



在医院实施健康促进：

手册及 自我评估表

根据健康促进医院和医疗服务国际网络倡议于 2014 年 7 月重印

编辑：

Oliver Groene

卫生系统和服务品质技术官

国家卫生系统分部
国家政策、系统和服务部
巴塞罗那办事处

摘要

健康促进是医疗过程的一个组成部分，涉及临床、教育、行为和组织事项。品质改善需要引入健康促进活动，旨在确保使用有效的方法并持续加以监测，以求改善结果。

鉴于许多常用品质管理工具并不专门针对健康促进活动，我们编制了此《医院实施健康促进手册》。评估医院的健康促进活动；在改善健康促进活动中提升医疗机构的能力；为改善医院的健康促进活动而给出建议；让所有医护专业人员和患者参与改善医疗品质的活动；改善与其他医护提供者的医疗协调性；改善员工和患者的健康及安全。鼓励开展健康促进医院国际网络中的各家医院、品质机构和具体成员使用此工具，在医疗中评估并改善健康促进活动。

关键词

医院
健康促进 - 标准
品质指标
医疗
自我评估计划
欧洲
EUR/06/5064214

向世卫组织驻欧洲办事处索取相关出版物的地址：

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

也可以在世卫组织/欧洲网站 <http://www.euro.who.int/pubrequest> 上在线填写申请表，索取文档、卫生信息或申请引用或翻译许可。

© 2006 年世界卫生组织

保留所有权利。世界卫生组织驻欧洲办事处欢迎部分或全部复制或翻译其出版物。

在本出版物中采用的名称和呈现的资料绝不代表世界卫生组织方面针对下述的任何意见：任何国家、领地、城市或地区或其当局的法律地位，或其边疆或边界的划定。表头中出现的“国家或地区”字样涵盖国家、领地、城市或地区。地图上的虚线表示大致的边界线，可能尚未完全划定。

提及具体公司或某些制造商的产品时，并不意味着其先于其他未提及的同类而获世界卫生组织的认可或推荐。除差错和疏忽外，专利产品的名称采用大写首字母加以区分。

世界卫生组织不保证本出版物中信息的完整和正确，不对因使用这些信息造成的任何损失负责。作者或编辑所表达的观点并不一定代表世界卫生组织的决定或政策陈述。

目录

	页码
鸣谢	5
插图和表格列表	6
1. 序言	7
2. 常见问题	9
3. 背景及方法事项	11
3.1. 医院在健康促进中的作用	11
3.2. 健康促进的概念化	12
3.3. 内部与外部品质的评估	13
3.4. 健康促进的标准	15
3.5. 健康促进指标	19
3.6. 标准与指标的补充使用	22
4. 实施	24
4.1. 分清职责	24
4.2. 收集数据	25
4.3. 解释结果	26
4.4. 制定品质改善计划	27
5. 评估表	29
标准 1: 管理政策	33
标准 2: 患者评估	38
标准 3: 患者信息及干预	43
标准 4: 促进健康的工作场所	47
标准 5: 持续与合作	52
6. 指标描述单	59
7. 术语表	80

鸣谢

本文件的制定得益于许多人的贡献。感谢所有支持和指导这项工作的人，无论是健康促进医院国际网络的工作组，还是外部顾问！

特别感谢支持本工具试点测试的国家统筹专员，感谢花时间评估遵守标准情况和所收集的有关健康促进指标数据的医院医护专业人员！

最后，应提及 Svend Juul Jorgensen 博士对此项目的远见卓识，Mila Garcia-Barbero 博士的一贯支持，以及 Kiki Lomberts 博士有关最后文件的专家意见。

此外，我们感谢世界卫生组织健康促进医院的统筹专员，萧钰麟博士（中国香港），他致力于发展HPH在中国地区的全面推广工作，和协助此文的翻译工作。

插图和表格列表

图 1:	健康促进策略	第 12 页
图 2:	临床、患者和管理方面	第 16 页
图 3:	健康促进标准的三层结构	第 18 页
图 4:	计划 - 执行 - 检查 - 行动周期	第 27 页
表 1:	健康促进指标总览	第 21 页
表 2:	员工政策意识描述单	第 62 页
表 3:	患者（和亲属）意识描述单	第 63 页
表 4:	健康促进预算百分比描述单	第 64 页
表 5:	患者一般风险因素评估描述单	第 65 页
表 6:	患者具体风险因素评估描述单	第 66 页
表 7:	患者满意度描述单	第 67 页
表 8:	患者自我管理学习描述单	第 68 页
表 9:	患者风险因素教育描述单	第 69 页
表 10:	患者信息/干预得分描述单	第 70 页
表 11:	员工吸烟描述单	第 71 页
表 12:	戒烟描述单	第 72 页
表 13:	员工经验描述单	第 73 页
表 14:	短期缺勤描述单	第 74 页
表 15:	工伤描述单	第 75 页
表 16:	工作倦怠量表描述单	第 76 页
表 17:	出院总结描述单	第 77 页
表 18:	再入院率描述单	第 78 页
表 19:	出院准备描述单	第 79 页

1.序言

医院健康促进的作用正在改变。它不再局限于临床程序完成后，向患者提供更多与生活方式相关的信息。健康促进正在成为医疗过程的一个组成部分，涉及临床、教育、行为和组织事项。为了改善慢性和长期病况患者的医疗品质，需将医院的健康促进活动更好地植入更大的卫生系统框架内。随着健康促进活动范围的扩大，提出了关于评估和改善这些活动品质的问题。

在获得专业人士认可的指引、标准和操作指标等改善医疗品质的重要工具中，很少关注健康促进事项。我们因此编制了一种用于医院健康促进的自我评估工具，以处理以下事项：医院的管理政策；有关患者风险因素和健康需求的评估、患者的健康促进信息及干预；促进健康的工作场所以及与其他医疗、社会护理和非正式护理提供者的持续合作²。

本文件提供一种独立的工具，用于评估、监测和改善医院的健康促进活动。该工具基于两种相互补充的品质评估方法：**标准**：关于应落实的医疗架构或流程的获得专业人士认可的陈述；**指标**：处理医疗流程和结果，并提供一种量化工具，用于评估操作随时间的变化或医疗机构之间的差异。详细说来，本文件应有利于：评估医院的健康促进活动；在改善健康促进活动中发展医疗机构的能力；为改善医院的健康促进活动而给出建议；让所有医护专业人员和患者参与到改善健康促进的活动中；改善与其他医疗提供者的医疗协调性；改善员工和患者的健康及安全；协助改造和改变医疗做法及服务，使其效率更高和更有效。

1. Groene O、Garcia-Barbero M. 编辑：《医院健康促进》，《证据与品质管理》，哥本哈根，世卫组织欧洲地区办事处，2005 年（<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>，2006 年 5 月 8 日访问）。

2. 《医院健康促进标准》，哥本哈根，世卫组织欧洲地区办事处，2003 年（<http://www.euro.who.int/document/e82490.pdf>，2006 年 5 月 8 日访问）。

本文以下章节提供一组关于此工具（第 2 节）设计和应用的常见问题和答案。之后，描述了应用于开发此工具的背景和方法（第 3 节）。如何进行自我评估，如何明确数据来源，解释结果并将其转化为品质改善计划（第 4 节）。为了支持数据采集，第 5 节和第 6 节包括一组可用于评估遵守标准（第 5 节）情况的评估表以及健康促进指标（第 6 节）的描述单。最后一节包括一个有关品质和健康促进事项的术语表（第 7 节）。

从概念上讲，健康促进涵盖各种各样的活动、干预、方式和方法，其中一些超出了本文件的范围。决定在本自我评估工具中，只处理那些最容易被与患者打交道的医护专业人员认识的事项，并为此可获得最有力的证据基础。因此，部分包括在先前健康促进医院网络指导文件中的健康促进活动并未完全反映^{3,4}。《医院健康促进十八项核心策略》中总结了对医院健康促进策略性实施指导和对进一步制定健康促进标准指导的综合性框架⁵。部分标准（像患者评估或信息与干预）直接链接于患者安全事项⁶；然而，本文件提供了更多工具，赋予患者和员工更广泛的方法，以补充现有的品质和安全活动。

本文件为有意改善健康促进活动的所有医院和品质机构制定。鼓励从事品质改善领域的组织审阅医院健康促进的标准和指标，并将其纳入该组织的现有系统。

注释：2014 年 9 月由健康促进医院与医疗服务国际网络重印。

自本手册第一次印刷，相关的关键出版物包括：

- Groene O, Alonso J, Klazinga N. 的《世卫组织用于医院健康促进的自我评估工具的开发与验证：在八个国家 38 家医院的研究结果》，《国际健康促进》，2010 年，第 25 期，第 221-9 页。
- Pölluste K, Alop J, Groene O, Härm T, Merisalu E, Suurorg L. 的《爱沙尼亚的健康促进医院：他们正在做的有何不同？》《国际健康促进》，2007 年，第 22 期，第 327-36 页。
- Tønnesen H, Christensen ME, Groene O, O' Riordan A, Simonelli F, Suurorg L, Morris D, Vibe P, Himel S, Hansen PE 的《用于系统性 备案基于医院健康促进活动模型的评定：多中心研究的结果》，《BMC 医疗服务资源》，2007 年，第 7 期，第 145 页。（与世卫组织标准 3 相关）
- Tønnesen H, Svane JK, Lenzi L 等人的《从事 HPH DATA 模型的医疗健康促进：在病历中健康决定因素的基本记录（营养不良、缺乏运动、吸烟和饮酒）》，《国际健康促进》，2012 年，第 2 期，第 5-11 页。（与世卫组织标准 2 相关）
- 报告：Lagarde F. 的《制定健康促进政策和政策纲要的指南》蒙特利尔：蒙特利尔卫生局与社会 服务部2009 年。ISBN 978-2-89510-319-6（与世卫组织标准 1 相关）
- Oppedal K, Nesvåg S, Petersen B, Skjøtskift S, Aarstad AKH, Ullaland S, Pedersen KL, Vevatne K, Tønnesen H. 《健康与在在在医院患者中 健康促进的必要》Eur J Pup Health 2011;21:744-49

3. 《健康促进渥太华章程》，日内瓦，世卫组织，1986 年。（http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf，2006 年 5 月 8 日访问）。

4. 《健康促进医院维也纳建议》，哥本哈根，世卫组织欧洲地区办事处，1997 年（http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1，2006 年 5 月 8 日访问）

5. Pelikan J, Dietscher C, Krajic K, Nowak P. 的《健康促进医院的十八个核心策略》，于：Groene O, Garcia-Barbero M 编辑，《医院健康促进》，《证据与品质管理》，哥本哈根，世卫组织欧洲地区办事处，2005 年：48.-67。（<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>，2006 年 5 月 8 日访问）。

6. 《2005 年前进计划》，患者安全世界联盟，日内瓦，世卫组织，2004 年。（http://www.who.int/patientsafety/en/brochure_final.pdf，2006 年 5 月 8 日访问）

2. 常见问题

问题 1：实施自我评估是否是对世卫组织健康促进医院网络（HPH）成员的强制要求？

否 - 在此阶段，自我评估是一种自愿性质的评估。此工具向成员医院提供的服务，便于明确能够加以改善的领域。

问题 2：在我院实施此自我评估有何益处？

医院可以实施自我评估，以改善患者的医疗、患者的生活品质和员工的健康。自我评估工具有助于明确健康促进服务中的品质差距，为行动计划的制定提供支持。

问题 3：此工具如何与其他品质举措配合？

设定标准的过程是持续品质改善的一个组成部分。本手册中制定的健康促进标准旨在补充未具体关注健康促进的现有品质标准。增补的指标能够按时间对操作进行定量评估。强烈推荐将健康促进标准的自我评估与已在医院使用的品质策略合用。

问题 4：此工具如何提升患者的安全？

医疗信息、教育和沟通是确保患者安全的核心元素。通过提升其意识、激励和回应的水平，此工具对员工和患者皆适用。例如，知情患者能够在住院期间和出院后，在识别风险和想出处理办法中发挥重要作用。知情员工将有助于发展和维护健康、安全的工作场所。

问题 5：什么是标准？

在本文件中，标准描述要求达到的水平。本文件定义五个标准，每个处理一个健康促进方面。每个标准细分为分标准，然后再分解为多个可测量元素。

问题 6：如何衡量遵守标准情况？

遵守标准情况按完成可测量元素与分标准之和进行衡量。可测量元素需评估为全部完成、部分完成或未完成。

问题 7：应如何解释遵守标准情况？

遵守标准情况明确了良好健康促进做法的领域，可以在您医院的其他地方用作范例。未遵守告诉您尚有改善空间的地方。

问题 8：什么是指标？

尽管标准处理要求达到的水平，将其评估为部分落实、完全落实或未落实，为本文件之目的，将指标理解为处理品质的过程和结果领域的定量工具。其通常以分子和分母进行描述。

问题 9：标准与指标有何关联？

本文件中所列指标不用于评估遵守五个标准的情况，而是用于补充事项，应在监测、评估和改善进行评估的健康促进领域中加以考虑。指标以数字表示，用来标记或屏蔽需要改善的领域。

问题 10：如何测量指标？

指标需要长期反复测量，以反映持续的品质改善情况。本手册为每个指标规定了依据、分子和分母描述、数据源和分层。

问题 11：如何才能构建一个行动计划？

行动计划应根据在自我评估期间所增加对标准、指标、意见和评论的评估来制定。行动计划还应处理在评估期间明确的主要差距，反映单位的优先事项。

问题 12：行动计划有何用？

为了确保实施和监测，需将行动计划呈交高级管理层，并纳入医院的品质管理体系。

问题 13：此工具是否可用于相对其他医院的标杆制作？

在此阶段，此工具仅打算用于自我评估。世卫组织和 HPH 网络统筹专员正在考虑未来将此工具用于标杆制作。

问题 14：我们是否会拿到证书？

否，世卫组织不会颁发证书。自我评估、持续品质改善和制定行动计划不会导致“及格”或“不及格”。每家医院各不相同，因此，应量身定制一套不同的行动计划。然而，健康促进医院国际网络可能在未来决定开发一个系统，用来确认达到符合本文件中所提出标准和指标的水平。

3.背景与 方法事项

3.1.医院在健康促进中的作用

在 1990 年代早期，世卫组织发起了一项国际举措，为从事健康促进的医院提供支持。加入健康促进医院国际网络的医院旨在通过将健康促进活动引入其单位和常规做法中，为患者、员工和社区提供高品质的综合医疗和护理服务⁷。

广泛的公共卫生激励，能够为医疗机构提供各种健康促进策略⁸。医院消耗 40% 至 70% 的国家医疗预算，通常雇佣大约 1% 至 3% 的劳动人口⁹。作为工作场所的医院的特点是，存在各种物理、化学、生物和社会心理风险的因素。奇怪的是，在医院（旨在恢复健康的机构），却对危及其员工健康的因素认识不足，尽管有充分证据证明，员工的健康与工作效率和护理患者的品质有关系¹⁰。

而且，医院能够持久影响患者和亲属的行为，身体有恙时更能回应健康忠告¹¹。鉴于欧洲和全世界的慢性病日益盛行且很少遵守治疗方法，疗法教育正成为一个重大问题¹²。许多医院的治疗不在于治愈，而是着眼于改善患者的生活品质。为了维持这种品质，患者及亲属都必须接受教育，更积极地为出院做好准备。尽管医院护理患者的主要职责随出院手续结束，重要的是要强调，从卫生系统角度讲，高再入院率或并发症是可以预防的，如果患者能更好地准备，而后续的医疗服务和社会护理提供者能够持续参与。

7. 《健康促进术语表》，日内瓦，世卫组织，1998 年 (<http://www.who.int/hpr/nph/docs>, 2006 年 5 月 8 日访问)

8. Tonnesen H, Fugleholm AM, Jorgensen SJ. 的《医院健康促进证据》，于：Groene O, Garcia-Barbero M 编辑：《医院健康促进》，《证据与品质管理》，哥本哈根，世卫组织欧洲地区办事处，2005 年：第 22-47 页 (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>, 2006 年 5 月 8 日访问)。

9. Mckee M, Healy J 编辑：《改变中的欧洲医院》，牛津大学，开放大学出版社，2001 年。

10. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. 的《医院护士聘用与患者死亡率、护士工作倦怠与工作不满意》，JAMA, 2002 年 10 月 23-30 日，第 288 (16) 期，第 1987-93 页。

11. Ogden J. 的《健康心理学：一本教科书》，牛津大学，开放大学出版社，1996 年

12. Sabaté E. 的《坚持长期疗法》，日内瓦，世卫组织，2003 年。 (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>, 2006 年 5 月 8 日访问)

医院消耗各式各样的物品，并产生大量的废物和有害物质。引入健康促进策略可以帮助减少环境污染，支持采购当地生产的健康产品和产物。

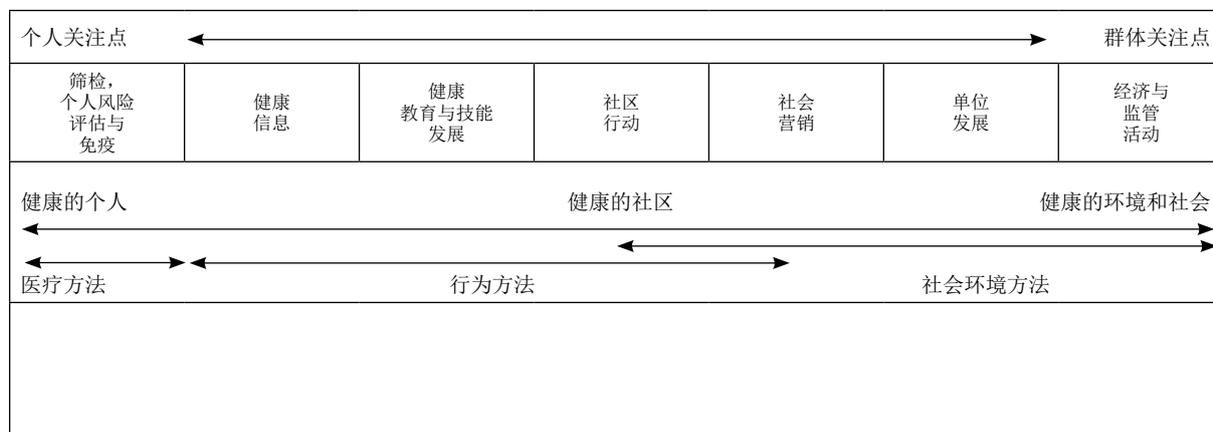
最后，作为研究和教学机构，医院产生、积累并传播大量的知识，能够影响当地的医疗架构，影响其他地方的专业做法。

3.2.健康促进的概念化

健康促进这个术语往往与疾病预防、健康教育或赋权等术语没有明显区别¹³。疾病预防的范围在健康促进术语表中定义为“不仅要预防疾病发生（如减少风险因素），而且要遏制其发展，减少发病的后果”。术语表中还将健康教育的范围定义为包括“自觉创造学习机会，采用某种沟通形式，以改善健康素养，包括改善知识，发展有利于个人和社区健康的生活技能”。赋权和健康促进指向更为广义的概念，已写入《世界卫生组织渥太华章程》，即“使人更能掌控和改善其健康的过程”¹⁴。

在实践中，这些术语经常相互补充或交换使用，其实施措施可能会重叠，然而，就健康促进行动的重点和影响，则存在重大的概念差异（图 1）：

图 1：健康促进策略¹⁵



13. 要了解完整定义和更多参考文献，请参阅第 7 节中的术语表。

14. 《健康促进渥太华章程》，日内瓦，世界卫生组织，1986 年。

15. Bensber M. 的《什么是健康促进急诊部？》墨尔本人类服务部，维多利亚州政府，2000 年。

医疗方法以生理风险因素（例如，高血压、接种状态）为导向，但行为方法以生活方式因素（例如，吸烟、身体不活动）为导向，而社会环境方法以一般状况（如失业、低学历或贫穷）为导向。健康促进由此包括但远超以治愈患者为导向的医疗方法。尽管我们承认，在使用这些术语背后存在不同的理论流派，本手册仅讨论健康促进活动，理解为既涵盖具体行动（如评估患者和提供帮助认识疾病症状的具体信息），又涵盖帮助患者在管理其病情中发挥积极作用等复杂的干预措施。本手册不包括筛检和接种等活动，因为已存在其他相关的品质标准。

我们清楚，在此提出的标准未涵盖与世卫组织健康促进医院国际网络相关的全部活动。处理改善社区健康和医院中的环境事项的标准可能在以后阶段制定。而且，本文件中的标准并无意涵盖全部医疗护理品质。护理品质（定义为“向个人和群体提供的医疗服务水平能够增加达成理想医疗结果的可能性，并与当前专业知识一致”¹⁶）可分为不同的品质方面，如临床护理、以患者为中心、员工导向、应对管理或效率。本文件中描述的标准和指标仅涉及医疗护理品质的健康促进方面。通过在医院中品质改善的操作评估工具，可以促成品质评估的多维视角¹⁷。

3.3.内部与外部品质的评估

品质评估方法大致可分为内部与外部评估。内部评估是指基于判断的评估或基于标准的机构自我评估。外部评估是指专家检验或鉴定¹⁸。标准和操作指标既可用于内部评估和长期连续监测，也可用于外部评估和操作的对比分析（如标杆制作）。自我评估和鉴定分别是内部和外部评估中最常见的形式。

16. 术语表《关于卫生系统和政策的欧洲观察》，（<http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage>，2006年5月8日访问）。

17. 《衡量医院绩效以改善欧洲的护理品质：需要澄清概念并定义主要维度》，《有关世卫组织研讨会的报告》，世卫组织欧洲地区办事处（<http://www.euro.who.int/document/e78873.pdf>，2006年5月9日访问）。

18. Shaw CD. 的《医护的外部品质机理：专家项目的摘要》，《国际医护品质期刊》，2000年，第3期169.-175.

自我评估是医疗机构采用的流程，用于准确评估其相对于既定标准的操作水平，并实施持续改善行动。自我评估既可能涵盖医院的所有活动，也可能侧重于健康促进等具体事项。自我评估使员工能够明确良好做法的领域和需要改善的地方。医院的员工然后能够依照优先顺序计划所需行动或在医院的其他部门复制良好做法。

鉴定也通常是基于自我评估，但随后是外部同行的评估过程。外部评估通常导致对医院品质的总体评估，导致明确需要改善的优先领域，并鉴于已达到要求的操作水平，导致正式宣布医院已通过鉴定。在许多国家，鉴定牵涉到重要的法律、财务和营销事项。

有证据表明，自我评估有助于以多种方式达成品质保证的目标。自我评估是一种推动个体行为改变的低成本方法，从而增加遵守标准情况，分清需要改善的地方，给予参与者自主权，并能够改善上下级之间的沟通¹⁹。

关于自我评估的一个主要问题是，自我评估者是否能够准确判断自己。从自我评估程序中学到的经验是，绩效好的医院通常比绩效不太好的医院更能自我检讨。采纳持续品质改善文化的医院比缺乏这种文化的医院更能感知其改善潜力²⁰。例如，关于自我评估的一项研究表明，对于用药错误和团队配合的情况，绩效好的团队比绩效差的团队能够记录更多错误。为了进一步对此进行探讨，对团队领导进行了采访，结果发现，专制独裁领导带领的是较差的团队，报告较少的错误，或许就不奇怪了。自我评估过程因此容易发生各种偏差，应在结果解释中加以考虑。

通过自我评估过程，学到了两个主要教训：品质改善需要关于绩效的数据和愿意改善的文化。没有关于绩效的数据（按标准或指标进行衡量），绝不能提出品质改善的明确方向。而没有参与和支持的文化，即使有了关于护理品质的数据，品质改善的建议也无法实施。不幸的是，收集的大量数据往往都没有用或未曾用于品质改善举措。在此情况下，数据采集与时间和源自其他行动的其他资源脱节，对护理品质造成负面影响。

19. Bose S, Oliveras E, Edson WN 的《自我评估如何改善医护品质？》，《操作研究课题论文》第 2（4）期，由马里兰州贝塞斯达的品质保证（QA）项目和马里兰州巴尔的摩的 JHP1EGO 公司代表美国国际开发署（USAID）出版。2001。

20. Edmondson AC 的《从错误中吸取教训说比做起来容易：团体和组织对查到并纠正人为错误的影响》，《应用行为科学期刊》，1996 年，32.5.-28。

鼓励或教育是自我评估的一种策略，旨在协助医疗机构发展其持续品质改善的流程。世卫组织并无意将标准和指标用于对健康促进医院网络成员医院进行正式评估、鉴定或排名。制定标准的主要目的是提供一种工具，能够帮助医院评估并改善健康促进活动。然而，必须大力鼓励医院（尤其是健康促进医院网络成员）使用自我评估工具。由于这些标准被视为公共域，我们进一步鼓励所有品质机构和鉴定机构将医院健康促进标准纳入其现有标准中。

3.4.健康促进的标准

在许多国家，品质机构已经制定了医院护理品质的标准。例如，著名机构所在国家包括：澳大利亚，澳大利亚医疗标准委员会（ACHS）；加拿大，加拿大健康服务鉴定委员会（CCHSA）；法国，高级卫生管理局（HAS）；英国，卫生品质服务部（HQS）；美国，医疗机构鉴定联合委员会（JCAHO）²¹。此外，还有国际标准，例如，由国际标准化组织和 JCAHO 的国际分支、国际联合委员会（JCI）制定的标准。这些机构中的大多数致力于完成一套标准，而欧洲品质管理基金会等其他品质机构则是基于力求卓越的原则²²。

经过对各大鉴定机构制定的标准进行审阅后发现，鲜有涉及健康促进活动的²³。因此，世卫组织制定的健康促进标准是对现有鉴定标准的补充，符合在各单位持续改善品质的一般理念。一般而言：

尽管这些标准被广泛应用于中央医疗单位（例如，实验室、放射科、内镜检查、救护车、手术室），但由于缺乏患者导向和临床结果，尚未被医护专业人士普遍接受。

21. 《医护服务的品质与认证，一种全局性审查》，ISQuA 与世卫组织，日内瓦，世界卫生组织，2003 年。（EIO/OSD/2003）
（http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EIP_OSD_2003.1.pdf，2006 年 5 月 8 日访问）。

22. Möller J. 的《EFQM 卓越模型，在医护中采用 EFQM 方法的德国经验》，《国际医护品质期刊》，2001 年，第 13（1）期 45-49。

23. 《制定医院健康促进的标准》，《关于医院健康促进标准第一次研讨会的背景论文》，哥本哈根，世卫组织欧洲地区办事处，2002 年（5038045/5）。

卓越模型通常按单位的标准构建，当应用于医疗时，缺乏关于患者护理流程的标准。鉴于在一些模型中包含强大的客户和员工导向，世卫组织的健康促进标准可被视为一个必要的补充。

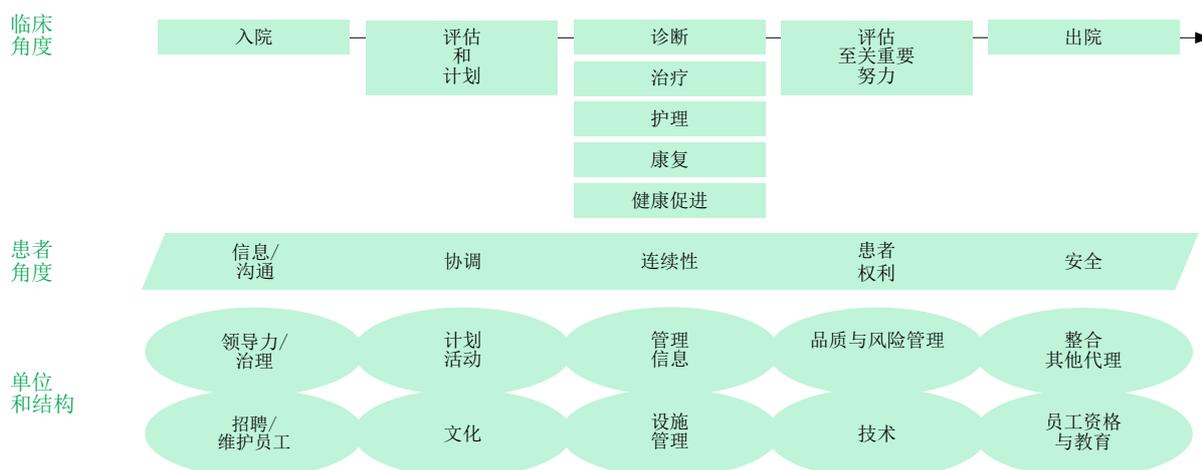
鉴定标准已在许多国家的医院获得应用，并部分处理一些患者教育的成分，尽管缺乏员工健康导向。世卫组织的标准能够补充这样一种方法，即更注重长期护理管理对患者的作用，注重改善员工的健康。

标准的内容

这些标准考虑个人的健康潜力，强调通过信息、激励、咨询、培训或其他活动实现其健康潜力的重要性。由于信息、教育和忠告仅能导致持续的行为改变，如果获得现行规范、规则和文化的支持，在单位中的健康促进干预措施必须能够处理这些根本因素。基于健康促进医院网络（HPH）的理念，这些标准不仅处理患者护理，而且处理员工的健康、医院与社区的联系以及单位的发展。定义这些标准内容的依据是 HPH 网络的理念、医院健康促进活动的证据基础，及有关在单位中实施品质管理的证据。这些标准适用于直接或间接涉及患者护理的医疗机构的所有部门（例如，公立和私立医院，以及康复单位），而且适用于精神科或儿科医院。

这些标准代表医疗机构的品质目标，涉及三个不同的方面：临床方面、患者方面和单位/管理方面（图 2）：

图 2：临床、患者和管理方面



制定过程

遵循健康促进医院丹麦网络属下工作组的建议，成立世卫组织专家工作组，以制定健康促进的标准。五个标准描述了多个原则和行动，应成为每家医院从事护理的一部分²⁴。该等标准按照 ALPHA 计划的国际要求制定，其中包括对文献的严格审查、标准的建议、标准的审查、起草初步标准、试点测试、制定“最终的”标准、实施和持续修订、依据证据和医护服务的变化进行调整²⁵。

文献审阅证明，现有标准仅能勉强处理医院健康促进的事项。就这些标准需要处理的五个方面达成一致后，又制定了一套子标准，使标准中的规范性内容具有可操作性。子标准的依据健康促进行动的最佳证据。进一步推导出可衡量元素，以改善评估程序的有效性和可靠性。需将其对应评估的具体证据一起备案（例如，如果“已明确评估和实施健康促进的职责”评估为正面，必须通过一份规定这些职责的报告加以备案等）。故此，可衡量元素和证据之目的是减少个人可能带入评估程序的偏见。

可衡量元素评估为“是、部分是或否”，但应通过每个可测量元素下面的文本框备案证据，以强调增加定性信息的重要性，例如，应阐明为什么可衡量元素仅评估为部分是或否，也可以增加对品质改善计划的制定具有重要性的任何信息。尽管外部评估通常满足于符合某个标准，但更多了解品质如何能够进一步改善，对于内部品质的改善则更为重要。包含在文本框中的定性信息帮助达到此目标。

标准、子标准、可衡量元素已在九个欧洲国家的 36 家医院试点²⁶。试点测试的主要目的是评估在欧洲国家的不同类型医院中，医护专业人士是否将其视为具有关联性和适用性。此外，还评估了目前这些标准的达标情况，旨在明确其可能的影响。与此同时，已将初步标准发送给国际鉴定机构及其他从事医疗品质改善的组织，以征求意见和建议。

24. 《制定医院健康促进的标准》，哥本哈根，世卫组织欧洲地区办事处，2003 年（<http://www.euro.who.int/Document/IHB/hphstandardsfinrpt.pdf>，2006 年 5 月 8 日访问）。

25. 《医护认证机构的国际标准》，国际医护品质协会（<http://www.isqua.org/isquaPages/Accreditation/ISQuaIAPPrinciplesV2.pdf>，2006 年 5 月 8 日访问）。

26. Groene O, Jorgensen SJ, Fugleholm AM, Moeller L, Garcia-Barbero M 的《在九个欧洲国家进行标准的试点测试结果》，《国际医护品质保证期刊》，2005 年，第 18（4）期第 300-307 页（www.emeraldinsight.com/0952-6862.htm，2006 年 5 月 8 日访问）。

标准介绍

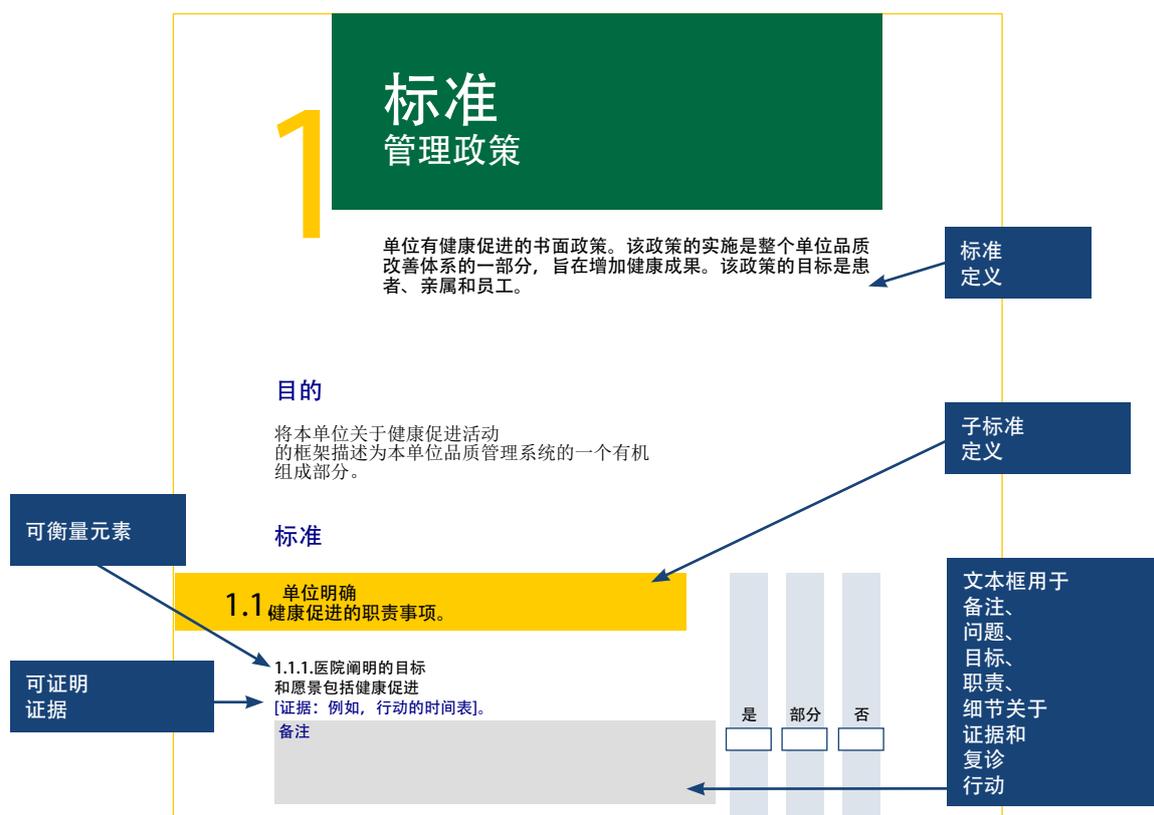
每个标准都有三个层面（图 3）：

一层是标准本身的层面。五个标准处理管理政策；患者评估、信息及干预；促进健康的工作场所以及持续性与合作性。

二层是子标准的层面。子标准使标准具有可操作性，将其分解为几个主要部分。总共有 24 个子标准；每个标准的子标准数从 4 个到 6 个不等。

三层是可衡量元素。可衡量元素只列出需要完全遵守标准的内容。列出可衡量元素的意图是使标准更清晰明了，帮助各单位的员工学习标准，为鉴定考察做好准备。可衡量元素是标准中的要求，需要进行检查并评估为未完成、部分完成或全部完成的内容。总共有 40 个可衡量元素；每个标准的可测量元素的数目从 6 个到 10 个不等。

图 3：医院健康促进标准的三层结构



3.5.健康促进指标

为了对这些标准进行补充，提供一种评估持续改善的量化衡量工具，制定了绩效指标。如果在制定标准中建议的结构和流程已经落实，指标将用于在评估可预计结果中填补差距。相较于标准，指标提供定量依据，用于评估、监测和改善护理水平，可以协助医护专业人士和管理者制定目标和评估品质改善活动的进展。

指标的定义及特点

指标的各种用途可能大不相同，例如，用于备案护理品质、各地之间进行长期比较、做判断和设定优先事项、支持问责制、监管和/或鉴定、支持品质改善、支持患者选择不同的医护提供者²⁷。指标因此能够用于内部和/或外部目的。内部目的涉及作为医疗服务提供机构的医院的各种管理职能，如长期（策略）或短期监测、评估和改善这些职能。外部目的涉及对利益相关者的问责，如融资机构（无论是保险人还是国家）、患者/消费者和广大公众。

指标主要处理护理的流程和结果方面，尽管其可能也涉及结构性特点（专家与其他医生的比例）。其可以各种方式描述为分率（在一个具有可比较分母数的给定群体中的事件数）、比例（在一个给定群体中事件的百分数）、比率（两个比例之间的关系）、平均值（统计调查的分值）或绝对数。指标也可以指哨兵事件，即本质上不可取的现象，而每个事件都将引发一个深入调查。一个哨兵事件的例子就是错误部位手术。其可能是一般性（例如，未安排返回手术室的比率）或具体疾病（例如，入院后不到24小时内接受 β 受体阻滞剂的心肌梗死患者的比例）。

在本医院健康促进自我评估工具中，指标提供量化衡量，旨在评估所选定关键流程的长期进展及所选定健康促进指标的结果。指标的目的在于支持持续的内部品质管理，而不是支持任何问责决定。然而，未来可能用于健康促进活动的标杆制作要等到证明其科学合理，并对健康促进活动的评估和改善有用后。

27. Mainz J. 的《定义和分类品质改善的临床指标》，《国际医护品质期刊》，2003年，第15（6）期523.-530.

将指标与绩效关联

一个指标提供关于一个具体事项的信息，而一组指标能够提供关于一个复杂的现象（例如，护理品质）的信息，现象本身不容易捕捉到该信息。其有效性在于可衡量元素与根本概念之间关系的强度。指标仅仅是衡量参数，而不是判断参数。单个指标无法用来判断医院的绩效，但若干个指标聚在一起却可以这样做。更多信息（如参考点或解释性变量）需要考虑根据指标得出的判断。例如，中风住院平均 10 天认为是好还是坏？这个问题的答案取决于所在国的平均住院时间、有无康复病床或中风患者在医院病情的严重程度、出院时的健康状况，以及回家后医院提供或安排的支持等。

将指标用于标杆制作

指标可用于医院之间进行绩效比较。必须积极努力阐明指标，获得清晰的定义（分子与分母），并调整可能给比较造成混淆的因素。例如，如果不调整年龄、病情严重程度和合并症等结果，死亡率的比较做不好。然而，即使采用多变量统计技术进行全面的风险调整后，不明原因的残留变化仍可能限制比较的作用。

需要将简单比较与标杆制作的概念加以区分。比较是将衡量值相互关联的不太严格的术语，而标杆制作则隐含将单位的评估结果与其他单位的结果进行比较，并对比其他单位认可为卓越的流程进行检查，作为实施改善的一种手段。因此，标杆制作隐含对比其他单位进行比较、识别卓越，最后查验在考虑事项中促使一家单位卓越的因素。

制定健康促进的指标

为了明确目前正在使用的与健康促进相关的指标，对常用绩效评估框架做了审查，仅有几个指标与健康促进相关，而已明确的 300 个指标中的大部分用于处理临床效果域²⁸。因此，设定指标是为了补充医院健康促进的自我评估工具，需采用工作组和共识方法。举行了两次国际会议，与会专家来自指标开发、品质改善、鉴定和健康促进领域²⁹。

28. Champagne F, Guisset AL 的《对当前使用于绩效评估系统中指标的评论，背景论文》，哥本哈根，世卫组织欧洲地区办事处，2003 年（5038066/9）。

已明确的健康促进指标可能不如已在临床实践中长时间使用的其他指标那样科学合理。应该强调的是，医护健康促进活动的绩效评估还是一个新的领域，将从进一步发展中受益。就数据采集而言，许多健康促进指标可能需要做更多工作，因为信息一般不会通过常规信息系统获得。不过，这也带来了采集更详细数据的机会，以便对比较参数做出更好的调整，或更好地适应本单位的优先事项。

选用了下列指标来补充在医院健康促进自我评估工具中所提出健康促进的五个标准（表 1）。

表 1：健康促进指标总览

标准/域	指标
管理政策	了解健康促进政策的员工百分比 了解健康促进标准的患者百分比 投入员工健康促进活动的预算百分比
患者评估	做过一般风险评估的患者百分比 按照指引做过某种疾病的风险因素评估的患者百分比 患者对评估程序满意度问卷的分值
患者信息和干预	受过关于自我管理其病情的具体行动教育的患者百分比 受过关于在管理其病情中修改风险因素和选择治疗方案教育的患者百分比 患者的信息和干预程序体验问卷分值
促进健康的工作场所	吸烟员工百分比 戒烟 员工工作条件体验问卷的分值 短期缺勤百分比 工伤百分比 工作倦怠量表的分值
连续性与合作性	两周内出院总结发送给一般医护执业者或转介门诊或出院时交给患者的百分比 5 日内因非住院护理的过敏病情而再入院率 患者出院准备问卷的分值

29. 《健康促进的标准：自我评估工具指标的制定》。世卫组织欧洲地区办事处，2003 年 (<http://www.euro.who.int/document/E84988.pdf>, 2006 年 5 月 8 日访问)。

这些指标详述于第 7 节。每个指标都备有描述单，以处理下列事项：域、名称、依据和判断、分子、分母、数据源、分层和注释。

3.6.标准与指标的补充使用

标准主要侧重于结构与流程，而指标主要指过程与结果。指标具有不同的度量属性，需要分子和分母。标准需要明确定义，但不一定用数字表示。标准与指标之间的关系是相互补充；两者遵循不同的理念，并能合为一体，支持医院品质改善活动。

使用标准和指标来评估品质

基于标准的评估就是要评估是否已落实适当的结构、系统和流程，并能发挥作用，始终如一地达成有利的结果。基本假设是，如果符合标准，所有元素得以落实，从而有最大机会为患者、员工或一般大众带来好结果（或效果）。标准用来衡量提升品质的工作情况。因此，通过评估是否符合标准而提出这样的问题：“该单位的行事正确吗”，“行事一贯正确吗？”然而，评估标准并不产生有关某个单位实际绩效的信息。

在另一方面，基于指标的绩效评估衡量做过的事情及做得好不好。尽管绩效衡量可能具有结构属性或属于结构性过程，理想的绩效衡量能处理结果，如医疗结果、健康状况、患者满意度和与护理相关的资源利用。采用绩效衡量受限于采集和分析数据的挑战，需要根据可能的干扰因素进行调整。单一指标难以进行解释，只有选定指标具有相互关联性，才能反映品质改善的潜力。

根据 Donabedian 的类型学理论，品质可以通过结构、过程和结果进行评估。尽管最终看重结果，从品质改善的角度来看，重要的是要研究结构、过程和结果之间的关系。将互补的标准和指标相结合，即能处理结构、过程和结果之间的关系。不遵守标准可能预示了结构或过程改变的苗头，为产生正面结果创造最大机会时需要这种改变。例如，尽管哨兵事件等负面结果信息对于监控很重要，但一旦事故发生，要想改变已经为时已晚。

在自我评估工具中使用标准和指标

在世卫组织的自我评估工具中，标准仅通过可衡量元素加以评估。健康促进指标是为了补充标准遵守情况的评估，反映持续遵守标准的情况。医院自行决定应采集什么补充指标数据，但每个域应至少采集一个指标。自我评估工具还有一节阐述附加的指标，其中可能报告了当地具有重要性或常规可用的指标。如果医院选择增加任何附加指标，应记住，这些指标应以本手册所含指标相同的方式进行描述。

自我评估过程中指标的主要用途是建立一种可操作基准，进一步实施品质改善行动，这应该在制定品质改善行动计划中加以考虑。这种基准将为长期重复衡量绩效提供强有力的支持。

4.实施

4.1.分清职责

重要的是要强调，健康促进工作无法委派给医院中的一个具体岗位或职能部门，因其是“医院中每个人的职责”，患者和每位员工都能做出贡献。作为一个品质事项，健康促进活动就像其他临床品质事项一样，应通过标准和指标加以评估。在此背景下，可以将其视为对现有品质举措的“增值”，而且应将健康促进活动的自我评估纳入医院现有的品质管理体系中。

重要的是要强调，所有员工都要致力于该活动的成功实施。个人努力因其兴趣和所受激励而异，但在全院和参与者中倡导实施是获得成功的两大关键支柱。需要建立一个团队，并明确定义岗位和职责：

合作伙伴：

医院管理：医院的高管、管理部门和管理人员的努力是成功实施该活动的基本保证，以此确保行动计划的实施，并为执行任务提供资源。

活动实施的领导者：还有一个关键，就是在医院中任命一位活动实施的领导者，负责自我评估过程并培训其他员工。理想的人选可能是已在医院中负责其他品质举措的人，因为活动的实施需要像任何其他品质改善活动那样运作。

健康促进域的牵头人：活动实施领导者不妨在五个健康促进领域的每一个都提名一位牵头人（但牵头人可能要负责一个以上的标准）。牵头人需要负责评估遵守标准和子标准的情况。他们将负责收集支持其做出回应的证据。他们还将负责与指导组的其他成员协作，采集健康促进指标的数据。

多学科指导组：活动实施领导者需要建立一个代表各个层面员工的多学科指导组。指导组需要定期开会，讨论自我评估的进展情况、提出跨学科的想法以及促进更多人参与。每家医院都必须根据本单位情况明确指导组的成员。不过，建议下列员工应包括在多学科指导组中：

- 负责品质/临床审计的高级护士，
- 高级和初级医生，
- 高管，
- 人力资源/人事工作人员，
- 与医药相关辅助专业的员工（例如，理疗、职业疗法）、一般辅助医疗服务（例如，放射）和/或来自非临床服务的员工。

4.2.采集数据

医院不同层面的员工都应该参与采集数据, 支持对遵守标准的情况做出集体回应。重要的是要强调，在自我评估中，如果没有相关员工的配合，一个人极少有所作为，因为这样可能阻碍员工的归属感，因此需要集体参与学习过程。

三个主要的数据来源可在医院内用于评估标准和指标：常规信息系统、统计调查方法及审计程序。此外，保险公司等外部合作伙伴可以提供一些数据，其中可能包括员工的健康行为或缺勤率。

常规信息系统可能包括部分健康促进标准和指标的信息；特别有用的是病历电子系统，能够根据具体健康促进评估或活动的需求来检索信息。管理数据库可能在一定程度上包括有关工作场所健康促进指标的信息。凡可从常规来源获得数据，都应用于自我评估，以减少数据采集的工作量。然而，在此类数据库中包含的信息类型可能不够具体而无法用于评估健康促进事项之目的。此外，可能将其用于其他用途的机会也很渺茫。

需要对一系列健康促进指标进行**统计调查**。这可能不仅是关于患者体验的统计调查，而且也是有关员工体验的统计调查。由于进行这些统计调查一定要采用有效的可靠方法，从而可能占用大量资源，因此应尽可能限制统计调查的使用。应另外考虑采用其他方法，如利用现有患者和员工统计调查中的内容来评估健康促进标准和指标。需要**审计**临床记录，以评估某些处理评估、信息和干预的标准。审计程序的细节摘要如下。

标准

涵盖管理水平和医院各个部分的标准（管理政策、促进健康的工作场所、连续性和合作性）应由医院管理层或品质委员会（若有）进行评估。临床活动的标准（患者评估、信息及干预）应在临床单位的层面进行评估。建议随机选择出院后 3 个月内再入院患者的 50 条记录用于评估。审计组应为跨学科组，成员具有在单位中有良好文档管理知识的专业人士。“病历”术语涵盖所有类型的文档（医疗记录、护理记录、治疗师和营养师注释等），需要在评估医院遵守标准的情况中加以考虑。

指标

指标需要在自我评估工具中报告。然而，为构建指标的数据采集过程需要单独进行。由医院自行决定应选择哪一个指标，然而，应选择至少一个指标，以补充五个标准中的每一个。

指标需要在自我评估工具中报告，根据遵守标准的情况和按指标所达绩效水平的评估，制定行动计划。需要长期重复衡量指标，以反映指标的变化。建议每六个月采集一次关于指标的数据。

4.3.解释结果

品质衡量需要总结有关为患者提供医护的数据，将结果表示为分率、比率、频率、分布率或平均绩效分值。

衡量值往往包括度量的数字和单位，数字提供大小，单位提供解释数字的背景。难以将一个品质衡量的结果解释为好或差，除非有与其比较的标准。不同类型的比较是在单个时间点与类似医护提供者的外部比较、与类似医护提供者的长期外部比较、长期内部比较（品质改善工作前后的比较分值）以及预订标准（例如，区域健康计划设定的目标）。

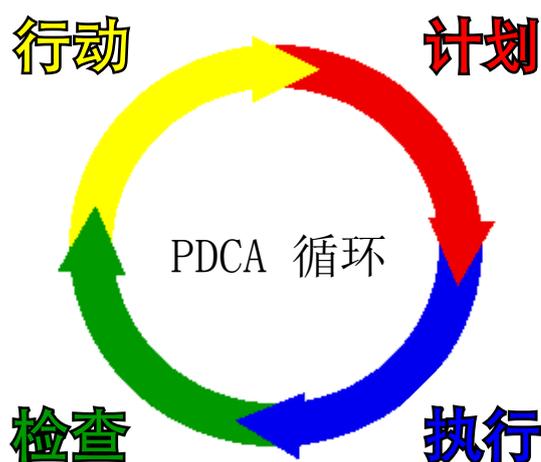
成熟的护理标准已存在于医护治疗及服务的某些领域。在此情况下，有可能得出结论，品质问题或许存在，或许不存在。在没有护理标准的地方，只有与实施衡量或国家目标的单位等设定的那些目标等比较时，结果才有意义。建议不仅要在医院内讨论自我评估的结果，而且要与其他开展健康促进活动自我评估的医院进行讨论。

4.4.制定品质改善计划

实施时，建议遵循计划 - 执行 - 检查 - 行动 (PDCA) 的循环。PDCA 循环最初由 Walter Shewhart 于 1930 年代设想出来，后来被 W. Edwards Deming 采纳。该模型提供了一个流程或系统改善的框架，可用于指导整个改善，一旦明确改善的领域，也可用于开发具体项目。

PDCA 循环的宗旨是用作动态模型 (图 4)。完成循环一周后进入下一循环的起点。遵循持续品质改善的精神，一定要对流程重新分析后，才能开始对新的更改进行测试。

图 4：计划 - 执行 - 检查 - 行动的循环



计划：计划一个旨在改善的活动、项目或程序。这牵涉到分析计划改善什么、寻找存在改变机会的领域，以及判定投入能够实现最大的回报之所在。

执行：进行改变或测试 (最好是小规模)，实施在计划阶段决定的改变。

检查：检查结果并分析成败得失。这是 PDCA 循环的关键一步。实施短期改变后，必须判定其效果如何。是否真的达到了所希望的改善？必须确定几个衡量参数，用于监测改善的水平。

行动：采纳、放弃改变或再次循环。

在自我评估程序中，工具的每一节都包含一个文本框，其中需将通过评估标准和指标明确的品质改善行动备案，并需要明确采取该行动的职责事项。而且，需要备案该行动及其预计结果的时间框架。自我评估工具的最后一节包含另一种文本框，其中将报告与具体标准相关的总体品质改善活动及行动。

活动实施领导者的职责就是，与多学科指导组一起，填写尽可能准确的数据，同时采取现实可行的品质改善行动，以获得高层对实施建议的支持。自我评估完成后，指导组将能明确良好做法的领域和有待发展的领域（医院未遵守标准或子标准）。然后制定一项处理这些事项的行动计划。重要的是，计划中的行动涉及地方和国家的优先事项或目标以及医院自身的可用资源。行动计划还应纳入医院的现有管理体系以监测发展。

成功明确品质改善潜力后，活动计划与实施以及后续的自我评估需要继续按品质改善循环进行。伴随每次整个 PDCA 循环的完成，可以执行新的和稍微更复杂的任务，以持续进一步改善服务事项。

5. 自我评估表

自我评估的责任

自我评估的责任应在本节中备案。必须有一个人全面负责（实施的领导者）。根据医院的结构和可用的人力资源，可以为不同的标准分配更多责任（例如，负责标准 1 和 5 的评估可以是业务高管，而负责其他标准的评估可以是一位临床服务成员）。每个成员都应签署一项协议，确认他们将采集数据或监督数据的采集。

行动计划应由整个指导组讨论并制定。项目领导者批准行动计划，并推动其实施。行动计划需提交管理层。

实施领导者

（负责整个自我评估过程并提交结果）

姓名		
职能		
日期	/	/

签名

指导组成员

姓名	部门	职称/ 职能	职业/ 学科

标准 1 的实施领导者：管理政策

姓名		
职能		
日期	/	/

签名

标准 2 的实施领导者：患者评估

姓名		
职能		
日期	/	/

签名

标准 3 的实施领导者：患者信息与干预措施

姓名		
职能		
日期	/	/

签名

标准 4 的实施领导者：促进健康的工作场所

姓名		
职能		
日期	/	/

签名

标准 5 的实施领导者：连续性与合作性

姓名		
职能		
日期	/	/

签名

1

标准 管理政策

单位有健康促进的书面政策。该政策的实施是整个单位品质改善体系一部分，旨在增加健康成果。该政策的目标是患者、亲属和员工。

目的

为了描述本单位活动的框架，涉及将健康促进作为本单位品质管理体系的一个组成部分。

标准

1.1. 本单位应明确健康促进的职责事项。

1.1.1. 医院阐明的目标和愿景包括健康促进
[证据：例如，行动时间表]。

备注

是 % 否

1.1.2. 管理部门会议纪要再次确认过去一年内同意加入世卫组织 HPH 网络 [证据：例如，决策或支付年费的日期]。

备注

是 % 否

1.1.3.医院目前的品质和业务计划包括为患者、员工和社区的健康促进（HP）
[证据：例如，健康促进已在行动计划中阐明]。

备注

是	% 部分	否
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.1.4.医院明确人员和职能部门以协调 HP[证据：例如，已提名协调 HP 的员工]。

备注

是	% 部分	否
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2.

单位分配资源用于健康促进的实施。

1.2.1.已明确用于 HP 服务事项和材料的预算[证据：例如，预算或员工资源]。

备注

是	% 部分	否
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2.2.在临床部门中提供可操作程序，如临床做法指引或整合 HP 行动的途径 [证据：例如，检查指引]。

备注

是	% 部分	否
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.2.3.健康促进所需具体的结构和设施（包括资源、空间、设备）可以明确[证据：例如，提供升降患者的设施]。

备注

是	% 部分	否
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3.

单位确保提供采集和评估数据的程序，以监测健康促进活动的品质。

1.3.1.正常获取有关 HP 干预措施的数据并提供给员工进行评估
[证据：例如，在员工统计调查中评估资源供应]。

备注

是

%
部分

否

1.3.2.健康促进活动品质评估的项目已设立
[证据：例如，提供统计调查的时间表]。

备注

是

%
部分

否

标准 1：管理政策

补充性指标

- _____ 员工了解健康促进政策的百分比
- _____ 患者（及亲属）了解健康促进标准的百分比
- _____ 预算专门用于员工 HP 活动的百分比

其他指标

(可能想要为行动计划考虑的地方性指标)

标准 1：管理政策

行动计划

	行动	责任人	时限	预期结果
一般 评注				
1.1.				
1.2.				
1.3.				

2

标准 患者评估

单位确保医护专业人士与患者合作，系统地评估健康促进活动的需求。

目的

为了帮助患者治疗，改善预后，促进患者的健康和福祉。

标准

2.1. 单位确保向所有患者提供评估其健康促进需求的程序。

2.1.1. 提供如何明确吸烟状况、饮酒量、营养状况、社会心理、经济状况的指引
[证据：例如，检查是否提供]。

备注

2.1.2. 在上一年中已修订的指引/程序[证据：例如，决策修订指引的日期、责任人]。

备注

是	% 部分	否
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
是	% 部分	否
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.1.3.提供如何明确患者群体的 HP 需求的指引（例如，哮喘患者、糖尿病患者、慢性阻塞性肺病、手术、康复）
[证据：例如，在临床部门为患者组具体治疗]。

备注

是

%
部分

否

2.2. 患者健康促进需求的评估在首次与医院联系时完成。这要经常检查，必要时根据患者临床病情或应请求进行调整。

2.2.1.评估备案于患者的入院病历
[证据：例如，经审计病历加以明确]。

备注

是

%
部分

否

2.2.2.存在指引/程序用于出院或结束干预时的重新评估需求
[证据：例如，存在指引文件]。

备注

是

%
部分

否

2.3.

患者的评估需求反映由他人提供的信息并确保对社会和文化背景的认知。

2.3.1.在患者病历中提供了来自转介医生或其他来源的信息
[证据：适于所有经医生转介的患者]。

备注

是

%
部分

否

2.3.2.患者的病历记录了相关的社会和文化背景[证据：需要特殊饮食或其他具体关照的宗教文化。注明患者面临风险的社会状况]。

备注

是

%
部分

否

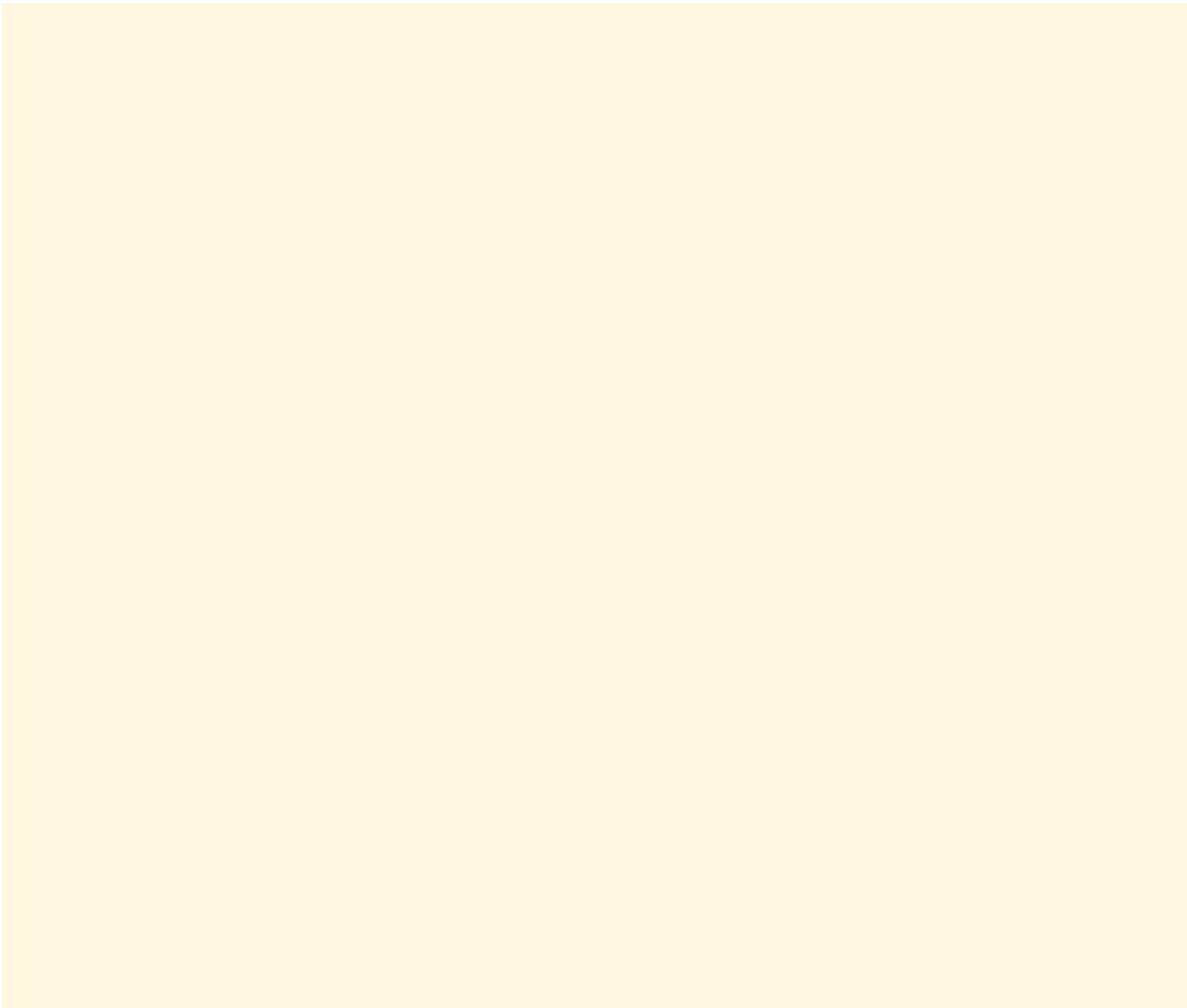
标准 2 患者评估：

补充性指标

- _____ 患者做过一般风险评估的百分比
- _____ 患者根据指引做过具体疾病的风险因素评估的百分比。
- _____ 为患者对评估程序满意度统计调查的分值

其他指标

(可能想要为行动计划考虑的地方性指标)



标准 2：患者评估

行动计划

	行动	责任人	时限	预期结果
一般 评注				
2.1.				
2.2.				
2.3.				

3

标准 患者信息与干预措施

单位向患者提供关于其疾病或健康状况重大因素的信息，确立在所有患者医护途径实施健康促进干预措施。

目的

为了确保患者知情规划的活动，赋权患者主动参与规划的活动，以便通过所有患者途径整合健康促进活动。

标准

3.1. 基于健康促进需求评估，患者知情影响其健康的因素，通过患者参与，达成健康促进相关活动的计划。

3.1.1. 给予患者的信息记录在患者病历中[证据：例如，随机审阅患者的病历]。

备注

3.1.2. 健康促进活动和预计结果在病历中备案并评估[证据：例如，患者病历的审计]

备注

	是	% 部分	否
3.1.1. 给予患者的信息记录在患者病历中[证据：例如，随机审阅患者的病历]。	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.1.2. 健康促进活动和预计结果在病历中备案并评估[证据：例如，患者病历的审计]	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.1.3.患者对所提供信息满意度的评估已执行,结果已整合到质量管理体系
[证据:例如,各种评估方法:统计调查、重点问题组访谈、问卷调查。时间表]。

备注

是	% 部分	否
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2. 单位确保所有患者、员工和访客知晓影响健康因素的一般信息。

3.2.1.提供一般健康信息
[证据:例如,提供印刷品或在线信息或特殊信息服务台]。

备注

是	% 部分	否
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2.2.提供有关高/风险疾病的详细信息[证据:例如,提供印刷品或在线信息或特殊信息服务台]。

备注

是	% 部分	否
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3.2.3.提供患者单位的信息
[证据:例如,提供联系地址]。

备注

是	% 部分	否
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

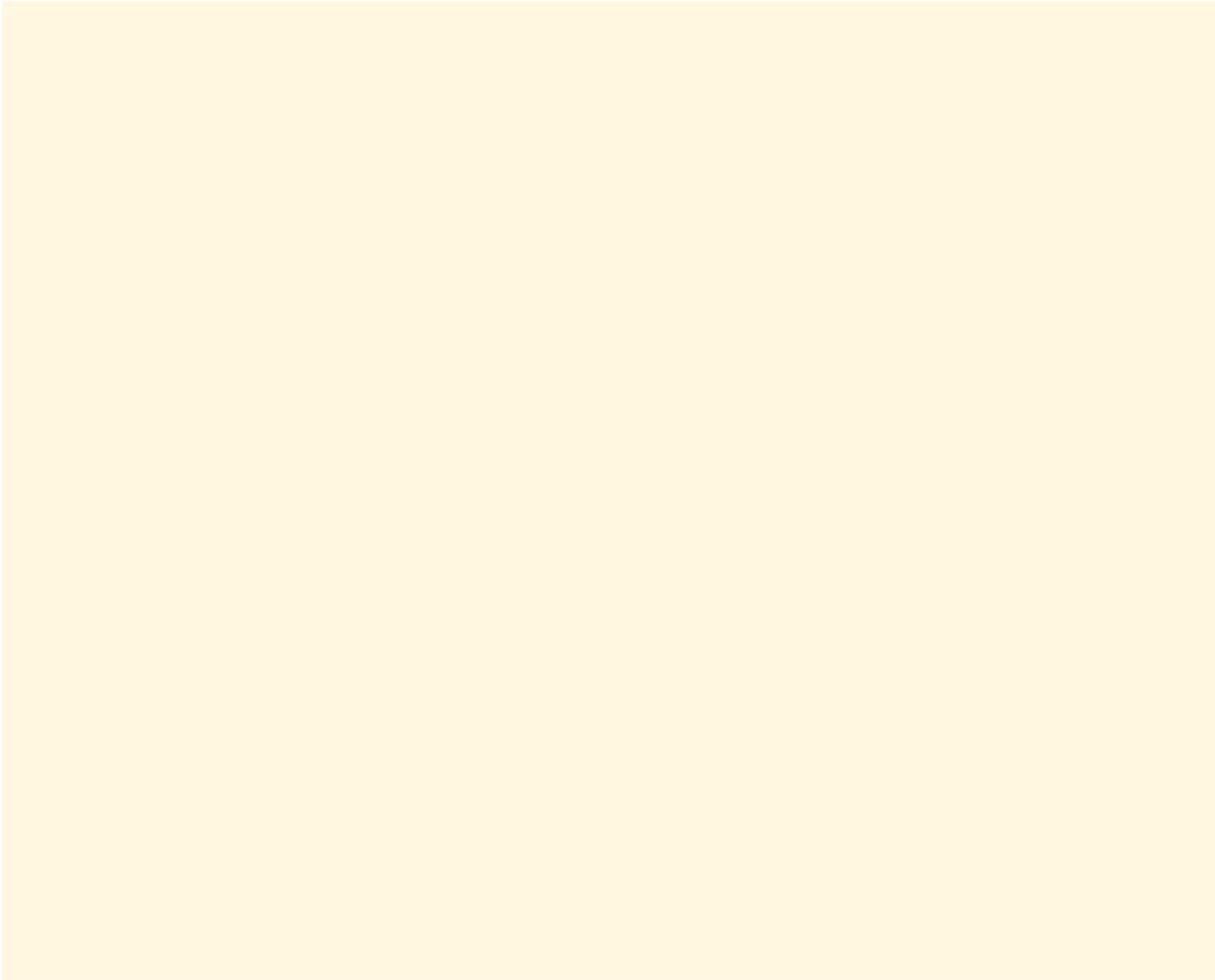
标准 3 患者信息与干预措施

指标

- 患者受过关于在自我评估其病情中采取具体行动教育的百分比
- 受过关于在管理其病情中修改风险因素和选择治疗方案教育的患者百分比
- 为患者对信息和干预程序体验统计调查的分值

附加指标

(可能想要为行动计划考虑的地方性指标)



标准 3：患者信息与干预措施

行动计划

	行动	责任人	时限	预期结果
一般 评注				
3.1.				
3.2.				

4

标准 促进健康的工作环境

管理层为将医院发展成为一个健康的工作场所创造了条件。

目的

为了支持发展健康、安全的工作场所，以及支持员工的健康促进活动。

标准

4.1.

单位确保
发展并实施健康、
安全的工作场所。

4.1.1.工作条件符合国家/地区
指令和指标[证据：例如，认可
国家和国际（欧盟）法规]。

备注

是

%
部分

否

4.1.2.员工满足卫生和安全要求
并已明确所有工作场所风险
[证据：例如，检查工伤数据]。

备注

是

%
部分

否

4.2.

单位确保制定并实施全面的人力资源策略，包括培训和发展员工的健康促进技能。

4.2.1.新员工接受执行医院健康促进政策的入门培训
[证据：例如，与新员工面谈]。

备注

是

%
部分

否

4.2.2.各部门员工都了解本单位健康促进政策的内容
[证据：例如，年度绩效评估及员工参与 HP 项目]。

备注

是

%
部分

否

4.2.3.存在绩效考核系统及包括健康促进等持续的专业发展[证据：例如，审查并备案员工档案或面谈记录]。

备注

是

%
部分

否

4.2.4.工作做法（程序和指引）由多学科团队制定
[证据：例如，检查程序、与员工核对]。

备注

是

%
部分

否

4.2.5.员工参与医院决策、
审计和审查[证据：与员工核对；
检查员工代表参与度的
工作组纪要]。

备注

是

%
部分

否

4.3. 单位确保提供用于制定 并维护员工了解健康 事项的程序。

4.3.1.向员工宣传了解健康事项
的政策[证据：例如，检查有关
吸烟、饮酒、药物滥用和
身体活动的政策]。

备注

是

%
部分

否

4.3.2.提供戒烟计划
[例如，有关提供戒烟计划的证据]。

备注

是

%
部分

否

4.3.3.开展年度员工统计调查，
包括评估个人行为、
支援服务/政策的知识
以及支援论坛的使用[证据：检查用于员工统计
调查的问券及结果]。

备注

是

%
部分

否

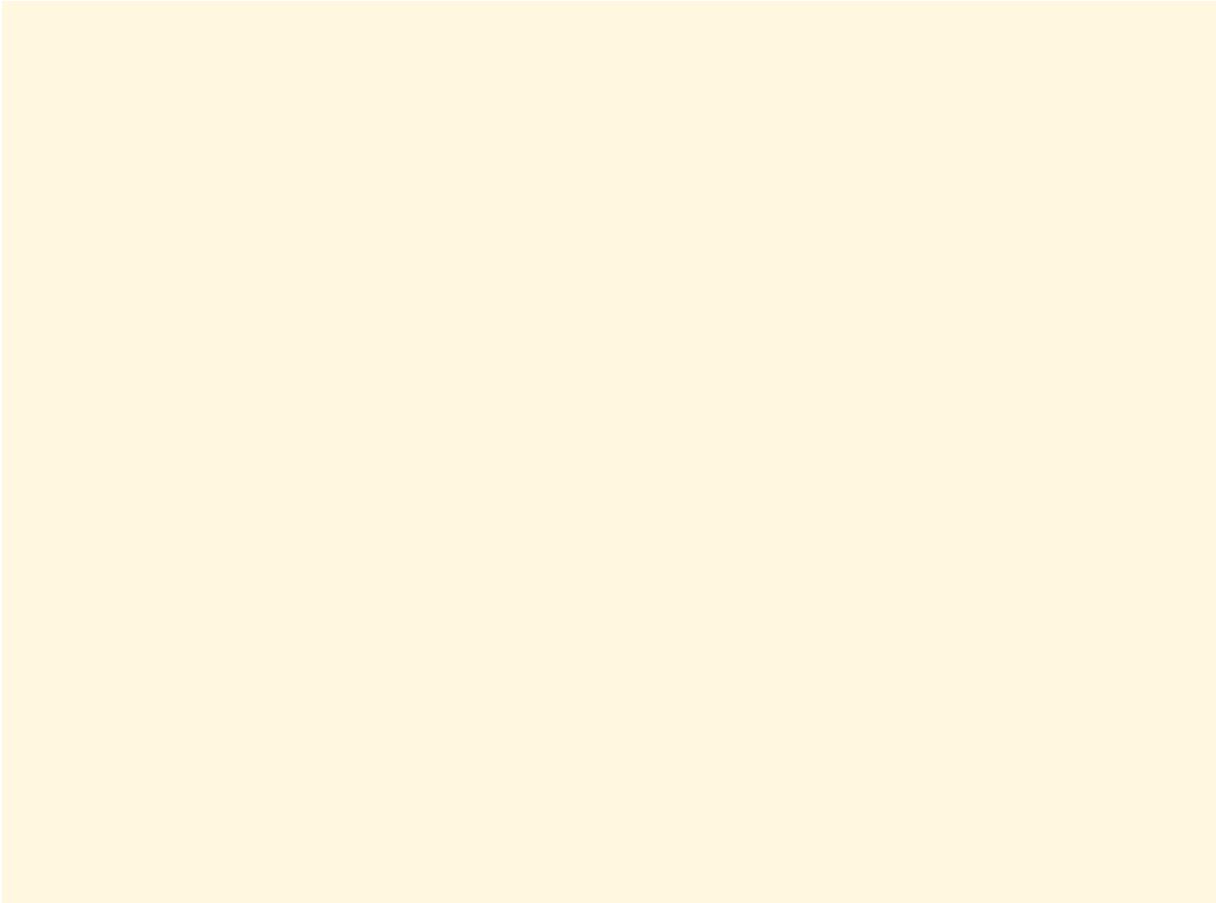
标准 4 促进健康的工作场所

补充性指标

- _____ 吸烟员工百分比
- _____ 戒烟
- _____ 为统计调查员工工作条件体验的分值
- _____ 短期缺勤百分比
- _____ 工伤百分比
- _____ 为工作倦怠量表的分值

附加指标

(可能想要为行动计划考虑的地方性指标)



标准 4：促进健康的工作场所

行动计划

	行动	责任人	时限	预期结果
一般 评注				
4.1.				
4.2.				
4.3.				

5

标准 连续性与合作性

单位制定了一项持续与其他医护提供者以及其他机构和部门合作的计划。

目的

为了确保与相关医护提供者的协作，开启合作伙伴关系，在患者医护途经中优化整合健康促进活动。

标准

5.1. 单位确保健康促进服务与现有规定和区域健康政策计划一致。

5.1.1. 管理委员会正在考虑制定区域健康政策计划[证据：例如，在管理委员会的会议纪要中明确和备注的法规和规定]。

备注

是

%
部分

否

5.1.2. 管理委员会可以提供一份与医院有合作关系的健康和社会护理提供者的名单[证据：例如，检查名单的更新]。

备注

是

%
部分

否

5.1.3.部门内外的协作
遵循区域健康政策计划
[证据：例如，检查一致性]。

备注

是

%
部分

否

5.1.4.存在与合作伙伴协作的书面计划，
用于改善患者护理的连续性
[证据：例如，入院、
出院计划]。

备注

是

%
部分

否

5.2.

单位确保在门诊
就诊期间和患者
出院后提供并实
施健康促进活动及程序。

5.2.1.患者（及其家人，如适用）
在门诊看病、转诊或出院时获得明白的复诊指示
[证据：例如，在患者统计调查中
对患者的评估]。

备注

是

%
部分

否

5.2.2.存在商定的程序，用于在单位之间
交流所有相关患者信息的做法
[证据：例如，检查是否提供了程序]。

备注

是

%
部分

否

5.2.3.及时交给接收单位一份
由转介单位提供的患者
病情和健康需求以及干预
措施的书面摘要
[证据：例如，提供副本]。

备注

是

%
部分

否

5.2.4.如果合适，将描述本单位及其合作伙伴
角色的康复计划备案于患者病历中
[证据：例如，审阅病历]。

备注

是

%
部分

否

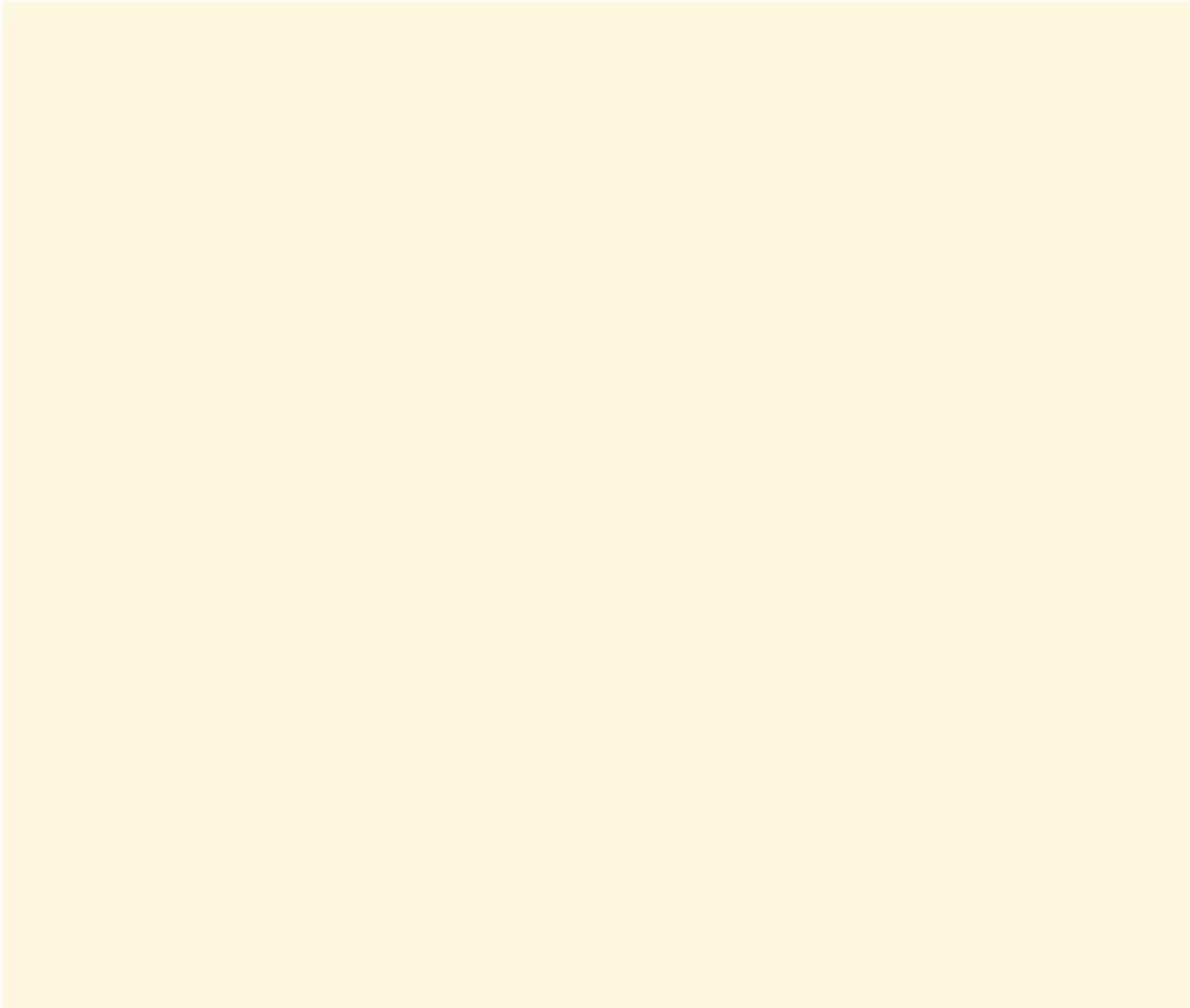
标准 5 连续性与合作性

补充性指标

- _____ 出院摘要在两周内发送给 GP 或转介门诊或在出院时交给患者的百分比
- _____ 为在 5 日内因非住院护理敏感病情的再入院率
- _____ 为患者出院准备统计调查的分值

附加指标

(可能想要为行动计划考虑的地方性指标)



标准 5：连续性与合作性

行动计划

	行动	责任人	时限	预期结果
一般 评注				
5.1.				
5.2.				

符合标准的总体评估

管理政策

1

总计:

是	部分	否
9	9	9

患者评估

2

总计:

是	部分	否
7	7	7

患者信息与干预措施

3

总计:

是	部分	否
6	6	6

促进健康的工作环境

4

总计:

是	部分	否
10	10	10

连续性与合作

5

总计:

是	部分	否
8	8	8

总体而言:

是	部分	否
40	40	40

总体行动计划

(必要时可增加页面，以完成报告)

一般行动

与具体标准和指标相关的评估行动

描述单

6.用于指标的描述单

为每个拟议的指标准备一张描述单³⁰。描述单包括可操作定义、使用的依据和正当性（负荷、重要性、流行性、改善潜力）、数据来源和分层次、有效性和解释指南。需要强调的是，部分拟议的指标按照国际疾病分类（ICD）标准以及列入与排除准则，可以描述为临床指标，但还要依赖于统计调查措施或审计程序。相较于成熟的指标，部分指标的有效性和可靠性仍有局限，因为有关医院健康促进活动的指标在很大程度上仍处于开发阶段。在以下页面的描述单需要定期更新，以反映新的证据和对这些指标有效性的评估。有关临床和其他医护品质相关指标的全面概述可在线查阅。³¹

第 1 节。依据与描述

本节简要说明为何要使用指标的理由。关键是要明确指标用于衡量什么、指标的优势和局限性。而且，极其有价值的是，用户能够理解采集有关指标的重要性，以激励他们接受指标，努力采集数据，并确保数据的品质。

第 2 节：可操作性定义

本节的目的是分享共同语言。提供可操作性定义是为了支持纵向以及跨医院和国家的统一数据采集。如果将指标用于比较，可操作性定义（和基本数据）需要很大程度的标准化。

30. 部分选定的指标与在世卫组织的医院品质改善的绩效评估工具（PATH）中所选指标一致。对于那些指标，我们使用相同的定义。要了解有关 PATH 项目的更多信息，请参阅 www.euro.who.int/ihb

31. 国家品质措施交流中心（www.qualitymeasures.ahrq.gov，2006 年 5 月 8 日访问）。

第 3 节：数据来源与分层次

在本节中，我们提供有关数据采集事项的信息。由于在单位之间进行比较分析不是主要目的，清晰的定义和同类数据采集程序仅在纵向分析中，用于改善指标的可靠性和有效性时才重要。对某些指标而言，我们提供有关采集哪些数据、在何处得到、由何人采集以及数据品质控制机理的信息。

第 4 节。解释指南

最后一节提供有关如何使用指标结果的信息。其目的是，鼓励反映当前做法，并根据自我评估的结果开展品质改善活动。为此目的，指标不应简单视为绩效好坏的陈述，也不应孤立地加以解释。

表 2：员工对政策了解的描述单

域	管理政策
指标 1	员工了解健康促进政策的百分比
依据和描述	<p>管理层制定面向员工、患者及其亲属的政策，才是相应标准之主要目标。在此过程中的核心部分是定义职责、发掘才干和明确基础设施。</p> <p>由于不是直接评估遵守标准和子标准的情况，而是其持续实施情况才是目的，可能应考虑员工对政策及其内容的了解不仅是一种间接性和反映性，而且是与绩效衡量高度相关。即使员工了解政策，但也不会满足，只有衡量才能在强调民主和透明的工作流程中起决定作用。</p>
分子	能够说出健康促进政策中主要组成部分的员工人数。
分母	全体员工
数据来源	<p>审计或统计调查方法。许多医院反复进行有关员工健康和满意度的统计调查，并将调查内容用于评估员工对管理层健康促进政策的了解。否则，基于一次方便抽样的专案统计调查可以视为获得有关该指标的一种合理衡量。</p>
分层次	按部门、专业组
注释/解释	<p>该指标尚未系统地进行验证。然而，提供了评估员工了解本单位指导原则的类似指标，且已证明有决定作用³²，还提供了描述员工参与对单位效能影响的组织科学领域的丰富文献³³。员工对管理政策的高度了解反映了管理层与员工之间的良好沟通，其本身就是一个重要事项，有可能激发对管理决策、打造共同名片和本单位学习流程的支持。</p> <p>在另一方面，了解本身并不能确保员工的健康促进行动，特别是当员工没有资源来实施该政策时。指标因此是用于监测管理政策传达给员工的情况，而不是用于衡量实际健康促进的绩效。初步进行 PDCA 循环后，后续措施可能是要处理员工对政策的具体内容事项的了解情况，处理对员工潜力的评估和实施该政策所需的资源。</p>

32. Roberts KH 的《管理高可靠性单位》，《加州管理评论》，1990 年，第 32 期101.-113.

33. Dierkes M, Antal AB, Child J, Nonaka I 的《单位学习与知识手册》，开放大学出版社，2001 年。

表 3：患者（及亲属）了解管理政策的描述单

域	管理政策
指标 2	患者（及亲属）了解健康促进标准的百分比
依据及描述	<p>类似于上述，患者需要了解健康促进政策以多多从中受益。了解政策的患者更有可能索取有关其病情、生活方式改变及其他机构、协会或自助团体的更多信息。基本假设是，赋权患者越多，其越有可能索取更多信息，以了解其病情、医护流程和复诊的含义。</p> <p>有充分证据证明，赋权患者越多，医疗效果越好³⁴。类似地，同样信息应对亲属也有用；然而，数据采集的负荷可能增加，因为尚无亲属前往医院的系统性记录。</p>
分子	了解健康促进政策的患者人数。
分母	全体患者
数据来源	统计调查方法。在许多国家，患者出院后，医院发送满意度问卷，用于征求患者对于所提供护理的看法和体验。此类统计调查可能包括一项有关患者对健康促进政策了解的情况。出院面谈也可在一次方便的患者抽样中，用于评估患者对政策的了解程度。
分层次	对于医院：按部门。对于患者：按年龄、性别和教育背景。
注释/解释	<p>该指标尚未系统地加以验证。然而，有充分证据证明赋权与健康之间的联系。</p> <p>该指标用于监测医护专业人士如何与患者沟通，他们是否能够解释他们的医院在健康促进中的作为。经初步 PDCA 循环后，后续衡量可能是要处理患者对具体的健康促进干预措施（患者已接受或认为重要）了解的情况。该信息可能用于开展进一步的健康促进活动。</p>

34. McKee M 于：《健康促进效能的证据》，《国际健康促进与教育联盟提交欧洲委员会的报告》，布鲁塞尔，2000 年。

表 4：健康促进预算百分比的描述单

域	管理政策
指标 3	专门用于员工 HP 活动预算的百分比
依据及描述	<p>该指标处理供健康促进相关的培训、会议和基础设施使用的直接财务资源。在每家医院中，几乎没有健康促进活动方面的数据。在对七个欧洲国家超过 1400 家公司的抽样统计调查指出，“可能看成来自健康促进范畴（例如，膳食、饮酒或吸烟政策）的活动往往极少开展”³⁵。</p> <p>健康促进活动的范围可以归纳如下：1) 健康筛检，2) 促进健康的行为，3) 单位的干预措施，4) 安全/物理环境，5) 社会和福利。</p> <p>说明：工作场所戒烟计划、心理压力辅导服务、工作场所托儿中心、流感疫苗、酗酒筛检等。</p> <p>就各国之间、公立与私立之间和可获得的总预算而言，各家医院可分配资金的自由度差异很大。这还要取决于国家政策和有关工作场所中健康促进的立法。潜在的负面影响就是，医院的评估预算仅用于健康促进活动，而不是用于其健康促进活动的数量和品质；他们可能也只是做了一项预算，既未确信其用途，也未真正曾经使用过。</p>
分子	专门用于员工健康促进活动的预算
分母	期间工资表上员工的平均人数 (或是：全职员工的平均人数)
数据来源	财务数据
分层次	按健康促进的范围（参阅上述定义）
注释/解释	该指标尚未系统地进行评估。没有任何证据证明，做出健康促进的预算会影响健康活动的范围和品质。然而，即使这些活动不产生预期效果，其实施可以看成是对员工健康，乃至员工取向的关心。

35. 改善生活和工作条件 (EFILWC) 的欧洲基金会关于《欧洲工作场所健康促进 - 计划摘要》，卢森堡，欧共体官方出版物办事处编辑，1997年：40.

表 5：为患者评估一般风险因素的描述单

域	患者评估
指标 4	患者做过一般风险评估的百分比
依据及描述	该指标衡量患者是否进行过一般风险因素的评估。一般风险因素对许多疾病的发展都有作用；但并不一定进行评估，也不会记录在医疗或护理病历中。指标的目的在于帮助系统地评估所有患者的一般风险因素，并将其备案，以提供给其他医护专业人士，而非评估者。
分子	在其病历中，有证据显示其做过风险因素评估（包括吸烟、营养、饮酒）的患者总人数。
分母	患者人数（随机抽样）
数据来源	医疗或护理病历的临床审计（抽样）
分层次	按年龄分层次。
注释/解释	-

表 6：为患者评估具体风险因素的描述单

域	患者评估
指标 5	按照指引做过某种疾病的风险因素评估患者的百分比
依据及描述	<p>该指标衡量患者是否按指引做过风险因素的评估。许多慢性病入院情况都与几种风险因素相关，紧密牵涉病情的发展，例如，吸烟习惯、酗酒、营养不良和缺乏身体活动。</p> <p>医院常提供减轻慢性病症状的护理，而并未消除根本性风险因素。尽管提供强制戒烟计划等不一定是医院的责任，仍然应该 a) 向患者提供员工何处获得此类服务的信息，b) 向主治医生反馈风险因素的存在及其与患者住院时病情的关联性。</p>
分子	在其病历中，有证据显示其做过风险因素评估（包括吸烟、营养和饮酒）患者的总人数。
分母	患者人数（随机抽样）
数据来源	医疗或护理病历的临床审计（抽样）
分层次	按年龄分层次。
注释/解释	不同于指标 4，指标 5 重点关注具体的疾病和在评估过程中指引的使用。依据是，对于某些病情，具体的风险因素不仅仅是吸烟和缺乏身体活动等一般性风险因素。

表 7：患者满意度描述单

域	患者评估
指标 6	患者对评估程序满意度问卷的分值
依据	患者满意度问卷是一种公认的工具，用于评估来自患者角度的总体护理品质。评估常在出院时或在出院后不久（例如，两周）进行。患者满意度问卷是一种有用的工具，用于评估总体护理品质；尽管患者可能无法从技术上评估对其住院后所做的干预，他们却最能评估对患者非常重要的护理事项，如尊重隐私、护理的连续性、保密、照顾周到（包括照顾情绪）的感觉。患者满意度和患者体验问卷是一种主要工具，用于评估 HPH 网络旨在提升的护理方面。
分子	统计调查的分值（例如，患者对护理感到满意 - 取决于评估工具的使用；医院可以选择自己的分界点，作为其想要达到的目标）。
分母	全体患者
数据来源	统计调查
分层次	按医院部门和按患者的年龄、性别、教育背景。
注释：	医院常使用自己内部设计的统计调查，可能会在评估患者的满意度或体验中持有偏见，尽管在网上可以找到一些采用各种语言的统计调查工具。我们强烈推荐使用一种规范的评估工具，其经过全面的心理量测验证。问卷范例包括 Picker Questionnaire、ServQual 或 Consumer Health Plan Assessment。

表 8：患者自我管理教育描述单

域	患者信息及干预
指标 7	患者在自我评估其病情中受过关于采取具体行动教育的百分比
依据及描述	<p>为慢性病患者提供大量护理。然而，住院只是慢性病患者所需护理工作的一小部分。护理工作的其他主要部分应由院外非住院机构提供，或由患者及其亲属自己管理。事实上，赋权患者以发挥其在护理中的更积极作用，是改善护理品质、减少医疗系统开支的重点。</p> <p>为了使患者更积极参与护理过程，前提是要向患者提供有关其病情和与改善其病情相关行动的更多信息。受过良好教育的患者表现出并发症和再入院率较少，从而既有利于改善生活品质，又能节省费用^{36, 37}。</p>
分子	能够说出在自我管理其病情中所采取行动的患者
分母	全体患者（抽样）
数据来源	统计调查、面谈
按部门、年龄、性别	
注释：	统计调查方法应规定患者必须能够说出的自我管理行动。

36. Tattersall RL 的《专家门诊：一种二十一世纪慢性病管理的新方法》，《临床医学》，2002 年，第 2（3）期227.-9.

37. Lorig K 等人的《证据表明，慢性病自我管理计划能够改善健康状况，同时减少住院：一种随机试验》，《医疗护理》，1999 年，第 37（1）期5.-14.

表 9：患者风险因素教育描述单

域	患者信息及干预
指标 8	受过关于在管理其病况中修改风险因素和选择治疗方案教育的患者百分比
依据	同上述指标 7。不同之处在于重点关注具体及描述病情
分子	能够说出在自我管理其病情中所采取行动的患者
分母	已确诊具体病情的患者（例如，中风、慢性阻塞性肺病、心肌梗死、糖尿病）
数据来源	统计调查、面谈
分层次	按部门、年龄、性别、病情
注释：	<p>统计调查必须规定在修改风险因素和选择疾病治疗方案中的主要事项，每一种病情，患者都必须能够说出其名称。</p> <p>该指标非常类似于指标 7，两个指标可以同时采集，之后按病情分层次。</p>

表 10：患者的信息/干预分值的描述单

域	患者信息及干预
指标 9	患者体验信息和干预程序的分值
依据及描述	<p>同上述指标 6。有关患者体验护理的问券是一种公认的工具，用于评估来自患者角度的总体护理品质。</p> <p>除了像指标 6 那样评估总体护理品质，该指标还评估对信息和干预过程的体验，例如，医生提供了有关疾病的信息，但是否以无法理解的方式向患者提供？</p>
分子	统计调查的分值（例如，患者对护理感到满意 - 取决于评估工具的使用；医院可以选择自己的分界点，作为其想要达到的目标）。
分母	全体患者
数据来源	调查
分层次	按医院部门和按患者的年龄、性别、教育背景。
注释：	<p>医院常使用自己内部设计的统计调查，可能会在评估患者的满意度或体验中持有偏见，尽管在网上可以找到一些采用各种语言的统计调查。我们强烈推荐使用一种规范的评估工具，其经过全面的心理量测验验证。</p> <p>问券范例包括 Picker Questionnaire³⁸、 ServQual³⁹ 或 Consumer Health Plan Assessment⁴⁰。</p>

38. Jenkinson C, Coulter, A, Bruster S. 的《Picker 患者体验问券：采用来自五个国家门诊统计调查数据进行编制并验证》，《国际医护品质期刊》，2002 年，第 14 期353.-358.

39. Buttle F. 的《SERVQUAL: 审阅、评论、调研议题》，《欧洲营销期刊》，1996 年，第 30（1）期8.-32.

40. Hibbard JH, Slovik P, Jewett JJ. 的《告知消费者有关医护决定：决策调研中的含义》，《米尔班克季刊》，1997 年，第 75（3）期395.-414.

表 11：员工吸烟的描述单

域	促进健康的工作场所
指标 10	员工吸烟的百分比
依据及描述	<p>健康促进医院自己承诺为无烟环境，因此员工吸烟的比例是一个医院实施健康促进总体成功与否的单一指标。</p> <p>吸烟毫无疑问会对健康造成负面影响。尽管如此，大批医护专业人士仍然吸烟^{41, 42}。员工吸烟行为还涉及患者遵守生活方式辅导的情况：因其吸烟习惯相关的病情入院的患者更需要对生活方式辅导做出回应。然而，自己本人都吸烟的医护专业人士要劝告患者减少吸烟，成功的机率很有限。</p>
分子	员工吸烟的人数
分母	全体员工
数据来源	统计调查
分层次	按部门、学科、年龄和性别
注释/解释	无烟医院欧洲网络 ⁴³ 制定了一项统计调查衡量方法，其中包括 13 个标准问题，能够比较欧洲各国医院之间的差异。

41. Fichtenberg CM, Glantz SA. 的《无烟工作场所对吸烟行为的效果：系统性审查》，《英国医学期刊》，2002 年，第 325 期188

42. Moller AM, Villebro N, Pedersen T, Tonnesen H. 的《手术前吸烟干预对手术后并发症的效果：一种随机临床试验》，《手术刀》，2002 年，第 359 期114. -117.

43. 无烟医院欧洲网络 (<http://ensh.free.fr>, 2006 年 5 月 8 日访问)。

表 12: 戒烟描述单

域	促进健康的工作场所
指标 11	戒烟：仍在吸烟或刚戒烟并收到戒烟劝诫员工的百分比。
依据及描述	<p>吸烟对吸烟相关疾病造成的死亡率有重大影响。戒烟可减少早亡的风险，大多数吸烟者有兴趣彻底戒烟。该措施用于处理吸烟者和刚戒烟者是否收到戒烟劝诫，他们之前看过某个护理管理机构的执业者。已经证明，临床劝诫戒烟能够提升戒烟率达 30%。⁴⁴</p> <p>该措施评估 18 岁及以上人员的百分比，其在实施该措施年份连续入院，仍在吸烟或刚戒烟，在实施该措施年份看过某个护理管理机构的执业者，并已收到戒烟劝诫。。</p>
分子	在分母人员中回应统计调查并注明在该措施实施年份已收到某个护理管理机构执业者戒烟劝诫的人数
分母	回应统计调查的人数，并表明仍吸烟或刚戒烟，在该措施实施年份看过某个护理管理机构的执业者一次或多次。
数据来源	管理数据和患者统计调查检索与品质（AHRQ）。
分层次	按部门、专业、性别和年龄分层次。
注释/解释	这是 HEDIS 系统的标准指标。要了解有关品质保证全国委员会（NCQA）措施的详细规定，请参阅 HEDIS 第 2 卷：技术规格，可从 NCQA 网站 www.ncqa.org 上获得。

44. 国家品质措施交流中心 (<http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/>, 2006 年 5 月 8 日访问)。

表 13: 员工体验描述单

域	促进健康的工作场所
指标 12	员工工作条件体验问券的分值
依据 体验及	有各种工具用于评估员工的工作条件描述。工作内容问卷的结果（衡量工作中的心理需求、工作决策范围和社会支持）同时与有病假单和没有病假单的护士缺勤相关 ⁴⁵ 。该指标与指标 10 有密切关系（满意度与缺勤率反关联）
分子	统计调查分值（例如，员工对工作条件感到满意 - 取决于评估工具的使用；医院可以选择自己的分界点作为想要达到的目标）。
分母	全体员工
数据来源	统计调查
分层次	按医院部门和按患者的年龄、性别、教育背景。
注释	医院可以选择统计调查的类型，例如，Katasek 工作内容问卷 ⁴⁶ 。信息也可能已经从现有的员工健康统计调查中获得。但建议仅使用经心理量测验证明其有效性和可靠性的统计调查或内容。

45. Bourbonnais R, Mondor M. Job 的《在魁北克省护士因工作压力和生病缺勤》，《美国工业医学期刊》，2001 年，第 39 期第 194-202 页。

46. Karasek R, Brisson C, Kawakami N 等人的《工作内容问券：一种用于国际比较评估社会心理工作特征的工具》，《职业健康心理学期刊》，1998 年，第 3 (4) 期 322.-5.

表 14: 短期缺勤描述单

域	促进健康的工作场所
短期缺勤的百分比	
依据及描述	<p>缺勤率对医院的运作造成很大压力：工时损失的费用、增加其他员工的工作量、工作效率损失，如果提供必要服务的高技能人员无法替代，则会造成服务品质下降。短期缺勤问题最严重，因其不可预测性，调整时间表可能来不及，而无法采取步骤顶替缺勤工作人员等，但缺勤率也有正面影响在存在压力的情况下，短期缺勤可以成为一种有效的应对策略。“带病工作”：员工带病工作的情况在 CIS 国家日益增多，主要因为害怕辞退或经济考量（收入损失）。⁴⁷ 在欧洲，缺勤率（包括临时和永久性丧失工作能力）范围从丹麦的 3.5% 到葡萄牙的 8%⁴⁸，不同的干预措施可能会减少医院层面的缺勤率：员工援助计划，培训和设定目标计划、增加对员工缺勤问责的政策变化、灵活作息等时间安排调整以及游戏或物质刺激。单位准许、岗位问题、工资和工作性质等缺勤情况预测因素部分处于医院的可控范围内。⁴⁹</p>
分子	<p>护士或护士助理因病假或非病假缺勤的天数，连续七天或以下为短期缺勤，30 天或以上为长期缺勤，节假日除外</p>
分母	<p>每年全职员工签约天数（例如，250 天） 中等同全职护士和护士助理*的总人数</p>
数据来源	<p>医院或部门层面的常规信息系统或来自医疗保险公司的数据。</p>
分层次	<p>按年龄、性别和资格（护士或助理）采集数据</p>
注释/解释	<p>该指标仅用于衡量护士和护士助理。行政、后勤人员和医生不包括在内。对于长期缺勤，产假（包括预防假）除外。然而，怀孕期间病假包括在内。</p>

47. Arford CW. 的《失败的卫生系统：在东欧失败的卫生工作者》，《关于国际劳工局和公共服务部在中东欧卫生部国际联盟的基本安全调查报告》，日内瓦，国际劳工局，2001 年（发布于 www.ilo.org/ses，2006 年 5 月 8 日访问）。

48. 改善生活和工作条件的欧洲基金会 - 改善生活和工作条件的欧洲基金会，1997 年。

49. Dalton DR, William DT. 《换人、调动、缺勤：一种独立的看法》，《管理期刊》，1993 年，第 19（2）期 193.-219.

表 15: 工伤描述单

域	促进健康的工作场所
指标 14	工伤百分比
依据 如	<p>医院员工存在很大健康风险，接触 HIV 和其他血液传播病毒（例如，乙肝和丙肝）。因针头刺伤感染丙肝病毒的风险率估计为 1.8% - 3%。早期抗病毒治疗急性丙肝病毒感染具有很高治愈率。受伤可能导致员工持续焦虑和沮丧⁵⁰，并因受感染风险而产生医疗复诊的直接费用。</p> <p>在对文献的荟萃分析中，每 10,000 名接触血源性病原体的医护人员平均锐器受伤率等于 4%，而外科医生受影响最大⁵¹。只有 35% 的医生遵守通用预防措施，不遵守通用预防措施和不合规会大大增加 MCE 和 PCE 的风险，特别是非外科专业。注释：难以比较受伤率，因为定义和方法总在变化。美国审计总局（GAO）估计，75% 针刺受伤可以通过消除不必要使用针头（25%）、使用安全针头（29%）、采用更安全的做法（21%）加以预防。受伤与工作环境性质（工作时间压力）紧密相关。在 Laiken 等人（1997）的文献中报告，在以专业护士做法模型为特征并采取避免血液接触预防措施的医院中工作，护士受伤情况大大减少。</p>
分子	在一年中经由皮肤受伤的人数（包括针头和锐器刺伤）
分母	等同有接触风险的全职员工平均人数（医生、护士、静脉注射师）
数据来源	自报受伤员工的统计调查，更多数据：保险理赔、人力资源部的具体登记
分层次	按专业、护理区域（重症监护室、手术室、急诊室、外科、内科）、白天时间（或平日与周末）、工作经验
注释	另外，该指标也可能用于处理所有工伤，然后按受伤类型分层次。

50. Fisman DN, Mittelman MA, Sorock GS, Harris AD. 《为避免锐器受伤而付费的意愿：一项对受伤医护工作者的研究》，AJIC:《美国感染控制期刊》，2002 年，第 30 期，第 5 页。283.-287.

51. Trim JC, Elliott TS. 《锐器伤害和预防策略》，《医院感染期刊》，2003 年，第 53(4) 期 237.-242.

表 16: 工作倦怠量表的描述单

域	促进健康的工作场所
指标 15	工作倦怠量表分值
依据及	<p>工作倦怠是对持续高工作压力水平的一种身体、心理和情绪反应描述。大多数情况与工作有关。工作倦怠通常会</p> <p>导致身心疲劳，可能包括感觉没有希望、无助和失败。工作倦怠往往源于过高要求，或是内在强加（如对自己有非常高的期望），或是外在强加（来自家庭、工作或社会），往往与个人感觉工作太累、被低估、分不清期望和优先事项、担负的职责与工资不相称、担心裁员和/或对家庭和工作的责任心太重等工作情形相关⁵²。心理压力是一种“着急病”，而工作倦怠则代表一种“枯竭症”。两者是非常不同的概念。工作倦怠不只是过度紧张，而是人类对压力的一种复杂反应，涉及到感觉自己的内部资源不足以管理面临的任务和情形。⁵³</p> <p>工作倦怠起因于（还有其他原因）：单位的变化，对工作的要求，上司或行业，兴趣或对工作看法的改变，能力和技能未得到充分发挥，感觉处于干得好也没有表扬和奖励的困境，分配的任务超过自己所能，对任务分派或工作条件没有发言权，被任务压得喘不过气。员工产生工作倦怠可能属身心病（通过身体表现出来的心理/情绪问题）、消化问题、头痛、高血压、心脏病发、磨牙和疲劳。改善医院管理、工作环境和</p> <p>管理方式可以减少员工的工作倦怠。⁵⁴</p>
分子	- 工作倦怠表分值 -
分母	- 工作倦怠表分值 -
数据来源	调查
分层次	按部门、性别、专业组和年龄。
注释/解释	<p>在文献中，一个有争议的问题就是，患者严重度是否与工作倦怠或工作不满意有正关联。在比较中，不同部门（内科、肿瘤科）的严重度都可能得到控制，或至少应考虑不同患者组和工作条件的影响。</p>

52. Cordes C., Dougherty TW. 《工作倦怠研究的回顾与整合》，《管理学院评论》，1993 年，第 18（4）期 621.-656.

53. Collins MA. 《全职医院人员护士中工作压力、迟到和倦怠之间的关系》，《护士员工发展期刊》，1996 年，第 12 期，第 2 页。81.-5.

54. Schulz R, Greenley JR, Brown R. 《组织、管理和客户对员工工作倦怠的影响》。《健康与社会行为》，1995 年，第 36 卷第 4 期刊。333.-45.

表 17：出院摘要描述单

域	连续性与合作性
指标 16	出院摘要在两周内发送给 GP 或转介门诊或在出院时交给患者的百分比
依据及描述	<p>护理连续性指标。慢性病患者需要持续复诊，然而，在许多情况下，医疗和社会护理提供者之间的沟通不够。零星提供护理导致延误并发症的查出，或健康状况下降，原因是评估时间不定或不完整或复诊不够；病情或风险因素的自我管理失败是由于患者不主动或无知所致，根源在对患者评估、教育、激励和反馈不够或不一致；护理品质下降是由于缺乏有效的干预措施或给予无效干预；未查出或未充分管理社会心理的窘迫。</p> <p>尽管该指标未涵盖护理的全部内容⁵⁵，数据采集的负担不会太重，而且反映出护理持续性中的重要部分：在一级与二级护理提供者之间的信息流。</p> <p>该指标需要按病情分层次：出院信的重要性随入院时查出的病情而变。下一步工作可能是处理出院信中包含有关实验室结果的信息所在地点，这些结果在医院产生，在由主治医师提供后续护理时需要。</p>
分子	在出院后两周内发送给 GP 或交给患者的出院信件数
分母	全部出院信件数
数据来源	管理审计或统计调查
分层次	按部门或专业。
注释/解释	<p>取决于数据是否在常规信息系统中提供，该指标可能导致数据采集的工作量增加。在一些国家，出院信息可能不会直接发送给现有护理提供者，而是在出院时交给患者。</p> <p>鉴于重要的是出院信息的及时性，收件的完整性或可理解性未采用该指标进行评估。之后的品质改善循环可能包括对这些事项的评估。</p>

55. 持续护理措施的回顾，请参阅：Groene O. 《衡量医护服务中一体化和持续性的方法》。于：Kyriopoulis, J. 编辑全球卫生系统：从证据到政策。雅典，Papazisis, 2005年。

表 18：再入院率描述单

域	连续性与合作性
指标 17	在 5 日内因非住院护理敏感病情的再入院率
依据 将描述	<p>再入院率反映医院护理对出院后患者病情的影响。⁵⁶ 基本假设是，在上次住院期间医护提供者做了但尚未完成的事情导致需要再入院。这可能是由于住院期间护理未达标、出院准备差，也可能是需要复诊。要视为再入院，必须满足四个条件：1) 满足某些诊断或程序，2) 随后急诊或紧急入院（非选择性），3) 在规定时间内初次住院后出院与随后入院之间的时间，4) 初次住院时，患者未按医嘱签字出院（或死亡）。</p> <p>其他潜在的排除准则：患者已在初级护理诊所、化疗或放疗科接受连续护理；现居住在或计划去养老院；住院仅限完成一项程序。哮喘和糖尿病是两种非住院护理敏感性病情。对于非住院护理敏感性病情，有证据表明，住院可以通过更好的门诊护理避免，至少可以部分避免。所有再入院的 9% 至 48% 都已判定为可以避免，只要通过更好的患者教育、出院前评估和居所护理。⁵⁷</p> <p>医院的影响有限，因为出院后再入院往往表明疾病（而非不连续的护理结果）有了发展。通过关注早期的再入院并为再入院施加更严格的 IME 框架，能够限制疾病自然发展和出院后护理的影响。</p>
分子	出院后通过急诊科入院的患者总人数 - 在固定的复诊期内 - 来自同一家医院并采用与初次护理相关的再入院诊断。
分母	为选定的跟踪病情入院患者的总人数（例如，哮喘、糖尿病、肺炎，CABG）
数据来源	常规信息系统和医院临床病历。给采购代理的报销申请。
分层次	按年龄、性别、严重度调整。由于在医院之间推动标杆制作不是试点实施之目的，进一步调整在此阶段则没有必要。
注释	除外：住院期间死亡或转到另一家急病护理医院的患者不包括在内。

56. Westert GP, Lagoe RJ, Keskimäki I, Leyland A, Murphy M. 《对欧洲和美国的医院再入院和相关利用率的国际研究》，《卫生政策》，2002 年，61: 262.-278.

57. Benbassat J, Taragin M. 《作为医护品质措施的医院再入院》，《内科医学档案》，2000 年，第 160 期，第 1074-1081 页。

表 19：出院准备描述单

域	连续性与合作性
指标 18	患者出院准备问券的分值
依据及描述	<p>出院准备对慢性病患者尤为重要，需要后续护理。患者需能够了解自己的病情，知道风险因素及如何缓解症状，需要了解治疗选择和药物疗法以及后续护理计划。许多患者都不知晓这些事项，从而严重影响长期护理的品质，并可能导致并发症、再入院及生活品质下降。</p> <p>该指标是衡量一家单位为患者出院准备得好坏的工具。为此目的，已经专门开发了各种工具，部分现有关于患者满意度和体验问卷包括出院准备的内容。建议使用现有可获得的工具，否则，采用规范和经验证的工具。</p> <p>如果采用现有工具，应包括内容的实例有： “你能否说出你因什么病住院？”， “你能否说出你的病情的症状？”， “你确信自己知道如何服药吗？”， “万一病情恶化，你知道找谁吗？”</p>
分子	- 对于该指标，需要根据统计调查衡量构建分值 -
分母	- 对于该指标，需要根据统计调查衡量构建分值 -
数据来源	统计调查
分层次	按部门和患者特征（性别、年龄、病情）
注释/解释	按部门和患者特征进行调整可能重要，因为观察到的出院准备受到一系列因素的影响。

术语表

7.术语表

以下术语表提供在本手册中围绕重大主题的主要术语，如：

基本概念
品质维度
利益相关者
评估程序/数据采集
理解衡量术语
解释结果
健康促进活动
品质改善行动

术语的编撰出自标准术语表，如国际医疗护理品质协会（ISQuA）⁵⁸、国际联合委员会（JCI）⁵⁹和欧洲卫生系统和政策监事会⁶⁰等。

基本概念

问责

应答任务或活动的职责和要求。该职责不可以委派，且应透明。

风险

危险、损失或受伤的机会或可能性。这可能涉及员工和公众的健康和福祉、涉及财产、声誉、环境、单位的运作、财务稳定、市场份额及其他有价物。

健康

健康在 1948 年世卫组织的章程中定义为：完整的身体、社会和精神良好的状态，而不只是没有疾病或身体虚弱。在健康促进的背景中，健康较少视为一种抽象的状态，而更多视为达到目的的手段，可以用功能术语表达为一种资源，使人能够过上一种具有个性、社会性和经济性的创造性生活。健康对每天的生活都是一种资源，而不是生活之目的。健康是一个正面的概念，不仅强调社会和个人资源，而且强调身体能力。

文化

一种共享价值观、信念和行为的系统。

伦理

道德上正确的行为标准。

58. 国际医护品质协会 (<http://www.isqua.org.au/isquaPages/Links.html>, 2006 年 5 月 8 日访问)。

59. 国际联合委员会 <http://www.jointcommission.org/> (2006 年 5 月 8 日访问)。

60. 《关于卫生系统和政策的欧洲观察》 (<http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage>) (2006 年 5 月 8 日访问)。

权利

可以依照公正、公平、合法或道德索取为自己的东西。客户可以期待并向某家单位请求的服务的正式描述。

价值观

指导行为的原则、信仰或理念陈述，可能牵涉社会和伦理问题。

愿景

单位发展前景的描述。

健康发展

健康发展是在群体中个人和团体的健康状况持续、逐步改善的过程。

参考文献：《术语信息系统》，世卫组织，日内瓦，1997 年

《雅加达宣言》将健康促进描述为健康发展的一个必不可少的元素。

使命

一份范围广泛的陈述书，单位在其中陈述要做的事情和存在的目的。使命将一家单位与另一家单位区分开来。

需求

身体、心理、情绪、社交或精神对福祉的要求。需求可能或不可能被有需求的人察觉或表达。需求必须与要求加以区别，要求是愿望的表达，不一定是需求。

理念

单位对原则和信仰的陈述，并据此进行管理和提供服务。

品质维度

品质

卓越度，单位满足客户需求并超越其期望的程度。

访问

客户或潜在的客户在需要时和适当时间内获得所需或可用服务的能力。

得体

满足客户所表述的要求并按照当前最佳做法提供服务的程度。

连续性

在计划和单位内外长期提供协调服务。

文化得体

设计和提供服务时满足客户（使用者）的文化价值观。

效能

按照当前最佳做法所提供服务、干预或行动能够达到目标并达成理想结果的程度。

效率

将资源整合，以最少浪费、重复劳动和努力达成结果的程度。

安全

避免或尽量减少潜在风险和 unwanted 结果的程度。

利益相关者

认证机构

负责认证计划和颁发认证的单位。

客户

患者/客户单位的人员。内部客户/本单位的员工。

社区

个人、家庭、团体和单位的集合，彼此互动，在共同活动中进行合作，解决彼此关心的问题，通常位于某个地理区域或环境中。

社区

特定的人群，常生活在一个划定的地理区域，分享共同的文化、价值观和行为准则，按照社区已经发展了很长一段时期的社会结构安排其关系。社区成员通过分享该社区在过去发展起来并可能在未来修改的共同信仰、价值观和行为准则获得其个人和社会身份。他们表现出了解一些其作为团体的身份，分享共同的需求，并致力于满足这些需求。

治理

确定单位方向、设定目标和制定政策的功能，以引导单位完成其使命并监测这些目标的实现和政策落实。

治理机构

对单位的总体策略方向和运作模式有最终权限和问责的个人、团体或代理。也称为理事会、董事会、协调委员会等

医护专业人士

医疗、护理或联合健康专业员工，为客户提供临床治疗和护理，是相关专业机构的会员，并根据要求已在法定机关完成并维护注册或认证。

单位

包括在治理结构/业主的治理和问责下的所有场所/地点。

合作伙伴

单位与其合作和协作以提供补充服务的其他单位。

合作伙伴关系

各单位之间正式或非正式的工作关系，其中服务可以联合开发并提供或分享。

员工

单位的雇员。

利益相关者

占有服务利益份额的个人、单位或团体。

评估程序/数据采集

文件控制系统

用于控制本单位重要文件（尤其是政策和程序）的发放、更改和使用的安排好的系统。该系统要求每份文件都有一个唯一标识，以显示颁发日期、更新和授权。单位中文件的颁发受到控制，所有文件的副本容易追溯和获得。

认证

医护单位使用的自我评估和外部同行评估流程，用于准确评估其相对于既定标准的绩效水平，并落实持续改善的方式。

评估

评估或确定客户、团体或情况的特征以便能够处理的过程。评估形成服务或行动计划的基础。

审计

系统性独立的核查和审查，以确定实际的活动和结果是否符合计划安排。

能干

保证个人的知识和技能适合于所提供的服务，确保知识和技能水平进行定期评估。

投诉

对服务问题、事项或不满意的口头或书面表达。

补充性

彼此适合或相互补充的服务或组成部分，以形成更完整的服务。

保密

保证限制使用和分发从个人或单位采集的信息。

同意

客户自愿给出的协议或批准。

数据

未经整理的事实，据此可产生信息。

评估

评估满足单位、服务、计划或客户的目标和预期结果（成果）的成功度。

证据

用于做出决策的数据和信息。证据可从研究、体验式学习、指标数据和评估中得出。证据用于以系统的方式来评估选择和决策。

健康成果

个人、团体或群体健康状况的改变，可归因于一次或多次有计划的干预，无论这些干预是否有改变健康状况的意图。

中等健康成果
健康促进成果

信息

经过整理、解释并使用的数据。信息可以是书面、音频、视频或照片形式。

信息系统

用于计划、整理、分析和控制数据和信息，包括基于计算机和人工系统的系统。

绩效

管理人员和员工审查员工的绩效、设定绩效目标并评定实现这些目标进展情况的连续过程。

定性

用描述和叙述表达的数据和信息，是一种通过观察、面谈调查用户体验的方法。

定量

用数字和统计表达数据和信息，是一种用衡量值调查现象的方法。

可靠性

通过不同的量器重复衡量得出一致结果的程度，或当两次衡量之间结果没有改变时采用相同的量器在不同的时间重复衡量。

调研

通过调查增加现有知识库的内容，旨在发现并解释事实。

有效性

真正衡量只想衡量对象的程度。

结果（成果）

服务的后果。

品质评估

有计划和系统地采集和分析有关服务的数据，通常专注于服务内容和交付规格以及客户成果。

统计调查

外部同行的评估，按照一套商定的标准衡量单位的绩效。

统计调查员

外部同行的评审员，按照商定的标准评估单位的绩效。

执照发放

政府机关颁发许可证给个人或医护单位用于运作或颁发给个人执业者用于开业或从事专业服务的过程。

同行评估

单位、个人或团体的绩效由类似单位或专业或学科和地位相同于服务提供者的人员进行评估的过程。

人事记录

有关员工信息的收集，涵盖休假、推荐信、绩效鉴定、资格证书、注册和就业条款等人事事项。

理解衡量术语

范围

单位提供的服务范围和类型以及针对服务范围的所有条件或限定。

服务

单位交付给客户的产品，或将产品交付给客户的单位部门。

标准

据以衡量实际绩效的理想和可实现的绩效水平。

准则

应采取的具体步骤或要开展的活动，以做出一项决定或符合标准。

程序

书面指令集，用于传达获准和建议的步骤，以采取某个行动或一系列行动。

政策

用作指引的书面陈述，反映单位关于一个给定主题的立场和价值观。

可衡量元素

一个标准的可衡量元素就是标准及其意图陈述中的要求事项，应在认证调查过程中进行审查并分配一个分值。可衡量元素只列出需要完全遵守标准的内容。每个元素已反映在标准或意图陈述中。列出可衡量元素是为了提供更清晰的标准，帮助单位员工学习标准，为认证调查（2003 年 JCI 国际标准）做好准备。

指标

绩效衡量工具、屏幕或旗帜，用作监测、评估和改善服务品质的指南。指标涉及结构、流程和成果。

解释结果

标杆制作

将单位评估的结果与其他干预措施、计划或单位的结果进行比较，对比其他公认为卓越的流程进行核查，作为一种进行改善的手段。

最佳做法

已证明能够产生好的结果、经系统性流程选定并判定为典范或证明为成功的方法。然后将其调整以适合某个具体单位。

健康促进

疾病预防

疾病预防不仅涵盖预防疾病的发生（如减少风险因素），而且还遏制其发展，一旦患病，就应减少其后果。参考文献：改编自《为了所有人的健康》中使用的术语表。世卫组织，日内瓦，1984年

一级预防指向预防病症的初次发生。二级和三级预防通过早期查出及适当治疗，寻求遏制或延缓现有疾病及其症状；或通过有效的康复训练等减少慢性病的复发和定性。疾病预防有时用作健康促进的补充术语。尽管内容与策略之间经常有重叠，疾病预防仍单独定义。本文中的疾病预防认为是通常产生于卫生部门的行动，针对已明显看出存在风险因素的个人和群体，往往与不同的风险行为相关。

教育

系统性讲解和学习活动，以发展或造就知识、态度、价值观或技能的变化。

健康赋权

在健康促进中，赋权是让人能够更多控制影响其健康的决定和行动的过程。

赋权可能是一个社会、文化、心理和政治的过程，通过此过程，个人和社会团体能够表达自己的需求，提出其关心的事项，设计参与决策的策略，并实施政治、社会和文化活动，以满足这些需求。

启用

在健康促进中，启用意味着采取与个人或团体合作的行动，给他们赋权，通过调动人力和物力资源，促进并保护他们的健康。

健康行为

个人从事的任何活动（不管实际或已察觉的健康状况），目的是促进、保护和维持健康，而无论这样的行为对达到此目的是否客观有效。

健康宣传

健康宣传是告知公众有关健康注意事项并在公共健康议题中维护重要健康事项的关键策略。利用大众和多媒体等技术创新，将有用的健康信息传播给公众，不仅增加对个人和集体健康具体方面的了解，而且增加对健康发展重要性的认识。参考文献：改编自《宣传、教育和参与：一种框架和行动指南》，世卫组织（AMRO/PAHO），华盛顿，1996年

健康教育

健康教育包括自觉创造学习机会，涉及某种形式的沟通，旨在提高健康素养，包括增加知识和发展有利于个人和社区健康的生活技能。

健康教育不仅涉及信息沟通，而且涉及增加为改善健康而采取行动所需的激励、技能和信心（自我效验）。健康教育不仅包括有关影响健康的基本社会、经济和环境状况信息的沟通，而且包括个人风险因素和风险行为以及医护系统使用的沟通。因此，健康教育可能牵涉信息的沟通和技能的发展，证明政治可行性及单位可能采取各种行动，以处理与健康相关的社会、经济和环境决定因素。

健康素养

健康素养代表认知和社会技能，确定个人以促进和维持良好健康的方式获取、理解并使用信息的动机和能力。

健康素养隐含达到某种知识、个人技能和信心的水平，采取行动通过改变个人生活方式和生活条件来改善个人和社区健康。因此，健康素养意味着不仅仅是能够阅读小册子和看病预约。通过改善人们获得健康信息及其有效使用信息的能力，健康素养对于赋权至关重要。健康素养本身取决于更一般的文化水平。文化低不仅限制其个人、社交和文化的发展，而且阻碍健康素养的发展，从而影响个人健康。

健康促进医院

健康促进医院不仅提供高品质综合医疗和护理服务，而且发展一种企业身份，以迎合健康促进的目标，发展健康促进单位的结构和文化（包括患者和所有员工的积极、参与性角色），将自身发展成为健康促进的物理环境并积极与其社区合作。参考文献：基于《健康促进医院布达佩斯宣言》，世界卫生组织欧洲地区办事处，哥本哈根，1991年

健康促进

健康促进是使人能够增加对其健康的控制并改善其健康的过程。参考文献：《健康促进渥太华章程》，世界卫生组织，日内瓦，1986年。健康促进代表一种综合的社会和政治过程，不仅迎合指向加强个人技能和能力的行动，而且迎合指向不断变化的社会、环境和经济状况，以减轻对公共和个人健康的影响。健康促进是使人增加对健康决定因素的控制，从而改善其健康的过程。参与对于维持健康促进行动必不可少。

部门间协作

社会不同领域的一部分或几部分之间形成公认的关系，以一种比卫生部门单独行动可能取得更有效、效率更高或更可持续的方式，为某个事项采取行动，从而取得健康成果或中间健康成果。

生活技能

生活技能是适应性和正面性行为的能力，使个人能够有效地应对日常生活的要求和挑战。

生活方式（有利于健康的生活方式）

生活方式是一种基于行为可识别模式的生活方式，取决于个人特征、社会互动以及社会经济和环境生活条件之间的相互作用。

重新定向医疗服务

医疗服务重新定向的特征是，通过对健康系统进行整理和注资，更明确地关心群体健康成果。这必然导致健康服务的态度和本单位的改变，因其注重于作为一个完整个人的需求，并与群体需求取得平衡。

品质改善行动

复诊

服务结束后采用的流程和采取的行动。

目标

描述一家单位所追求结果的广泛陈述，为日常决定和活动提供指导。目标为本单位的使命提供支持。

指引

指导原则或指导行动。

容量

团体或个人应对局势和满足其需求的能力、资源、资产和长处。

合同

正式协议，规定服务的条款和条件，服务来自或提供给另一家单位。合同和签约服务由单位监控并协调，需符合政府和单位的标准。

统筹/协调

单位内外的服务提供者、单位和服务部门之间有效的统筹/协调配合以避免重复、差距或破裂的过程。

领导力

提供方向并应对改变的能力。领导力牵涉建立一种愿景，制定为产生实施该愿景所需改变的策略，统一大家的思想，并激励和鼓舞大家克服困难。

管理

通过计划和预算为未来设定目的或目标，建立为实现这些目标的流程，并分配资源以完成那些计划。确保通过组织、用人、控制和解决问题来完成计划。

目的

如果单位要实现其目标，必须要达到目的。管理就是要根据衡量所得结果，将目标转化为特定、具体的条款。

可操作计划

策略的设计，其中包括流程、行动和资源，以实现单位的目标和目的。

品质活动

在提供服务中衡量绩效、明确改善机会的活动，包括行动和跟进。

品质控制

输出的监测，检查其是否符合规格或要求，并采取行动，对输出加以整改。确保安全性、传递准确信息、程序的准确性、以及可复制性。

品质改善

对有关服务品质评估数据的持续回应，方式采用改善向客户提供服务的流程。

品质计划

满足服务品质要求的当前行动计划。

品质项目

针对一个已明确服务或区域的具有时限的品质改善计划。

风险管理

识别、评估并采取行动的系统性流程，旨在预防或管理单位中临床、行政、财产以及职业健康和安全风险。

策略性计划

确立单位总体目标的正式计划，目的是根据自身环境做出定位。