

美国毕业后医学教育委员会认证体系改革及其启示*

任莉,王云贵[△]

(第三军医大学药理学系,重庆 400038)

[中图分类号] G648.2

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2017)18-2577-02

美国联邦政府对毕业后医学教育的资金投入主要通过 Medicare 医疗保险机构,而接受该经费的项目必须要通过美国毕业后医学教育认证委员会(ACGME)的认证。因此,ACGME 的认证体系成为美国毕业后医学教育最重要的质量保证机制之一,通过此认证体系来考核和提升住院医师及专科培训医生的培训项目以促进公共健康。美国 ACGME 于 2016 年开始全面投入使用住院医师项目新认证体系。本文将对新认证体系做简要介绍,希望对我国的住院医师培训体系建设提供参考。

1 新认证体系产生的背景

ACGME 作为考察和认证美国住院医师项目的非营利性专业组织。为了应对公众和联邦政府对于美国医疗服务和医学教育的安全和质量担忧^[1-5],启动了成果计划^[6],发布了 6 项胜任力要求,并针对现有体系的问题着手建立新的以教育成果为中心的认证体系^[7-9]。在这样的背景下,ACGME 于 2012 年正式宣布了新认证方案的实施,并通过前期试点后,于 2016 年全面投入使用。

2 新认证体系介绍

新认证体系的目标是培养 21 世纪的医生。对项目的认证将基于项目培训的成果,让优秀的项目可以创新,帮助有问题的项目进行改进,并极大地减少认证过程的行政事务负担。

2.1 新认证体系的结构

2.1.1 年度项目评价和项目自查 新认证体系不再对机构和项目进行周期性的认证,而是要求各个项目进行年度项目评价和项目自查。对于培训项目依托的机构,机构审查委员会将认证要求分为了 4 个部分:(1)机构对其项目进行监管的组织结构及管理人员(例如 ACGME、管理办公室等的设置)。(2)确保机构拥有足够的资源,特别是保障住院医师的待遇(如工资、保险等)。(3)住院医师及专科培训医生的学习和工作条件。(4)机构制订的毕业后医学教育的政策和程序。

作为核心要求,各个项目主任必须任命一个项目评价委员会,至少包括两名教师和一名住院医师,并且有明文的责任规定。项目评价委员会必须每年至少 1 次记录对培训课程的正式和体系的考核,并写出年度项目评价报告。年度项目评价内容包括住院医师的表现、教师的培训、毕业住院医师的表现(如认证考试通过率)、项目培训质量、质量改进计划(正式的、有记录的、由全体教师通过的文件)、质量改进实施进展等。

项目自查是对项目的综合考察,目的在于寻找项目改进目标和项目环境考察,其目的在于加强项目评价的关联性和有效性,以及促进项目表现超越项目认证的要求。考核由临床能力委员会进行。临床能力委员会由项目主任任命,至少由 3 名教

师组成,并有明确的责任分配文件。项目自查在 10 年期项目现场考察前 12~18 个月进行。数据提交期限前 6~7 个月会提起得到通知。

2.1.2 10 年期的项目现场考察 现场考察前 60~90 d 会通知项目进行准备。项目需要更新自查报告和年度报告的最新信息,提供自查过程中发现的改进及未解决的问题信息。现场考察有两名以上的专家,考察结束时会对考察结果进行反馈。但是认证仍然由住院医师审核委员会(RRC)决定。

2.1.3 通过信息平台持续不断的年度监督和认证 RRC 和住院医师项目机构审查委员会(IRC)以年度数据审查的方式进行持续不断的监督和认证。审查的内容包括每年 6 月份提交年度更新数据(包括组织管理、资源、教师情况及教学时间、轮转安排);住院医师调查;教师调查;住院医师操作记录和临床经验(RRC 会对每个住院医师必须的操作例数和单个科室轮转时间做出规定);学术活动;住院医师专业认证通过率及 Milestone 等,RRC 和 IRC 通过审查后给出认证决定。

2.1.4 特别现场考察 在持续的认证过程中,ACGME 可以对有问题的机构或者项目进行特别的现场考察,至少会提前 30 d 通知。考察可以针对项目选择性的方面,比如从年度数据中发现可能存在的问题,项目质量降低的可能原因调查,或者针对投诉进行的调查。考察也可以是一次全面性的,如针对初次申请认证的项目,或者初次认证周期结束时的考察,或者 RRC 发行项目存在有严重的问题时。

2.1.5 临床培训环境考察项目(CLER)^[10] 该项目认为,建立安全的医院文化一个非常重要的特点就是使住院医师参与加强安全和医疗质量的过程中来。该项目只针对 6 个方面进行考察:患者安全、质量改进、交班监督、工作时间监督、疲劳管理和缓解、职业素养。该项目分为 3 个部分:(1)现场考察;(2)CLER 审查委员会;(3)教师和领导力培训。依托机构必须每隔 18~24 个月进行 1 次 CLER 的审查。CLER 是 IRC 和 RRC 进行认证的重要参考,是使正式认证现场考察周期延长到 10 年期的重要保障机制。

2.2 新认证体系的特点

2.2.1 促进临床学习环境的创新和质量改进 为了在保证项目培训质量的基础上促进创新,新的项目认证要求分为两个部分:第一部分是核心要求,包括项目的组织结构、资源或者培训过程的要求。第二部分为成果要求,项目必须细化其住院医师或专科培训医生不同阶段可观察或者可考核的知识、能力、技能或态度。特别是第一部分(非必须要求),要求描述项目为达到核心要求而独有的组织结构、资源或者培训过程。该项目措施使得优秀的项目可以替代或创新其方法方式。

* 基金项目:重庆市高等教育教学改革研究项目(163194)。 作者简介:任莉(1984—),讲师,博士,主要从事医学教育及卫生管理研究。

[△] 通信作者,E-mail:wangyg2001@126.com。

2.2.2 使认证的重点逐渐向培养结果转移 ACGME 通过将 6 项胜任力目标转化为每个专业具体的阶段性目标,使项目主任和教师可以用以对项目整体和单个住院医师进行评价,从而使认证重点从过程向成果转变。Milestone 通常划分为 5 个阶段,并不严格地与住院医师的培训年限相关,只要住院医师达到第 4 阶段就认为达到可以参加专业认证考试的水平。但是,并不是说住院医师达到第 4 阶段就可以毕业。单个住院医师的 Milestone 的考核结果不会提交用于项目认证,但是认证需要项目整体的考核结果。

2.2.3 提升认证体系效率以减少工作负担 新体系改变了过去的认证程序,建立一个持续性认证的认证体系。新认证体系不再对机构和项目进行周期性的认证,而是要求各个项目进行年度项目评价和项目自查,使绝大部分项目减少了工作负担。一般约有 96% 的项目可以得到持续的认证,4% 的项目会遭到警告或者进入观察期,有 2%~4% 的新申请项目,另外可能会有低于 1% 的项目会撤销认证。

2.2.4 促进相关机构的沟通与合作 经过 15 年的协商,新认证体系终于将同时认证医学博士(MD)和整骨医学骨伤科医学博士(DO)的住院医师项目。为此,ACGME 将在目前 27 个专业考核委员会、1 个过渡项目考核委员会、1 个机构考核委员会的基础上增加 1 个整骨医学神经肌肉骨骼医学审核委员会和 1 个整骨医学原理委员会。

3 启 示

目前,我国已经初步建立了住院医师规范化培训管理办法,对组织管理机构、培训基地标准、招生办法、培训标准、考核办法做出规定,并计划建立相应的一套信息系统。美国毕业后医学教育的新认证系统对原有系统进行了大幅度的改革设计,迎合了医疗系统发展的时代需求,对我国住院医师规培的制度建设有很好的借鉴作用。

3.1 注重培训基地的动态管理 新认证体系从组织管理方面进行变革,鼓励优秀的项目进行创新,同时加大了对潜在的不合格项目的认证审查,尤其是通过在线系统的年度自查,例如对专业认证医生通过率等培训成果的数据收集,保证了项目的培训环境和培训质量。我国已经建立培训基地基本条件相关规定。然而,医院的培训资源并不是一成不变的,每年的培训人数也在不断变化之中,培训的结果也可能因对培训的重视程度不同而产生差异。因此,我国应尽快建立国家统一的认证信息平台,实现对培训项目的实时数据收集和质量监控。

3.2 重视住院医师的参与 住院医师作为这个培训体系的“产品”,其亲身体验和建议对培训环境和质量有最重要的发言权。新体系在设计时非常重视住院医师的参与,不仅规定各管理委员会都要有住院医师的成员,并且会通过年度在线问卷调查、现场访谈、建立住院医师论坛等方式使住院医师尽可能表达和交流其培训体验,促进项目的质量改进。目前我国的住院医师规范化培训体系中,住院医师仍然处于弱势地位,尚未建立完善的信息表达渠道,并未将培训医生的满意度纳入项目管理之中,还有很大的改善空间。

3.3 重视住院医师培训项目的医疗安全 参加住院医师培训的医生还处于学习的状态。然而,不管在美国还是中国,住院医师的工作量都非常大,还承担部分对本科生或者低年资住院医师的教学工作。美国政府和公众对承担住院医师培训的教

学医院的医疗安全担心,使得临床培训环境考察项目(CLER)成为新认证体系的重要组成部分。我国的住院医师规培体系也可以参照此体系,加强患者安全、质量改进、交班监督、工作时间监管、疲劳管理和缓解、职业素养这 6 个方面的管理,在保证培训任务的同时确保医疗安全,保障患者利益。

3.4 加强对住院医师培训项目管理者培训 每年 ACGME 都会召开年度教育大会,对项目管理者进行多方面的培训。其内容不仅包括认证要求,还包括培训中如何进行教学、如何进行考核、如何进行项目管理、如何进行质量改进、如何保障医疗安全等多个话题。我国住院医师规范化培训还正在建立和完善阶段,很多项目管理者还缺乏相关教学理论和实践经验指导,急需进行自我提升,否则其培训过程就会回归到以往学徒制式的医学教育。国家相关管理部门可以考虑出台政策鼓励住院医师培训项目进行管理和教学的改革创新。

参考文献

- [1] Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system[M]. US: National Academy Press, 1999: 363.
- [2] Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Crossing the quality chasm—a new health system for the 21st century[M]. US: National Academy Press, 2001: 162.
- [3] Committee on Quality of Health Care in America, Institute of Medicine. Resident hours—enhance sleepness, supervision and safety[M]. US: National Academy Press, 2008: 613.
- [4] Kovner AR, Knickman JR. Health care delivery in the United States [M]. 10 th. Publisher: Springer Publishing Company, 2011: 753.
- [5] Education CO, Medicine IO. Graduate medical education that meets the nation's health needs[J]. National Academies Press, 2014, 8(7): 232-233.
- [6] Swing S. ACGME Launches outcomes assessment project [J]. J Am Med Assoc, 1998, 279(18): 1492.
- [7] Goroll AH, Sirio C, Duffy FD, et al. A new model for accreditation of residency programs in internal medicine[J]. Ann Intern Med, 2004, 140(11): 902-909.
- [8] Morrison LJ. The new recommendations on duty hours from the ACGME task force[J]. N Engl J Med, 2010, 363(2): e3.
- [9] Morrison LJ. The next GME accreditation system—rationale and benefits[J]. N Engl J Med, 2012, 366(11): 1051-1056.
- [10] Weiss KB, Wagner R, Nasca TJ. Development, testing, and implementation of the ACGME clinical learning environment Review(CLER) Program[J]. J Grad Med Educ, 2012, 4(3): 396-398.