

儿科医疗联合体内医务人员双向转诊调查研究^{*}

杨芳¹, 张蕾¹, 马素丽¹, 戴劲盛¹, 吴燕明¹, 郭薇薇², 董斌², 胡肖伟², 任宏^{1,3△}

1. 上海市浦东新区人民医院儿科, 上海 201299; 2. 上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心医务部, 上海 200127; 3. 上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心重症医学科, 上海 200127

摘要:目的 了解上海市东部儿科医疗联合体内医务人员对双向转诊的知晓率及双向转诊运行现状, 探讨双向转诊在实施过程中存在的问题及推进的难点。方法 通过微信平台对上海市浦东新区儿科医疗联合体内 166 名医务人员进行问卷调查。统计方法采用描述性统计学分析和 χ^2 检验。结果 医务人员对双向转诊的知晓率为 60% 左右。儿童专科医院医务人员及患者/家属向下转诊患者意愿及数量低于二级及三级综合性医院向上转诊, 差异有统计学意义 ($\chi^2=119.328, P<0.05; \chi^2=53.192, P<0.05$)。双向转诊在实施过程中存在困难的主要原因依次为不知道如何转诊及可接受的医院、患者/家属不愿意、没有制度和流程、对转诊医院的诊疗水平不了解及操作流程复杂。结论 医务人员对双向转诊的知晓度较高, 但双向转诊顺畅度不高, 向下转诊的意愿明显低于向上转诊, 应加强儿科医疗联合体内各级医院间的统筹联动作用, 完善各项机制, 改善双向转诊运行情况。

关键词: 双向转诊; 儿科医疗联合体; 医务人员

中图分类号: R197

文献标志码: B

文章编号: 1672-9455(2021)04-0559-05

我国“十三五”深化医改会议提出建立分级诊疗制度^[1], 通过医疗联合体实现“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”, 使医疗资源得以合理的利用和分配^[2]。2010 年上海市发布了《关于本市区域医疗联合体试点工作指导意见》^[3], 2016 年 2 月上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心牵头成立上海市东部儿科医疗联合体(以下简称“儿联体”), 辐射上海东部的浦东新区和奉贤区共 65 家社区卫生服务中心及 20 家二级及以上医疗机构, 服务人口 612.8 万人^[4]。上海市东部儿联体通过“分段、分工、分层”的工作路径, 迅速搭建了儿科常见疾病的分级诊疗新模式, 取得了与专科同质的效果和很好的卫生经济学效益, 有力提升了基层医疗服务的吸引力, 但在资源整合、绩效配套等方面尚存在有待改进之处, 而双向转诊更是实施的重点和难点^[4]。本研究针对上海市东部儿联体内的医务人员开展问卷调查, 从医务人员的角度分析双向转诊实施过程中存在的问题, 并提出相关建议, 为双向转诊的建设和发展提供科学依据及政策建议。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本研究于 2019 年 5 月对上海市东部儿联体成员单位内的医务人员进行问卷调查, 包括上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心、上海市第六人民医院浦东分院、上海市第七人民医院、上海市奉贤区中心医院、上海市浦东新区人民医院、上海市浦东新区周浦医院、上海市浦东医院、上海市浦东新区浦南医院及海军军医大学附属公利医院, 其中上

海交通大学医学院附属上海儿童医学中心为上海市东部儿联体核心医院, 为三级甲等儿童专科医院, 其余医院为二级及三级综合性医院。所有参与儿联体的医务人员总人数为 337 人, 此次调查的抽样人数为 166 人, 占总人数的 49.3%。

1.2 方法 本研究采用问卷调查方法。在文献评阅的基础上, 根据上海市东部儿联体目前双向转诊工作开展情况, 结合研究目的及意义, 自行设计问卷星调查表。问卷分为儿童专科医院、二级及三级综合性医院两个版本, 问卷内容包括被调查者基本情况、对双向转诊的认知情况、参与双向转诊活动情况及对目前双向转诊的评价及建议。设计问卷人员将调查问卷录入微信问卷星。为保证使用问卷星的方式进行问卷调查的真实性和有效性, 调查前由儿联体的牵头单位即上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心的领导, 对参与调查的各个医院的儿科主任(或儿科亚专科主任)集中进行培训, 说明本次调研的重要性, 并强调问卷填写要确保真实性和有效性。其次, 问卷均由科主任在微信工作群内发布, 再次对本单位参与调查的医务人员强调问卷填写要确保真实性和有效性, 且问卷填写时说明本次调查的意义, 为确保真实有效, 采用不记名的方式填写。各级医院及各级职称的医务人员抽样比例尽量均衡, 以全面反映真实情况, 减少样本偏倚。问卷内容包括: (1) 调查对象的基本情况; (2) 对双向转诊的认知度; (3) 实施双向转诊的意愿和现状; (4) 对双向转诊的建议。

1.3 统计学处理 问卷星自带统计分析功能, 但为

^{*} 基金项目: 上海市浦东新区卫生和计划生育委员会卫生科技项目(PW2016A-23)。

[△] 通信作者, E-mail: rhyannon75@hotmail.com。

本文引用格式: 杨芳, 张蕾, 马素丽, 等. 儿科医疗联合体内医务人员双向转诊调查研究[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(4): 559-563.

了统计更精确及控制变量等,本研究仅采用问卷星的基本描述性结果,如人数、百分比等,将结果采用 Epi Data 3.0 软件录入,为控制质量采取双录入。采用 SPSS20.0 统计软件进行数据处理及统计分析,用描述性统计方法对问卷指标进行描述,采用 χ^2 检验分析儿童专科医院、二级及三级综合性医院医务人员对双向转诊的知晓度、转诊意愿及目前转诊活动开展效果等。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 调查对象基本信息 共回收有效问卷 166 份,其中儿童专科医院医务人员问卷 80 份,二级及三级综合性医院医务人员问卷 86 份。在被调查的 166 名医务人员中,工作年限 <5 年和工作年限 ≥ 20 年的人数较多;在专业职称方面,各级职称医务人员人数比例基本均衡。见表 1。

2.2 各级医疗机构医务人员对双向转诊制度认知情况 医疗机构医务人员“一般了解”“比较了解”和“非常了解”本区域内有哪些医院可以接受儿科患者转

诊,以及区域内有儿科门诊/病房的医院可以接受什么样的儿童患者的比例之和分别为 56.02% 和 60.24%。二级及三级综合性医院的医生比专科医院的医生更了解本区域内有哪些医院可以接受儿科患者转诊,以及区域内有儿科门诊/病房的医院可以接受什么样的患儿,差异有统计学意义($\chi^2=66.300, P<0.05; \chi^2=52.875, P<0.05$)。见表 2。

表 1 医务人员基本情况[n(%)]

项目	专科医院	二级及三级综合性医院	合计
工作年限(年)			
<5	27(33.75)	12(13.95)	39(23.49)
5~<10	23(28.75)	10(11.63)	33(19.88)
10~<15	11(13.75)	20(23.26)	31(18.67)
15~<20	5(6.25)	8(9.30)	13(7.83)
≥ 20	14(17.50)	36(41.86)	50(30.12)
专业职称			
初级职称	35(43.75)	17(19.77)	52(31.33)
中级职称	33(41.25)	35(40.70)	68(40.96)
高级职称	12(15.00)	34(39.53)	46(27.71)

表 2 各级医疗机构医务人员对双向转诊制度认知情况[n(%)]

项目	您是否了解本区域内有哪些医院可以接受儿科患者转诊?			您是否了解区域内有儿科门诊/病房的医院可以接受什么样的儿童患者?		
	专科医院	二级及三级综合性医院	合计	专科医院	二级及三级综合性医院	合计
完全不了解	28(35.00)	9(10.47)	37(22.29)	27(33.75)	6(6.98)	33(19.88)
不太了解	28(35.00)	8(9.30)	36(21.69)	23(28.75)	10(11.63)	33(19.88)
一般了解	16(20.00)	17(19.77)	33(19.88)	19(23.75)	23(26.74)	42(25.30)
比较了解	5(6.25)	23(26.74)	28(16.88)	10(12.50)	28(32.56)	38(22.89)
非常了解	3(3.75)	29(33.72)	32(19.28)	1(1.25)	19(22.09)	20(12.05)

2.3 双向转诊目前实施情况 各级医疗机构医务人员“偶尔”“一般”及“经常”考虑向下或向上转诊患者至其他医院的比例分别为 45.18%、28.31%、20.48%，“从不”和“总是”转诊患者至其他医院的比例较少。如果条件允许,各级医疗机构医务人员“一般”愿意将患儿向下或向上转诊,占 36.14%。如果病情稳定,治疗方案已拟定,专科医院的患者/家属还是“不太愿意”和“一般愿意”向下转诊至二级及三级综合性医院,且比例较高,“完全不愿意”向下转诊的比例也较高;如果病情危重,二级及三级综合性医院的患者/家属还是“比较愿意”和“非常愿意”向上转诊至专科医院,与专科医院的患者/家属“比较愿意”和“非常愿意”向下转诊相比,差异有统计学意义($\chi^2=119.328, P<0.05$)。关于曾经转诊患者数,专科医院明显少于二级及三级综合性医院,差异有统计学意义($\chi^2=53.192, P<0.05$)。被调查的专科医院医务人员“不了解”转诊的制度和流程的比例为 26.25%，“不太了解”的比例为 57.50%;二级及三级综合性医院医务人员了解转诊的制度和流程的比例为 74.42%,与专科医院比较,差异有统计学意义($\chi^2=68.070, P<0.05$)。如果需要转诊患者,各级医疗机构医务人员的实施方式多为“让患者和家属自己联系”及“通过医务部门”,比例分别为 58.43% 和 45.18%,还有

29.52%的医务人员是“通过熟悉的人”实施双向转诊。见表 3。

表 3 各级医疗机构目前双向转诊实施情况[n(%)]

项目	专科医院	二级及三级综合性医院	合计
项目 1			
从不	3(3.75)	4(4.65)	7(4.22)
偶尔	37(46.25)	38(44.19)	75(45.18)
一般	22(27.50)	25(29.07)	47(28.31)
经常	18(22.50)	16(18.60)	34(20.48)
总是	0(0.00)	3(3.49)	3(1.81)
χ^2		3.549	
P		0.470	
项目 2			
从不	10(12.50)	4(4.65)	14(8.43)
偶尔	23(28.75)	21(24.42)	44(26.51)
一般	26(32.50)	34(39.53)	60(36.14)
经常	19(23.75)	25(29.07)	44(26.51)
总是	2(2.50)	2(2.33)	4(2.41)
χ^2		5.351	
P		0.253	
项目 3			
完全不愿意	10(12.50)	0(0.00)	10(6.02)
不太愿意	26(32.50)	1(1.16)	27(16.27)
一般愿意	27(33.75)	2(2.33)	29(17.47)
比较愿意	11(13.75)	38(44.19)	49(29.52)
非常愿意	6(7.50)	45(52.33)	51(30.72)

续表 3 各级医疗机构目前双向转诊实施情况[$n(\%)$]			
项目	专科医院	二级及三级 综合性医院	合计
χ^2	119.328		
P	<0.001		
项目 4			
0 人/年	37(46.25)	3(3.49)	40(24.10)
1~<10 人/年	28(35.00)	50(58.14)	78(46.99)
10~<20 人/年	12(15.00)	22(25.58)	34(20.48)
20~<50 人/年	3(3.75)	6(6.98)	9(5.42)
≥50 人/年	0(0.00)	5(5.81)	5(3.01)
χ^2	53.192		
P	<0.001		
项目 5			
了解	13(16.25)	64(74.42)	77(46.39)
不了解	21(26.25)	6(6.98)	27(16.27)
不太了解	46(57.50)	16(18.60)	62(37.35)
χ^2	68.070		
P	<0.001		
项目 6			
通过熟悉的人	21(26.25)	28(32.56)	49(29.52)
通过医务部门	30(37.50)	45(52.33)	75(45.18)
让患者和家属 自己联系	53(66.25)	44(51.16)	97(58.43)
网上查询	8(10.00)	4(4.65)	12(7.23)
其他	3(3.75)	15(17.44)	18(10.84)

注:项目 1 为在儿科门诊/病房饱和的状态下,您是否考虑转诊至其他医院;项目 2 为如果条件允许,您是否愿意将患儿向下转诊(专科医院)或向上转诊(二级及三级综合性医院);项目 3 为您的患者/家属是否愿意向下转诊(专科医院)或向上转诊(二级及三级综合性医院);项目 4 为您是否曾经将患者转诊至专科医院或二级医院及三级医院治疗;项目 5 为您所在的医院是否有转诊的制度和流程;项目 6 为如果需要转诊患者,您会如何联系(多选题); χ^2 和 P 均表示专科医院和与二级及三级综合性医院比较的结果。

2.4 目前双向转诊制度实施过程中存在的困难 在接受调查的 166 名医务人员中,认为双向转诊在实施过程中存在困难的主要原因从高到低依次为不知道如何转诊及可接受的医院、患者/家属不愿意、没有制度和流程、对转诊医院的诊疗水平不了解、操作流程复杂及医院不支持。所有调查原因在专科医院与二级及三级综合性医院比较,差异均有统计学意义($\chi^2=52.711, P<0.001$)。见表 4。

表 4 双向转诊制度实施存在困难原因分析[n(%)]			
项目	专科医院	二级及三级 综合性医院	合计
患者/家属不愿意	57(71.25)	25(29.07)	82(49.40)
医院不支持	12(15.00)	10(11.63)	22(13.25)
操作流程复杂	21(26.25)	41(47.67)	62(37.35)
不知道如何转诊及可接受的医院	51(63.75)	35(40.70)	86(51.81)
对转诊医院的诊疗水平不了解	56(70.00)	7(8.14)	63(37.95)
没有制度和流程	51(63.75)	30(34.88)	81(48.80)

2.5 医务人员对双向转诊的建议 被调查的医务人员中,对双向转诊的建议人数比例从高到低依次为:有明确的转诊制度和流程、制订明确的转诊指针、对医务人员进

实施转诊及应将双向转诊纳入绩效考核。见图 1。

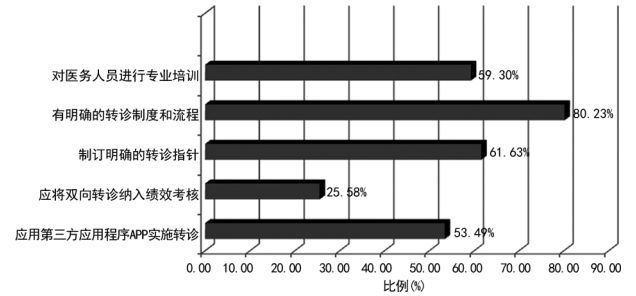


图 1 医务人员对双向转诊的建议

3 讨 论

3.1 医务人员对双向转诊的知晓度较高 本次调查结果表明,仅有 20%左右的医务人员对双向转诊制度“完全不了解”,其他医务人员都对双向转诊制度都有不同程度的知晓,且二级及三级综合性医院医务人员对双向转诊的知晓程度高于专科医院医务人员。医务人员对双向转诊的知晓度较高,说明分级诊疗制度的实施取得了初步成果。同时,结合被调查医务人员工作年限,专科医院参与调查的低年资医生较多,二级及三级综合性医院参与调查的高年资医生比例更高,可能高年资医生对国家医疗政策比较熟悉,接触医疗改革相关信息的机会多,而低年资医生受环境和职位限制,更关注于自己的业务提升,而较少关注政策变化,接触分级诊疗模式信息的机会较少。因此,应加强对低年资医生关于双向转诊相关政策的培训,同时加大分级诊疗、双向转诊的宣传力度,通过开展学术活动、培训政策等,提高低年资医生对分级诊疗的认知与了解程度。

3.2 儿联体双向转诊模式中向下转诊效果不理想 向下转诊途径顺畅度不高,一方面是专科医院医生不是很了解本区域内有哪些医院可以接受儿童患者转诊及接受什么样的儿童患者,另一方面是患者/家属不清楚或者不认可下转医院的医疗水平,认为基层医疗机构没有能力承担下转患者的治疗任务。申颖等^[5]的研究共纳入 232 篇文献进行系统综述,结果显示,尽管目前我国双向转诊发展势头良好,转诊量和基层医疗服务量不断提升,但“转诊不通畅、上转容易下转难、单向转诊”的问题仍然非常突出,向上转诊率明显高于向下转诊率。钟艳宇等^[6]的文献也表明双向转诊存在“上转易下转难”的单向转诊现象。目前,双向转诊标准不完善,急慢分治分工不明确,上下联动体制不顺畅等问题导致分级诊疗难以顺利进行^[7]。过低的向下转诊率和过高的向上转诊率距离国家制定的“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗模式尚存在较大差距。双向转诊开展的关键在于患者的就医选择与认可度,而医务人员对构建就医新格局、分级诊疗推进的了解和支持程度是影响患者认可度及就医选择的重要因素^[8]。推行分级诊疗举措中,针对儿联体核心医疗机构应倾向建立职称晋升、绩效工资分配等机制对医务人员进行激励,进而

提高其推行分级诊疗积极性^[9-10]。同时,需要全面提升基础合作医疗机构医务人员业务水平,实现诊疗水平同质化,激发医务人员与儿联体成员分工协作的积极性。推进分级诊疗,构建连续健康服务需要解决 4 个问题即患者“愿意去”;基层医疗卫生机构“接得住”;上级医院“舍得放”;政策制度要配套^[11]。打通双向转诊渠道,保证各级医疗机构间的联系畅通才能使不同级机构各司其职、通力合作,形成一个高效运行的整体。

3.3 双向转诊解决途径及流程优化 被调查的医务人员建议要有明确的转诊制度和流程,对医务人员进行专业培训和制订明确的转诊指针及应用第三方应用程序 APP 实施转诊,还有少数人建议将双向转诊纳入绩效考核。我国双向转诊中缺乏转诊标准及配套的医保政策、激励和监管制度不完善等问题较为突出,尚需进一步发展和完善,应从统筹全局出发,着重完善相关配套政策^[5]。我国双向转诊发展比较迅速,在转诊人数、转诊质量、医院综合绩效提升、慢性病管理等方面做出了一定的成绩,但还有一些问题需要解决,需要医院、患者和政府共同努力,完善双向转诊效果评估工具与体系,提升基层医疗机构医疗服务水平,完善转诊流程,提升转诊便利程度,落实配套支持政策,明确各级医疗机构分工并加强合作等,以推进儿联体双向转诊的顺利实施^[6]。远程医疗协作是当前医疗联合体建设与发展的重要内容,通过建设与发展医疗联合体内部的远程医疗协作网络,可以增加优质医疗资源的使用价值,降低大型公立医院期望成本,提高基层医疗机构的服务能力,提升区域医疗整体水平^[12]。信息无法共享已成为医疗联合体双向转诊之间的障碍,如上转过程中无法获得患者的基础资料造成了重复检查问题,下转患者因为信息的不联通性,基层医疗机构无法监测患者是否来就诊及病情发展^[13]。

基层医疗机构的诊疗水平有所提升,医生有了多元性的培养方式,加强综合医院与儿童专科医院的协作联动,建立双向转诊机制,通畅网络渠道,这样既能有效缓解专科医院的压力,也可使综合性医院的儿科资源得到充分利用,有效解决儿童“看病难”的问题。双向转诊能更好地促进儿联体的建立、医院间的紧密合作及医院信息接口无缝连接及患者资料共享等,缓解“看病难、看病贵”的民生问题,实现“常见疾病就诊在基层,疑难和急危重症在儿联体内解决”的目标。同时应探讨信息化技术在双向转诊中的应用可行性,以医生为用户群,研发双向转诊第三方应用程序 APP,开启移动医疗之门,为向下、向上转诊开启绿色通道,简化转诊程序,扩大应用面,以期改善目前转诊困难的现状,使儿科医疗资源得以合理的利用和分配。有团队研发的“哮喘无忧”APP 项目促进了基层医疗机构常见病哮喘的诊疗措施和规范管理,哮喘完全控制率明显升高,在哮喘平稳控制期,平均治疗费用降低,引入全科专科合作的社区儿科普通门诊量增

长,远高于区域内其他社区及综合医院儿科普通门诊量的增幅^[14]。我国分级诊疗模式在“互联网+”下的有效探索,搭建了互联互通的信息化网络平台,如构建转诊信息系统、远程医疗系统、数据中心、健康服务系统,为破除传统模式下分级诊疗的困境注入了活力^[15]。

3.4 借鉴发达国家双向转诊模式助力我国双向转诊制度落实 借鉴发达国家双向转诊模式探索符合我国国情的新模式。从发达国家双向转诊制度的创新性实践不难看出,方法与制度的有效衔接是发展双向转诊制度的基础与保障,单一的卫生服务结构永远不可能满足国民的健康需求^[16]。发达国家的双向转诊制度在整合与协调卫生服务资源之时,形成了一个有序循环的医疗服务回路系统,这离不开双向转诊制度相关的基本医疗体制、医疗保险制度、政府管理制度等的配套支持。例如,在双向转诊流程机制的设计方面,SALTMAN 等^[17]提出完善基本医疗保险支付机制、强化转诊服务的经济补偿措施可以有效促进双向转诊整体的运行。对双向转诊实际效益的分析方面,MACINKO 等^[18]通过多元回归方法分析 18 个亚洲太平洋经济合作组织成员国的健康数据,发现一个国家初级保健系统的发达程度与死亡率呈负相关,初级保健系统是双向转诊制度的核心组成部分。在双向转诊影响因素的剖析方面,MESTRE 等^[19]构建了一种分层多项的数学模型,利用模型分析发现,住院治疗的安排、转诊业务的外部磋商等都对双向转诊造成了重要影响。美国则采用健康保险制度,多以疾病诊断治疗分类标准(DGRs)作为报销管理的依据,达到规定住院天数后必须转往基层医疗机构,否则将由患者自己负担超出时间的住院费用^[20]。研究发达国家双向转诊制度的形成与发展,借鉴其实践与创新,对深入剖析影响我国双向转诊建立及运转的制度性因素,具有重要的理论价值与现实意义。

4 优势和不足

本研究的优势在于各级医院医务人员抽样比例较均衡,减少了样本偏倚,样本的人群代表性相对较高,研究结果能够全面反映真实情况。本研究的局限性在于研究数据均为基于医务人员主观报告而非客观数据,可能存在报告偏移,进一步的研究需要收集客观具体数据更为精确地评价儿联体双向转诊状况。

5 结 论

医务人员对双向转诊的知晓度较高,但双向转诊顺畅度不高,向下转诊意愿明显低于向上转诊,双向转诊运行情况有待改善。儿联体应通过各项举措及统筹联动作用,制订明确的双向转诊制度与流程,加强医务人员的培训及信息系统的建设,完善双向转诊的人才管理和激励机制,加强基层医疗卫生机构建设与人员培养,制订相关政策,确保双向转诊落到实处,加快分级诊疗推进步伐,真正受惠于民。

参考文献

[1] 姜立文,宋述铭,郭伟龙.我国区域纵向医联体模式及发

- 展现状[J]. 医学与社会, 2014, 27(5): 35-38.
- [2] 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 国家卫生计生委关于开展医疗联合体建设试点工作的指导意见: 国卫医发[2016]75 号[S]. 北京: 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会, 2016.
- [3] 方卫, 顾建钧, 张程, 等. 上海市浦东新区区域医疗联合体现状分析[J]. 医学与社会, 2016, 29(8): 12-14.
- [4] 董斌, 赵列宾, 李明, 等. 基于儿科常见疾病的分级诊疗策略初探: 上海东部模式[J]. 中国卫生资源, 2018, 21(4): 333-336.
- [5] 申颖, 黄为然, 纪舒好, 等. 1997—2017 年我国双向转诊现状和效果及问题的系统评价[J]. 医学循证, 2018, 21(19): 3604-3610.
- [6] 钟艳宇, 陈娟. 我国医联体中双向转诊制度的实施现状及对策[J]. 中国医药导报, 2017, 14(16): 154-158.
- [7] 李小莹, 周永建. 我国分级诊疗实施过程中的问题及对策[J]. 中国集体经济, 2019, 35(3): 166-168.
- [8] 李英梅, 殷佩浩, 朱轶群, 等. 医联体模式下各级医疗机构人员对分级诊疗的认知调查[J]. 中国医院, 2017, 21(7): 18-20.
- [9] 潘达颜, 蓝春勇, 李丽, 等. 跨区域医联体医务人员对医联体建设的认知和需求情况[J]. 广西医学, 2017, 39(12): 1900-1904.
- [10] 龚震晔, 陈玮, 费健, 等. 新医改下医联体三级康复医疗服务可行性探讨[J]. 中国医院管理, 2017, 37(1): 31-33.
- [11] 郭燕红. 推进分级诊疗, 构建连续健康服务[J]. 中国全科医学, 2017, 20(1): 1-5.
- [12] 高欢, 杜杏利, 项莉, 等. 远程医疗协作网在医联体建设中
- 的作用探析[J]. 中国医院, 2019, 23(12): 12-13.
- [13] 左旭, 甄诚, 叶小琴, 等. 北京市医联体内医务人员参与医联体工作现状及效果评价研究[J]. 中国卫生政策研究, 2018, 11(2): 37-43.
- [14] 刘世英, 殷勇, 徐娟, 等. 中国儿童哮喘治疗管理类手机应用功能评价研究[J]. 医学综述, 2018, 35(15): 3076-3079.
- [15] 周俊婷, 李勇. “互联网+”破除分级诊疗困境[J]. 卫生经济研究, 2019, 36(10): 30-32.
- [16] 吴文强. 发达国家双向转诊制度建设的实践与借鉴[J]. 重庆交通大学学报(社会科学版), 2015, 15(3): 49-53.
- [17] SALTMAN R B, RICO A, BOERMA W. Primary care in the driver's seat: organizational reform in european primary care[M]. Berkshire: Open University Press, 2007.
- [18] MACINKO J, STARFIELD B, SHI L Y. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970—1998 [J]. Health Serv Res, 2003, 38(3): 831-865.
- [19] MESTRE A M, OLIVEIRA M D, BARBOSA-PÓVOA A. Organizing hospitals into networks: a hierarchical and multiservice model to define location, supply and referrals in planned hospital systems[J]. OR Spectrum, 2012, 34(2): 319-348.
- [20] MACREADY N. Reforming the US health-care system [J]. The Lancet Neurology, 2008, 7(11): 986-987.
- (收稿日期: 2020-05-15 修回日期: 2020-11-12)
- 教学·管理 DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2021. 04. 042

教学医院临床细胞学检验进修学员教育模式的探索之路*

武焕玲¹, 张 健¹, 张之芬¹, 李元堂¹, 李 丽¹, 栾 芳¹, 赵 璞², 卢志明^{1△}

山东第一医科大学附属省立医院/山东省立医院: 1. 临床医学检验部; 2. 医务部, 山东济南 250021

摘 要: 医生进修教育是继续教育的重要形式, 对于医学人才培养具有重要意义。细胞学检验具有极强的临床实践性, 该院临床医学检验部细胞分子遗传科的细胞形态室多年以来一直承担着山东省细胞学检验的进修带教任务, 在规范和完善细胞学进修教育方面积极探索, 包括根据细胞学临床工作的需要, 建立进修人员岗位培训和考核内容; 根据细胞学学科建设的要求和学习规律, 制订了相应的教学体系和教学进度表; 通过理论与实践相结合的教学方法、尝试问题导向学习法和病例导向学习法等新型教学方法, 启发和促进学员对学习内容的理解和实际应用; 逐渐形成了较为明确的进修教育初级教学目标, 即“掌握细胞学工作基本流程、学会辨识和分析细胞基本方法、建立健全血液系统疾病的诊断体系及培养临床细胞学思维能力”; 建立了以能力为导向的教学考核体系。通过以上教学工作的开展, 在培养细胞学进修人员工作上取得了较好效果, 对细胞学检验未来在临床医学检验中如何持续发展具有一定的示范作用。

关键词: 细胞学检验; 进修教育; 教学体系

中图法分类号: R446.9

文献标志码: B

文章编号: 1672-9455(2021)04-0563-04

本院细胞分子遗传科, 源于原检验科的细胞室, 目前已经成为山东省规模最大的细胞学专业科室, 下

* 基金项目: 山东第一医科大学附属省立医院 2020 年度教学改革与研究资助项目(SYJG-05)。

△ 通信作者, E-mail: zhiminglu@yahoo.net。

本文引用格式: 武焕玲, 张健, 张之芬, 等. 教学医院临床细胞学检验进修学员教育模式的探索之路[J]. 检验医学与临床, 2021, 18(4): 563-