

衡量麻风病服务质量的工具包

IILEP. (2010). A Toolkit for measuring the quality of leprosy services. Technical bulletin, Issue No.

17. IILEP: London.

一、引言

不同的利益相关者会将服务质量给予不同的定义。在提供卫生保健的过程中，要考虑到两个主要群体，即服务提供者和服务使用者。

服务提供者

服务提供者具有对目标人群提供医疗服务，以改善健康成果长远目标的责任。卫生服务必须要让那些需要的人群很容易地获得，包括适当覆盖某一地理区域，而不遗漏服务水平低下的地区。它还包括为不同类型的人群提供平等和及时的可及性，这些人群包括妇女和儿童、民族、种族和有特殊生活方式的少数民族、穷人、以及生活在受歧视情况下的麻风病和 HIV/AIDS 患者。此外，可及性还包括进入基本医疗服务（初级卫生保健）和转诊专家服务。根据定义，专家服务不是随处都可获得的，但它应位于最佳的中心地区，拥有高品质的卫生服务，同时还要根据需要提供便利措施，促进抵达这一中心的交通。

除了可及性的问题，提供高质量的服务意味着服务水平必须超过特定的最低标准。患者的关怀包括病历、预约、等待时间等行政事项；各种形式交流中的礼貌和隐私问题；以及医疗条件下的诊断和适当治疗等技术问题。

优质的服务取决于各种因素。作为基础，必须在每个领域中规定可接受的最低标准，医务人员应接受相应的培训后开展相应的工作。定期的技术监督应鉴定当地存在的问题，并通过在职培训进行快速补救。中长期的质量监测包括监督健康结果指标在内的关键指标，以便确定和纠正更多的系统错误。始终如一的高品质服务取决于医务人员的积极性。

服务使用者

当从服务使用者角度来审视质量时，可及性、行政效率及礼貌等问题变得尤其重要，这是因为患者一般不处于评判他们所获得的服务技术方面是否超过了相应标准的位置。然而，很明显，在 21 世纪，如果没有常规检查和根据服务使用者观点的行动，就不能说是一个高品质的医疗服务。

二、指标

指标有两个主要功能：

- 首先，表示目标方面取得进展，这是报告的目的和进行倡导所需要的。
- 其次，表明可能妨碍目标实现的障碍，这是实现持续改善服务所必需的。

共有三个类型的指标可以考虑用作衡量质量：

（一）替代指标

单项测量提供有关规划总体质量的线索。替代指标本身作为质量的指标是不可靠的，因为这可能会由于规划的其他部分存在的严重漏洞没有在这个指标中反映出来。

麻风病规划质量的替代指标包括以下：

- **治疗完成率：**它衡量了患者是否根据需要参加了治疗；它可以简单地测量，而且与麻风病的治愈即重要的健康结果密切相关。如果治疗完成率较高（85%以上），它表明，患者正在接受合理的可接受服务，否则就说明患者没有规则治疗。但这个指标对麻风病工作的某些方面却没有做衡量，这包括病例发现活动和服务的可及性（例如，如果妇女或某民族的成员接受服务的可及性下降了，这些问题不会在这个指标中反映，但对这些能够来参加治疗的患者的治疗完成率可以非常高）。神经损伤等麻风病并发症的预防和治疗也没有反映在这个指标中（患者可能按照规定接受了MDT，但对其他问题，却极少获得关怀，因此，完成治疗了，但出现了不可接受的损伤）。
- **新发现病例的1级和2级残疾比：**该指标是病例发现效率的既定指标。如果病例确诊较晚，诊断时就会有较高比例的损伤。如果医务人员没有得到很好的残疾等级评定训练，这一指标可能是不可靠的，例如，1级残疾患者数常常被漏报。这个指标不涉及诊断以后的服务质量。但综合考虑，前两个替代指标公平地评估了规划的质量。
- **新发现病例正确诊断比：**在一些怀疑存在诊断可靠性问题的特殊情况下，可以使用该指标。该指标的实施非常困难，它需要第二个人对患者进行检查，除诊断技能外，它对规划其它方向涉及很少。该指标不被广泛使用。

- 没有足够 MDT 药品库存单位的比例：在药品供应有问题的地方，这一指标很重要。
- 新发现病例延迟期：该指标很特殊，它依靠患者的回忆，因此作为规划的常规指标来使用，它没有足够的说服力。
- 密切接触者检查比例：如果密切接触者检查是一项广泛开展的工作，该指标就非常重要，而且它也许还可以作为化学预防规划的一部分。
- 性别：可及性的公平不容易衡量，但在新发现病例中的性别平衡则可以监控。

（二）过程指标

这些指标衡量促进质量的活动。如规划中开展的培训和监督活动的指标。根据定义，过程指标不关注结果，所以，这些指标不反映培训和监督活动是否带来了更好的服务。达米恩基金会在麻风病规划中广泛应用了过程指标，并获得了良好的效果。例子包括：

- 按最初计划实施的培训课程的比例。
- 按最初计划实施的现场监督的比例。
- 监督核对清单的有无。

其他建议使用的过程指标包括：

- 有登记病例的卫生机构中医务人员在过去 3 年中接受培训的百分比。
- 接受咨询培训的医务人员的百分比。

将培训作为指标的问题是，培训的定义非常广泛，它可以发生在各种各样的环境（包括在职培训），并且持续存在于任何时间，从几分钟到几个星期不等。它可以是正式的或非正式的，可能会或不会在结束时通过测试对学员进行评估。衡量这样一个定义不清的活动的指标不可能非常有用。

（三）直接质量指标

例如，衡量被服务人群的健康结果。直接质量指标包括：

- MDT 治疗期间出现新的/额外残疾患者的比例。

将残疾作为指标的问题是，这个指标可能不是由同一个医务人员持之以恒地衡量，它似

乎会影响损伤和残疾资料的可靠性和完整性。世界卫生组织的残疾分级，以及相关的 EHF（眼手足）评分都相对简单，有适当专业知识的任何人都可以使用。虽然会常规报告确诊时的病例，但是许多的规划都没有报告治疗完成时所有患者的残疾情况，而这正是计算该指标所需要的。

- 服务使用者表达的观点是从服务使用者的角度对服务质量的直接表达。这可以通过接受完服务后访谈或焦点小组讨论的方法进行评估。关于此方法请参阅附件列出的进一步信息资料。

三、推荐的质量指标

一般情况下，替代指标能得到很好的理解，而且几乎所有的规划或多或少都在用。大多数人不了解过程指标和直接质量指标，而且目前很少使用。

当务之急是推广这三个最重要的质量指标，它们已包括在世界卫生组织的《进一步减少麻风病负担的全球强化策略（2011-2015）》及其实施指南中，我们需要作相当大的努力以获得可靠的和完整的资料。

- 治疗完成率。
- 新发现病例 2 级残疾比。
- MDT 治疗期间出现新的/额外残疾患者的比例。

还有两个指标将提供十分有用的有关质量的信息，而不需要每年辛苦收集。

- 抽样患者的访谈评估。
- 监督核对清单的有无。

四、使用五个质量指标的程序

（一）治疗完成率

治疗完成率的计算方法可参考《进一步减少麻风病负担的全球强化策略（2011-2015）实施指南（修订）》。

（二）新发现病例 2 级残疾比

该指标也可参考《进一步减少麻风病负担的全球强化策略（2011-2015）实施指南（修

订)》。

(三) MDT 治疗期间出现新的/额外残疾患者的比例

该指标在《进一步减少麻风病负担的全球强化策略（2011-2015）实施指南（修订）》也有描述。

(四) 通过完成治疗的患者访谈或焦点小组讨论评估患者的观点

进一步的信息资料见附件。

该指标的形式可以视为一个过程指标（如每年接受任何类型评估的患者数），或作为结果指标（如：对所提供服务满意的患者百分比）。

(五) 监督核对清单的有无

每一个监督员在麻风病门诊检查时都应该有一个可用的核对清单。

五、结论

总之，仔细、常规地测量和报告这五个简单的指标将为麻风病控制规划质量提供良好的指征。这将包括了服务提供和使用者满意度的几个方面。

第一优先是落实三个在当前全球策略（2011-2015 年）中包括的指标。所推荐的新指标中，最重要的是完成治疗的患者访谈或焦点小组讨论时让患者参与。即使是小样本的患者参与，通过这一方法很可能提供非常有益的反馈，并能促进提供服务的质量的明显改善。

附件：评估患者访谈

A. 焦点小组讨论研究方法

焦点小组研究方法认为是与调查初级卫生保健使用者观点有关的。研究表明，“使用者有明确的期望，对提供者作出积极的判断，并愿意分享这些观点。”焦点小组是结构性的小组访谈。一个焦点小组由六至八个参与者组成，他们都有类似的背景，例如，年轻子女的母亲，或成年男性麻风病患者等。不同小组的形成，是为了收集社区不同成员的观点。当小组对提出的议题进行讨论时，一个训练有素的主持人在预先确定的讨论主题范围内指导访谈。讨论将被记录，小组成员在讨论时的评论将是用于分析的重要资料。

伦理学

利用焦点小组的基本目的是，听取成员的观点。限制小组成员表达感受、观点、和经验的行為是违反这个目的的。例如，有政府官员组成的小组可能会让低级别的参与者感到不舒服。因此，在组成焦点小组成员时，考虑参与者的社会、经济和种族背景是很重要的。

隐私是焦点小组研究中伦理考虑的中心。焦点小组项目应承诺机密性，这可以通过以下步骤来实现：

- 只有研究人员才有机会获得任何收集的信息，同时这些记录将在项目结束时销毁。
- 在讨论过程中，只通过姓氏或假名区分参与者。
- 只有研究人员才有机会获得讨论过程中的录音，同时这些录音将在项目结束时销毁。
- 从录音中获得的任何手稿中，所有的名字和任何其他可能泄露身份的信息（如提及的具体某个人、事件或地方）将被删除或修改。

分析

系统地检查录音或手稿，以便撰写一份能表达包括共识和少数人两种观点的报告，并给出现实的和相关的结论和建议。

优势

连接了研究人员和目标人群（卫生工作者，社区领导或患者）之间社会、专业或其他的距离。

允许开展复杂行为和积极性的调查，并能提供更好的对经验和思想多样性的了解。

友好和相互尊重的研究方法。

从卫生保健服务时间和空间的距离方面而言，焦点小组参与者都受益。

局限性

这个方法邀请的参与者提供的故事可能会是一个特殊的案例。（例如，非人性化的经历可能会在焦点小组中以“暴行”的故事反映出来。）

焦点小组会议的结果依靠小组主持人的才能。（例如，低水平的主持人会在访谈时间一些引导性的问题，而这会提示被访谈者，他想得到某些答案；或者倾向于那些能说会道的参

与者的观点，而对那些不一致的观点将会有被剔除出去的危险。)

一些口才好的参与者可能会导致研究人员选择他们的观点作为社区的观点进行总结，而忽视了相反的观点和意见。

焦点小组的数据是最珍贵，它不是在比较的部分，而是在确定对卫生服务使用者最重要的卫生保健方面。

B. 接受完服务后访谈方法

在接受完服务后访谈中，研究人员与刚刚在医疗机构中接受完服务的患者讨论一些感兴趣的话题。访谈可以是非正式的，也可以是半结构化的。其目的是衡量为患者个体提供的服务质量的两个主要方面：可及性和患者满意度。也可以用该方法测试健康教育信息的即时回忆。

目的

- 建立患者的总体印象和使用服务的模式。
- 评估合理用药处方。
- 获得患者所接受的服务和关怀的观点

优势

接受完服务后访谈能获得即时的和自然产生的观点，并可提供容易被忽视的某些方面具体细节。

与焦点小组比，接受完服务后访谈更为即时和自发，并可以对检查研究人员定义的服务问题非常有用，如：

- 可及性和延迟的具体细节。
- 门诊流程的具体细节，如临床检查、实施的化验、检查和给予建议等。
- 即时评估健康就诊如何有益处。

局限性

接受完服务后访谈是“面对面的访谈”，因此它只能获得有限的患者的观点。许多观点

和批评仍然不能表达出来。时间和空间上的限制可能会导致判断上的偏差。

在“一对一”的访谈中，对被访谈者来说很难表达负面的观点，相反，在与其他服务使用者一起的会议中，如果观点是来自于小组而不是某个不满意的个体时，对参与者来说，感受到的威胁会小得多。

接受完服务后访谈显示很小的差异，而且和焦点小组的发现不密切相关。但是，它们对评价研究者定义的人与人之间服务的尺度非常有用。

伦理学

- 必须明确被访谈者有不接受访谈的权利。
- 不应该由服务提供者进行访谈。
- 应该保证患者的匿名性。

结论

实施接受完服务后访谈和焦点小组的人员和机构有很大的不同。

通过该方法得到的数据差异极大。

为了获得使用者群体的观点，需要将两种方法结合起来。

参考文献

Schneider, H. and Palmer, N. 2002, Getting to the truth? Researching user views of primary health care, *Health Policy and Planning*, 17; 32-41.

进一步阅读材料

General framework literature for the Focus Group method: *The Focus Group Guidebook*, David L. Morgan, Focus Group Kit 1, Sage Publication, Thousand Oaks, London, New Delhi. 1998.

General framework literature on Exit Interviews: *Qualitative Methods for Health Research*, Judith Green & Nicki Thorogood, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC: Sage, 2009.

S. M. Campbell , M. O. Roland and S. A. Buetow, *Defining quality of care*, Social Science &

Medicine, Volume 51, Issue 11, December 2000, Pages 1611-1625.

Henbest RJ and Fehrsen GS.1992. *Patient -centredness: is it applicable outside the West? Its measurement and effect on outcome.* Family Practice 9; 311-17.

Marieke van Dijk, Royal Tropical Institute, *Clients' Perspective – Guidelines for assessing the quality of leprosy services from the clients' point of view.* 2nd Edition January 2010