、带教科室和培训学员必须深刻认识到开展住院医师规范化培训不仅是强化服务基层意识提升岗位胜任能力的需要,也是满足部队官兵医疗保健服务的需要,更是推动军地医改同步接轨的需要。现代医学在向着整体化、综合化、多元化的生物-心理-社会的模式发展,军人作为具有社区性质的特殊集体,医疗需求也在向预防、保健、康复、心理等全方位拓展,基层医疗服务正面临着比以往更高的要求。军队卫生干部只有通过规范化培训才能树立整体医学观,掌握临床技能和思维,夯实业务技术基础,具备基本战伤救治技能和常见病、多发病独立诊治能力,为部队官兵提供全方位医疗保健、全面提升卫勤保障能力提供有力支撑。

4.2 加强调研论证,科学完善顶层设计 军地住院医师培训在体系设计、培训内容、评估考核等方面还没有做到同步同质。培训模式方面,需要对比研究当前的军队模式和国家现行 3 年制住院医师规培模式的异同点和优缺点,尤其分析两种模式在培训质量上的差异(以考核成绩作为依据),进而判断军队模式能否进一步优化改进,在保证培训质量的基础上压缩调整在医院基地的培训时间。培训奖惩方面,可将培训结果与优秀人才选调机制、职称晋级相衔接,进一步调动参训积极性。培训考核方面,可以探索军队学员同步参加地方考核的机制,有利于将来军地考核结果互认。基层实践组织阶段,可以参照上海社区卫生服务中心建设模式和标准,探讨构建统一的基层卫勤训练基地,利用第二年基层实践阶段组织统一培训,保证规培的整体性、连续性、同质性。另外,还可以研究建立规培基地与 1~2 家条件相对成熟的基层卫生机构(师医院)结为规培联合体的一体化教学构想,统一培训师资,统一建设标准,互为补充。

4.3 加强教学探索,突出卫勤全科特色 军队住院医师的能力储备既需要具备地方住院医师的基本知识和基本技能,更需要具备军队特殊的基本卫勤保障能力,尤其是战时具备必须的野战救治、野战救护所工作、战场管理、心理干预等能力,平时具备军事训练伤防治、部队常见慢性病管理、健康教育、战斗力促进、卫生防疫等能力。可以加强基层实践阶段的规培课程内容探索,考虑到濒海、高原、严寒等环境差异以及军兵种差异等导致营区内常见病多发病不同,可以进一步研究根据属地环境及保障任务的不同进行课程的个性化设置,更有针对性地提高卫勤保障能力。另外,以往规培只在临床科室进行轮转,军队住院医师培训必须突出全科特色,紧抓核心质量提升培训内涵,而军人门诊作为特殊的学习场所应该得到重视,可研究探讨将军人门诊纳入军队规培轮转体系的可行性。

【参考文献】

[1] 许劲松,陈卫东,贺 祥,等.军队住院医师规范化培训的制度设计[J].解放军医院管理杂志,2012,19(9):845-847.

[2] 许劲松.住院医师规范化培训工作的现状与发展[J].中华医学教育探索杂志,2011,10(2):252-253.

[3] 李 倩,卢晓蓉,曹 勤,等.1995-2009 年中国住院医师规范化培训研究文献分析[J].预防医学情报杂志,2011,27(9):707-710.

[4] 许铁峰,王 涛,张 勤.上海市全科医师培训工作的回顾与展望(续完)[J].中华全科医学杂志,2011,9(12):1827.

[5] 高兴亚,唐 文,喻荣彬,等.“5+3”本硕一体化临床医学人才培养模式的构建与思[J].中华医学教育杂志,2013,33(3):332-334,357.

[6] 王婧妍,唐 檬,金 佟,等.某校医学生对上海市住院医师规范化培训的认知态度调研[J].中华医学教育探索杂志,2012,11(11):1183-1185.

[7] 樊 洁,陈丽芬,贾建国,等.宣武医院:一名住院医师的规培成本[J].中国卫生人才,2014(3):35-37.

[8] 经 纬,陈 樱,沈洪兴,等.在住院医师规范化培训中开展导师制探析[J].中国高等医学教育,2014(4):21-22.

[9] McKendree J. Experiences of problem-based learning in the UK [J]. The Clinical Teacher,2010,7(4):262-265.

[10] 戴红蕾,陈丽英,朱文华,等.全科住院医师规范化培训垂直分层门诊教学模式[J].中华全科医师杂志,2014,13(3):173-174.

[11] 张 伟,陈 洁,金雷辉,等.住院医师规范化培训的组织、管理与实践[J].中华医学教育探索杂志,2014,13(3):302-305.

[12] 胡 滨.国内外住院医师规范化培训考核评价模式的研究[J].卫生软科学,2013,27(8):480-482.

[13] 许 涛,李云生,刘鉴汶.在建立我军中心医院住院医师规范化培训基地评价指标体系的研究[J].中国高等医学教育,1995(2):41-43.

[14] 夏 蕾,江朝光,王鲁宁,等.军队住院医师培训模式的构想与实践[J].军医进修学院学报,2010,31(2):187-189.

[15] 苏 义,杨国斌,徐晓莉,等.军队医院开展住院医师规范化培训的做法与实践[J].东南国防医药,2012,14(6):559-560.

(收稿日期:2015-01-20;修回日期:2015-01-28)

(本文编辑:史新中)

(上接第 195 页)

[4] 赵同强,卢 锐,吴家兵,等.2012 年十堰市参加全国外照射个人剂量监测盲样比对结果分析[J].中国辐射卫生,2013,22(4):414-415.

[5] 张 建,王亚平,郭 勇,等. LiF (Mg,Cu,P) 热释光探测器测量、退火方式的确定[J].辐射防护,2003,23(2):122-124.

[6] 王 进,杨小勇,余宁乐,等.热释光个人剂量监测的质量保证

及参加 2008 年比对结果[J].中国辐射卫生,2009,18(3):315-316.

[7] 胡爱英.热释光剂量测量一般操作技术及质量控制[C].外照射个人监测技术培训班教材,2013:51-64.

(收稿日期:2015-01-09;修回日期:2015-02-03)

(本文编辑:张仲书)