

基于岗位胜任力的助理全科医生急诊能力培训的效果观察

福建卫生职业技术学院附属医院 福建省级机关医院 (福州 350003) 高一丹 周丽敏 洪 森 张志岷
柯 斌

【关键词】助理全科医生；规范化培训；急诊能力

【中图分类号】R68 【文献标识码】B 【文章编号】1002-2600(2022)05-0143-03

2015 年国务院办公厅印发《关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》，明确提出“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的新型诊疗模式^[1]。助理全科医生是分级诊疗中基层医疗卫生队伍建设的核心力量，培养合格的助理全科医生，无疑是推动医药卫生体制改革继续深化的关键所在^[2]。急诊医疗是医疗服务体系中至关重要的组成部分，助理全科医生大部分未接受过系统的急救训练。我省助理全科医生培训从 2016 年开始实行，岗位胜任力中急诊能力培训教学模式的研究较少，我们在培训中做了一些急诊能力培养的探索。急诊培训中，一方面应用最新急救知识理论体系以配合全科的诊疗思维模式；另一方面着重训练学员的急救技能；最后，建立完整的出入科考核体系。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象：2016—2022 年，在福建省福州市的省属医院和市属医院进行规范化培训的助理全科医生，6 批助理全科医生共 142 名，第 1 批 30 名、第 2 批 25 名、第 3 批 26 名、第 4 批 30 名、第 5 批 31 名、第 6 批 28 名，其中男 65 名，女 77 名，年龄 23~30 岁，平均 (26.0±4.0) 岁。第 1 批至第 4 批已培训结业，第 5、6 批目前在培训中。6 批学员的年龄、性别、学历比较，差异均无统计学意义 ($P>0.05$)，具有可比性。

1.2 方法：

1.2.1 制定培训计划：针对助理全科医生的岗位特点，结合《助理全科医生培训标准》，制定了助理全科医生急危重症科培训计划，教学方式包括入科考试、理论授课、技能操作培训、常规带教查房、教学查房、教学病例讨论、出科考试等。

1.2.2 培训师力量：师资人员主要以急危重症科 7 名主治以上医师为主，其中 1 名主任医师、3 名副主任医师和 3 名主治医师，全科医生辅助教学，急危重症科 4 名医师参加福建省全科医生培训师培训班，取得资质证书，1 名总带教教师担任福建省助理全科医生培训结业考试考官，负责助理全科医生急诊技能操作的考核。

1.2.3 培训方式：包括入科考核、理论授课、临床技能培训、常规带教查房、教学查房、教学病例讨论、出科考核、参加红十字会救护员培训等。

1.2.3.1 入科考核：包括急诊医学常见疾病的诊断和抢救治疗措施的理论摸底考试以及急诊常规操作技术考核。助理

全科医生入科第一天早上进行急诊医学常见疾病的诊断和抢救治疗措施的理论摸底考试，下午进行心肺复苏和电除颤操作技术考试。

1.2.3.2 理论授课：安排专业知识讲座、典型病例分析进行授课。培训方式结合临床专业特点，采取专业知识讲座、典型病例分析。内容为卫生法律法规，急诊绿色通道启动流程，急诊急救相关知识如心电图的基础知识、急性腹痛、胸痛、休克等急危重症诊疗理论，常用急救药的临床药理知识和应用，医患沟通知识等。

1.2.3.3 临床技能培训：根据《助理全科医生培训标准》，制定每项急救技能的评分表，教学过程中，带教老师把每项操作的流程都进行规范化处理，并细化评分标准。在模型上具体演示如心肺复苏、气管插管、电除颤等。要求每名助理全科医生每项技能操作至少 5 次以上，反复操作直至熟练掌握，逐个考核。此外，带教老师对学员进行临床床边教学，通过参与院内和院前的现场抢救，提高学员对急危重症的救治能力。

1.2.3.4 常规带教查房：每天上午由带教老师带领助理全科医生在急危重症科查房，一方面强化医学基础知识与临床紧密结合，另一方面注重培养助理全科医生的临床思维能力。内容包括：1) 常见病的诊断、鉴别诊断及治疗；2) 病历书写、死亡患者的常规处理流程及文书书写；3) 与家属沟通技巧及注意事项；4) 交接班制度及交接班内容的书写。

1.2.3.5 教学查房：每两周在急危重症科开展 1 次教学查房。带教老师选择具有代表性的典型病例，病例选择休克、昏迷、呼吸心跳骤停等急诊科常见的急危重症为主。教学形式是以助理全科医生为查房主体，带教老师指导。助理全科医生先进行前期准备工作，自行收集病史和进行体格检查，查阅患者的实验室和影像学检查结果，查阅文献了解最新指南和治疗进展。教学查房由助理全科医生汇报病历，体格检查，并汇报诊治过程和治疗思路，拟定治疗方案，科室所有助理全科医生参加讨论，最后带教老师进行点评、指导、总结。

1.2.3.6 教学病例讨论：第 1、2 批学员每周一次教学病例讨论，第 3 批学员在原有基础上增加情景模拟教学。总带教老师收集典型急诊病例，包括心脏骤停、急性消化道大出血、糖尿病酮症酸中毒等，编写案例情景模拟教学方案。情景模拟教学法应用医学模拟人及学员进行角色扮演，使学员

切身感受临床环境, 学员在仿真的模拟环境中, 完成问诊、查体、诊断及制定治疗方案。

1.2.3.7 出科考核: 出科考试包括理论考试和技能操作考核。总带教从题库中随机抽取理论考题进行学员的出科理论考核, 并按照 OSCE 考核模式设置 5 站考站, 分别为: 病史采集、体格检查、技能操作、辅助检查结果判读、病历书写, 每一站的考核时间均是 10 min。学员在规定的时间内依次完成各考站的考核内容, 并由每一站的考官评出考核成绩。

1.2.3.8 参加红十字会救护员培训: 为进一步加强急救实际操作, 从第 3 批学员培训开始, 要求全体学员参加省红十字会组织的救护员培训并取得证书, 培训内容包括红十字运动基本知识、救护概论、心肺复苏及 AED 使用、创伤救护的基本知识和处理、常见急症的救护、意外伤害和突发事件应急处理等, 并参加红十字会组织的理论和技能考核。这些培训更有助于基层卫生机构的医生在遇到突发急症时, 做出及时而准确的判断和救治。

1.3 评价方法:

1.3.1 理论和技能考试: 助理全科医生急诊培训期间入科和出科前均进行理论和技能考试, 理论采用闭卷考试, 技能考试严格按照评分标准考核, 两门考试满分均为 100 分, 80 分以上为合格。通过对比出科成绩与入科成绩的总合格率, 评价学员的急诊能力是否得到提升, 并比较 6 个批次学员出

科考试总合格率之间是否存在差异。

1.3.2 基层医疗卫生机构满意度调查: 我院参照中国医师协会制定的助理全科医生急诊急救能力项目的评价指标制定满意度调查表, 从掌握急救药物的知识并能熟练应用, 急重危患者的抢救或处理, 常见危急重症的诊断和鉴别诊断能力, 对危急重症患者的治疗情况进行持续观测、再评估和应变, 对不同病情的患者进行转诊分诊和同时面对多名危重患者的协调处置能力等 6 项指标制作《用人单位对助理全科医生的急诊急救能力满意度评价表》, 评价结果为满意、较满意、不满意。通过问卷星, 请用人单位的医疗组长对已结业 4 批的助理全科医生急诊急救能力满意度评价进行问卷调查。并比较基层医疗卫生机构对 4 个批次学员的总满意度是否存在差异。

1.4 统计学分析: 采用 SPSS 26.0 统计学软件进行数据分析, 计数资料以例 (%) 形式描述, 使用卡方检验进行比较。P<0.05 提示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 理论和技能考试结果比较: 6 批学员入科考试总合格率比较差异无统计学意义 (P>0.05)。与入科考试比较, 6 批学员出科考试总合格率均得到不同程度提高 (P<0.05)。6 批学员出科成绩总合格率呈逐年上升趋势 (P<0.05), 从第 3 批学员开始出现了较大幅度提高。见表 1。

表 1 第 1 批至第 6 批急诊科出科成绩合格率比较 [例 (%)]

批次	例数	时间	理论成绩		技能成绩		总合格率	χ ² 值	P 值
			合格	不合格	合格	不合格			
第 1 批	30	入科前	11 (36.7)	20 (63.3)	13 (43.3)	17 (56.7)	11 (36.7)	6.667	0.01
		出科前	20 (66.7)	10 (33.3)	22 (73.3)	8 (26.7)	20 (66.7)		
第 2 批	25	入科前	8 (32.0)	17 (68.0)	10 (40.0)	15 (60.0)	8 (32.0)	3.945	0.047
		出科前	15 (60.0)	10 (40.0)	17 (68.0)	8 (32.0)	15 (60.0)		
第 3 批	26	入科前	9 (34.6)	17 (65.4)	10 (38.5)	16 (61.5)	9 (34.6)	13.449	<0.001
		出科前	22 (84.6)	4 (15.4)	23 (88.5)	3 (11.5)	22 (84.6)		
第 4 批	30	入科前	12 (40.0)	18 (60.0)	11 (36.7)	19 (63.3)	11 (36.7)	15.864	<0.001
		出科前	26 (86.7)	4 (13.3)	26 (86.7)	4 (13.3)	26 (86.7)		
第 5 批	31	入科前	13 (41.9)	18 (58.1)	12 (38.7)	19 (61.3)	12 (38.7)	15.552	<0.001
		出科前	27 (87.1)	4 (12.9)	28 (90.3)	3 (9.7)	27 (87.1)		
第 6 批	28	入科前	11 (39.3)	17 (60.7)	12 (42.9)	16 (57.1)	11 (39.3)	17.923	<0.001
		出科前	26 (92.9)	2 (7.1)	28 (100)	0 (0)	26 (92.9)		

2.2 基层医疗卫生机构满意度比较: 第 1~4 批助理全科医生目前已结业, 所在基层医疗卫生机构对学员的各项急诊急救能力的满意度统计显示, 基层医疗卫生机构对学员的满意度逐年上升 (χ² = 9.105, P = 0.028), 与第 1 批和第 2 批比较, 从第 3 批学员开始出现了较大幅度提高。见表 2。

3 讨论

3.1 岗位胜任力的理解: “胜任力” 一词由美国的哈佛大学 David Mc Clelland 教授于 1973 年首次提出^[3]。不同国家对岗位胜任力有不同的描述和解释, 但医学教育的宗旨和目的是相通的, 均是通过理论学习和临床实践教学使医学生能深刻认识医学岗位的重要性, 提高临床知识、医学技

表 2 第 1~4 批助理全科医生结业后用人单位对学员的急救能力总满意度评价比较 [例 (%)]

批次	例数	满意	较满意	不满意	总满意度
第 1 批	30	8 (26.7)	12 (40)	10 (33.3)	20 (66.7)
第 2 批	25	8 (32)	8 (32)	9 (36)	16 (64)
第 3 批	26	11 (42.3)	13 (50)	3 (7.7)	23 (88.6)
第 4 批	30	13 (43.3)	15 (50)	3 (6.7)	27 (90)

能、人文素养以及创新能力, 从而具备较强的岗位胜任力^[4-5]。

3.2 助理全科医生的专业特点: “3+2” 助理全科医生培训

的对象是临床医学专业三年制专科毕业,已经在基层医疗卫生机构进行全科医疗工作的医生,培训期限为 2 年。培训结束,结业考核成绩合格者由省级卫生健康行政部门颁发助理全科医生培训合格证书。《国务院关于建立全科医生制度的指导意见》明确指出:全科医生是综合程度较高的医学人才,主要在基层医院承担预防保健、常见病和多发病诊疗和转诊,患者康复和慢性病管理、健康管理等一体化服务^[6]。因此,基层医疗机构的助理全科医生主要解决的是疾病的首诊分诊、急诊抢救、患者转诊和健康教育问题,提高助理全科医生的急诊急救能力将弥补基层医疗卫生机构的短板,提高患者的抢救成功率和生存率。

3.3 师资与教学硬件的建设:优秀的临床师资是培养合格助理全科医生的重要保障,在承担培训工作前,带教老师必须参加院级、省级及以上的全科医学师资培训,获得全科医学师资培训证书,具备良好的全科医学理念和全科医学指导带教方法,带教教师还必须定期到社区卫生服务中心开展教学门诊、教学查房等教学工作,与社区医生交流教学经验,以熟悉全科医学服务模式和服务内容。为了强化师资力量,医院每年派出 5~8 名带教教师参加省全科医学培训中心举办的助理全科医生结业考试的考官工作,及时总结经验,主抓重点薄弱点和风险点,从而不断提高带教水平。在教学硬件方面,医院成立了临床技能培训中心,配备气管插管模型、心肺复苏模拟人、除颤仪等设备,并建设医学考试题库,涵盖三基考试、执业医师考试和各专科习题,提供给学员进行习题练习和技能练习,并通过情景模拟教学将传统的教学方法转变为仿真的临床情景,弥补了传统教学模式的不足,使学员更加熟练掌握理论知识和技能操作。

3.4 建立严格的考核反馈机制:严格而完整的考核反馈机制是检验培训效果的有效方法。急诊抢救强调“时间就是生命”,对医生的专业水平、沟通能力、组织能力等均有着较

高的要求,急诊能力入科和出科考核均有规范的流程,内容包括理论考核和技能考核,技能考核包括心肺复苏、电除颤、止血等,通过入科和出科考核,评估每个学员的临床基础是否扎实,分析薄弱点,以便后续开展针对性培训。评分采取百分制的规范化结业考核表,细化分项,出科考核不合格者将予谈话,成绩记入规培手册。

基于岗位胜任力的助理全科医生急诊能力的培训体系的探索,有助于形成规范化的助理全科医生培训模式。希望在不断的探索 and 实践中,逐步完善助理全科医生培训方法和管理模式,为基层医疗机构岗位培养出具有高尚职业道德、扎实的全科医学专业知识和临床诊疗技能,能够运用全科医学专业知识指导医疗卫生实践工作的助理全科医生,缓解基层医疗适宜人才紧缺的困境,推进分级诊疗制度的落实。

参考文献

- [1] 钟春花,马秀君,夏擎世.我国分级诊疗制度发展现状、问题及对策研究[J].中国初级卫生保健,2018,2(4):4-6.
- [2] 黄艳,赵丽莉,李焱.助理全科医师规范化培训质量管理的探索与实践[J].医学教育管理,2015,1(2):123-126.
- [3] McClelland D C. Testing for competence rather than for "intelligence" [J]. American psychologist, 1973, 28 (1): 1.
- [4] Swing, Susan R. The ACGME outcome project: retrospective and prospective [J]. Medical Teacher, 2007, 29 (7): 648-654.
- [5] 王兰,马林沁,梁腾霄.以岗位胜任力为导向的中医住院医师规范化培训急救能力的培训体系研究[J].中国中医急症,2020,29(9):1661-1664.
- [6] 钮柏琳,苏艳新,朱婧,等.建立以急诊医学为主要平台、多学科轮转全科医师培养新模式的探讨[J].当代医学,2018,24(10):179-183.

《福建医药杂志》征订启事

《福建医药杂志》是福建省卫生健康委员会主管、福建省医学会主办、福建省医学科学研究所承办的综合性医药学术期刊,着重报道本省医药卫生科研成果及防治疾病经验,反映其进展与水平,并为各级医药卫生技术人员提供学术交流园地;立足本省、面向全国,深受广大医务人员欢迎。从 1996 年以来相继荣获全国优秀科技期刊三等奖、福建省优秀期刊一等奖及华东地区优秀期刊奖;并成为美国《化学文摘》(CA)收录期刊,中国学术期刊综合评价数据库来源期刊,中国期刊网、中国学术期刊光盘版入编期刊,万方数据资源系统数字化期刊群网期刊,中国核心期刊(遴选)数据库收录期刊。2001 年被国家新闻出版总署、国家科技部评为中国期刊方阵双效期刊。本刊主要栏目有科技创新、政策解读、继续教育、慢性非传染性疾病防控、影像学读片、学科年度进展、国外指南摘译、论著、临床研究、基础研究、综述、调查报告、医院管理、护理园地、基层医生园地等,是各级医药卫生技术人员的良师益友。

本刊为双月刊,国内外公开发行(CN 35-1071/R,ISSN 1002-2600),邮发代号 34-6,双月中旬出版。大 16 开本,每册定价 16 元,全年定价 96 元。欢迎广大读者到邮局订阅或直接汇款至本刊编辑部订阅。

通信地址:福建省福州市鼓楼区五四路 7 号《福建医药杂志》编辑部,邮编 350001

电话:0591-87516804;电子邮箱:fjyzz@aliyun.com

投稿采编平台(官网)网址:www.fjyzz.cn

微信公众号名称:福建医药杂志;微信号:fujianyiyaozazhi; 微信二维码:



《福建医药杂志》编辑部