

知证卫生决策工具之十一

——查找和使用当地证据*

SUPPORT Tools for evidence-informed Policymaking in health 11: Finding and using evidence about local conditions*

Simon Lewin¹, Andrew D Oxman², John N Lavis³, Atle Fretheim⁴,
Sebastian Garcia Marti⁵, Susan Munabi-Babigumira⁶

1. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa;
2. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway;
3. Centre for Health Economics and Policy Analysis, Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics; Department of Political Science, McMaster University, 1200 Main St. West, HSC-2D3, Hamilton, ON, Canada, L8N 3Z5;
4. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway; Section for International Health, Institute of General Practice and Community Medicine, Faculty of Medicine, University of Oslo, Norway;
5. Institute for Clinical Effectiveness and Health Policy, Viamonte 2146, 3rd floor, C1056ABH, Buenos Aires, Argentina ;
6. Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, P.O. Box 7004, St. Olavs plass, N-0130 Oslo, Norway

摘要 当地证据是指来源于卫生政策或卫生项目所涉及的特定环境的证据。需要这类证据与其它形式的证据共同支持方案抉择。全球证据是判断政策效果及其影响因素和深入了解问题解决办法的最佳出发点。而当地证据大多数是在判断应采纳哪些决定及采取哪些措施时使用。本文提出以下 5 个问题供政策制定者在识别和评价当地证据进行知证决策时参考：① 知证决策需要什么样的当地证据？② 如何获得必需的当地证据？③ 如何评价现有当地证据的质量？④ 当地证据的可获得性、质量或结果是否有重要变化？⑤ 如何整合当地证据与其他信息？

1 关于STP

本文是为卫生政策和卫生项目决策者及其决策支持者所写“知证卫生决策工具”系列文章中的一篇。该系列文章旨在帮助他们确保其所做的决策基于当前可及的最佳研究证据。SUPPORT 工具及其使用要领在本系列文章的导论中已有详述^[1]。每篇文后均附有本系列文章的所有术语(见附件)。SUPPORT 网站上可找到本系列文章西班牙文、葡萄牙文、法文和中文链接(www.support-collaboration.org)。欢迎通过邮箱 STP@nokc.no 提出修改意见。

2 案例情景

情景 1 你是一名高级公务员,负责新医疗卫生改革提案,要确保提案中明确陈述了医疗卫生改革可能受益人群的数量和相关利益集团意见。

情景 2 卫生部长准备推行新医疗卫生改革,你作为卫生部工作人员负责起草一份改革背景材料,需要收集贯彻计划的改革措施相关资源的可获

得性与政策执行过程中可能出现的障碍等信息。

情景 3 你在为卫生部提供知证决策支持的独立机构工作,受委托起草一份新医疗卫生改革背景文件,可能影响卫生保健的可及性。你需要查找当地老年和低收入人群卫生保健服务可及性的相关信息。

3 背景

本文围绕卫生政策制定者(情景 1)要求其下属考虑知证决策所需的当地证据提出一系列问题。

本文还提出卫生决策支持者(情景 2 和 3)应该考虑的系列问题,包括指导如何确定和评估当地证据以利于卫生政策或卫生项目的知证决策,及如何将证据用于帮助卫生决策。知证决策应根据源于当地情况的证据(以下简称当地证据)与其他形式的证据进行选择。全球证据——来自世界各地的最佳证据——是判断决策效果及其影响因素的最佳出发点^[2],同时也从发展的眼光提出识别和解决问题。当地证据是在考虑决策具体如何实施与执行所需的证据。

当地证据来源于决策实施地的具体环境。“当地”指决策目标所涉及的区域、地区或国家。这类

* 本文英文原文发表于 *Health Research Policy and Systems*, 2009, 7(Suppl 1): S11 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S11

作者简介: Simon Lewin, Email: simon.lewin@nokc.no

当地证据可能包含影响政策效果的一些因素(影响因素)。这些影响因素包括:地域及所辖人口的特点、卫生服务需求(患病率、基线风险或基线健康状况)、观点与经验、成本、政治沿革、机构能力、人力、设备及药品等资源的可获得性。

当地证据可通过以下途径获得:常规数据(如疾病患病率、卫生服务利用或服务成本)、调查数据(如家庭、健康与人口情况调查)、研究数据(如当地试验、对某一具体健康问题用户观点的研究和成本效果评价)。但由于某些地方数据较难获得或质量较低,当地证据一般只作为决策的非正式参考,或不参与决策过程。本文提供系统查找、评估及整合当地证据的方法。

当地证据在以下情况可能有用(见表1,列出部分资料):如决策者需采用当地关于某一健康问题的流行率和流行程度以明确与全球或其他地方研究结果的区别或联系^[3](见表2,关于坦桑尼亚和巴西疟疾治疗问题讨论)。基于地区、国家或全球水平的证据也许不足以描述当地情况。当地证据可能有助于知证决策与明确项目选择重点^[4]。需要当地卫生服务提供、筹资和监管措施等相关信息以有助于知证决策。卫生专业人员或用户等利益相关团体对具体项目的看法或经验也是当地证据的重要组成部分(见表3,澳大利亚和南非采用当地证据分别评估当地卫生需求和杀虫剂处理后蚊帐的应用)^[5,6]。关于某项政策在当地贯彻落实的成本与资源的可获得性是决定是否计划和贯彻该项政策的基础。

当地证据贯穿于整个决策过程。如当地证据可能有助于明确政策议程中的问题,便于制定政策目

表1 知证决策中使用当地证据

当地证据可用于:

- 评估政策目标问题的严重程度
- 分析问题可能的原因^[34]
- 将干预效果评价的全球证据具体化,并考虑相关性(如提供当地干预措施范围与结果的比较信息)
- 优选知证决策项目
- 描述当地卫生服务提供、筹资与监管措施
- 评估决策可能带来的影响(如现有影响因素)
- 明确政策选择的价值观和偏好(如决策影响因素的相对重要性)及对这些选择的看法
- 评估政策成本或节约的成本
- 评估贯彻一项干预措施的资源可获得性(包括人力资源、技术能力、基础设施及相关设备)
- 明确决策实施过程中的障碍
- 监测项目的可持续性
- 评价政策在特定当地人群中的实施效果
- 评价项目实施对公平性的影响

表2 应用当地证据评估决策目标问题的严重程度

由于寄生虫对氯喹的耐药性问题日趋严重,一些国家修订了抗疟政策,将乙胺嘧啶作为一线抗疟药,以取代氯喹。在坦桑尼亚,疟疾治疗政策的修订部分基于氯喹与乙胺嘧啶治愈率证据(40% vs. 85% ~ 90%)。关于这个问题严重程度的当地证据来自全国哨点监测数据,并与国家疟疾发病率与死亡率疾病负担监测网链接^[35]。

在一些拉丁美洲国家,肺炎球菌疫苗的血清型是否是当地常见类型受到普遍关注。为了评估这一潜在问题的严重性,当地哨点信息用于评估肺炎球菌疫苗血清型与当地肺炎球菌的流行类型是否一致。据估计,巴西5岁以下罹患该病儿童中67.5%由7价肺炎疫苗引起^[36]。

表3 利用当地证据确定政策选择的价值观

用户与社区参与卫生保健决策的重要性已得到广泛认可。澳大利亚通过用户卫生论坛来了解用户和用户组织对全科医疗的需求和期望。这些证据用于帮助制定全科医疗服务政策和改进主要利益相关群体的关系。同时,这些证据也用于许多澳大利亚政策制定过程,包括政府全科医疗改革战略、全科医疗战略评估和澳大利亚政府的协同医疗^[37]。

用户与社区参与卫生决策的另一个例子是基于社区的疟疾控制措施。室内杀虫剂喷洒(IRS)和使用杀虫剂处理过的蚊帐是预防疟疾的两种主要方法,它们的成本和效果差不多,但采用哪一种方法因具体条件而异。在南非,研究和常规监测项目均显示,由于室内 DDT 喷洒残留于墙壁的杀虫剂会引起臭虫等滋生,导致 IRS 在社区接受度较差。在莫桑比亚的一些地区,由于气候炎热一些人不愿使用蚊帐也影响了疟疾的预防^[38,39]。

表4 利用当地证据评估政策成本或节约的成本

WHO 推荐对结核病人采用直接督导治疗(Direct observation of treatment, DOT)。DOT 可在初级保健诊所、社区进行,另一项措施是病人自我监督。南非开普敦一项研究对诊所、社区督导和自我监督相关成本分别进行了评估。当地数据用于评价上述三种方案治疗六个月以上所需资源的投入。该研究结果表明南非 Rands 地区三种 DOT 方案每位病人所需费用分别为诊所督导 R 3 600,自我监督 R 1 080,社区督导 R 720。作者认为以社区为基础,由非卫生专业人员参与的 DOT 成本较诊所督导与自我监督更低^[40]。以上成本信息对该城市扩大基于社区的非卫生专业人员督导这一决策产生一定影响。

一位拉丁美洲国家的卫生决策者需了解人工耳蜗的成本信息来评估听力丧失治疗措施的潜在成本和可节约成本。通过 Google 检索到一份智利卫生部的报告,该报告报道了人工耳蜗各零部件更换的费用。这些数据可用于该拉丁美洲国家评估人工耳蜗的总成本(报告下载链接: www.minsal.cl/ci/rehabilitacion/consentimiento_informado.pdf)。

表5 利用当地证据评估资源可获得性以帮助知证决策

许多国家已经或准备将新人类乳头瘤病毒(human papillomavirus, HPV)疫苗列入计划免疫。该疫苗对 HPV 有较好的预防效果,能减少 70% 宫颈癌的发生,被推荐为美国少女的常规免疫接种。然而有人认为疫苗的全国推广并不平衡。北卡罗莱纳州地区宫颈癌发病率高,一项评估了该地区疫苗提供与接种障碍因素的研究,发现了一系列关键问题,包括:保险公司报销不足、疫苗成本高(需接种者可支付的保险金不足)、确保疫苗全面覆盖带来的负担(不同保险公司报销政策不同)及疫苗采购、保存的前期成本较高。该研究作者认为这些资源方面的问题可能是贯彻国家疫苗政策的障碍^[41]。

表6 利用当地证据监测与评价政策

南非推出了一项关于艾滋病治疗包括抗逆转录病毒治疗 (antiretroviral treatment, ART) 的国家项目。该地建立市民联合监测论坛协会(包括非政府组织、研究机构及其他利益相关者)协助政府监测该方案的执行效果和效率。一份简报概括了这一项目的经验:“参与并影响国家决策和国家项目的公众能力可以塑造民主。而据报道,对于抗逆转录治疗项目,获取信息是其主要挑战,并非所有省份都愿意提供这方面的资料。这使得监测和制定解决方案都有一定困难”^[42] p3-4)。该报告还强调获得艾滋病治疗支出分类数据的困难,由此带来全球艾滋病预算支出监测困难,特别是治疗与预防、护理和支持相关支出比较^[42]。这一例子突出了当地证据对政策实施进行有效监测的必要性。

标;也可能有利于不同利益相关者和利益集团为某一方案进行游说。如纳米比亚棚屋居民联合会向当地棚屋居民协会提供居民社会经济地位和基本医疗服务可获得性数据。这些数据有助于明确当地卫生需求,并为这些群体在政府政策论证中争取话语权。当地卫生部门也可以使用这些数据游说市政官员提高服务质量及争取更多住房用地^[10]。

除直接用于知证决策,当地证据还有助于卫生项目与政策的长效监测及预期影响因素的评估^[11](见表6,南非运用当地证据对抗逆转录病毒治疗进行监测和评估)。通过定期收集数据,进行回顾性分析,可为新项目的评估提供基线数据。当地证据有助于显示小范围(如相邻区域或地区)项目效果的趋势,同时也可凸显项目贯彻实施过程中的差异。政策制定者可能关注某些卫生项目对弱势群体或少数民族等特定人群的影响,如当地证据也可用于监督卫生项目资源是否公平分配,是否贯彻某卫生项目有助于提高公平性(案例见参考文献^[12])。

政策制定者仅采用当地证据评估卫生政策或项目的效果时应谨慎。当地证据可能比其他地方研究更具直接相关性,但也可因在当地开展研究所固有的一些重要局限而导致证据可靠性较差。此外,即使当地评价比较可靠,也有可能因随机误差产生误导。对所有相关评估进行系统评价的做法更有助于判断“是基于某一亚组的相关评估(恰巧是在当地展开的研究)结论决策,还是基于全球证据(包括其它背景下展开的相关研究)决策^[2]。

若无可用的系统评价,且自行或委托进行新的系统评价不可行,仅有当地证据有助于知证决策^[13]。政策制定者应意识到此风险,若当地评价有较大局限性(偏倚风险)或样本量太小(结果精确度不高)则更应注意。但在可获得严格的、直接相关且样本量大的当地效果评价证据时(这种情况相对较少)^[14],这些当地证据可能是知证决策的最佳证据。

与所有其他形式的证据一样,应对当地证据的

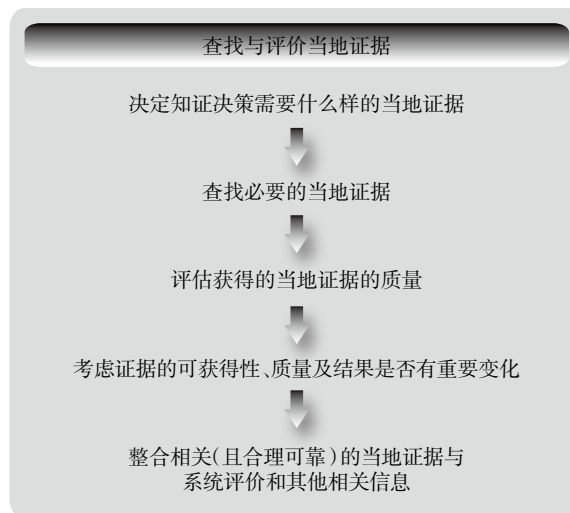


图1 查找与使用当地证据以帮助知证决策

可靠性进行评价。本文提出5个问题,以帮助确定和评估用于知证决策的当地证据。

4 思考问题

以下问题用以指导政策制定者及其他相关人员查找有关证据。这些问题的相互关系见图1:

- (1) 知证决策需要什么样的当地证据?
- (2) 如何获得必需的当地证据?
- (3) 如何评价现有当地证据的质量?
- (4) 当地证据的可获得性、质量或结果是否有重要变化?
- (5) 如何整合当地证据与其他信息?

4.1 知证决策需要什么样的当地证据

知证决策需参考一定范围的当地证据(见表1~8当地证据在不同决策阶段的应用)。应根据项目或问题本身的性质、环境与当地证据的可获得性选择证据。

4.2 如何获得必需的当地证据

当地证据可来自常规卫生信息系统、大型调查研究、或收集或分析地方数据的研究。以下进行具体讨论。

与查找全球有效性证据一样^[15],当地证据的查找、纳入与评估都应系统化(确保恰当地查找、评估和使用相关研究),全过程也应透明化。应避免选择性使用当地证据(有时被认为是“选择最有利的”)来证实某一方案的有效性,因为其可能导致重要数据或信息在决策过程中被遗漏或忽视。例如,仅纳入对某一问题严重性最悲观估计的当地证据,如未完成计划免疫的儿童比例,将导致对诸如疫苗接种完成率问题的歪曲理解。也可能使稀缺资源被用于那些不必要的、不能解决当地需求或提供范围不必那

表 7 利用当地证据分析卫生问题的可能原因

澳大利亚一项有关体育锻炼影响因素的研究发现,虽然贫困地区与发达地区有同样享受公共体育锻炼的机会,但贫困地区的体育锻炼设备与场地质量相对较差,这可解释贫困地区体育锻炼场地使用率低的原因^[43]。

阿根廷某省的孕产妇死亡率上升,一项当地研究对此原因进行调查,同时评估了为降低死亡率修订的卫生政策,结果发现流产是孕产妇死亡最常见的原因(报告链接: observatorio.msal.gov.ar/textos/37.pdf)。

表 8 利用当地证据评估决策可能带来的影响(如现有影响因素)与决策执行过程中的障碍

阿根廷对减肥手术等减肥治疗管理条例进行评估。另有一项心血管病危险因素的全局性调查,以确定肥胖这一全局性问题的严重程度。该调查提供超重或肥胖人口比例数据,这些数据也可用于不同类型肥胖治疗方法效果的评估(调查链接: www.msal.gov.ar/htm/Site/enfr/resultados_completos.asp)。

加拿大对改善初级卫生保健举行各利益相关团体听证,包括从医师主导治疗到团队主导治疗的各种形式及一些过渡形式。为这次听证准备的当地证据简报指出了以下四项潜在的执行障碍:

1. 担心一些患者与初级保健医生关系潜在中断;
2. 担心在处理“私人消费与公共支付”时可能会影响医生的职业与商业自主权;
3. 许多农村与偏远地区潜在缺乏可行的组织管理;
4. 政府希望扩大卫生服务的公共支付范围,包括给其他卫生服务提供者和团队,同时保留对现有医生的公共支付。这也是经济衰退时期应特别关注的问题^[44]。

么广泛的干预。若采用未完成免疫计划儿童比例最大估计值的证据决策,将造成疫苗浪费,一些不太需要的地区分配到更多的疫苗。同样,在人口较多的地区采用平均疫苗覆盖率作为决策依据也不合适。这样的证据可能会掩盖某些地区或人群疫苗覆盖不均衡的事实。

当地证据来源广泛,能作为决策依据的当地证据来源却有限。如入户调查可得到各种卫生设施(如冲洗式厕所和坑式厕所)数据,但这些数据可能并未根据特定卫生区域进行整合分析,也不能说明是否这些卫生设施运行良好。因此,有必要对现有数据作进一步分析,或对相关数据用于解决某一特定政策问题的适用性进行假设。问题 4.4 和 4.5 对此作进一步讨论。

4.2.1 从常规卫生信息系统获取当地数据 地方或国家卫生局(或卫生系统其它机构)定期收集的数据包括^[16]:

- 危险因素: 如营养情况、血压等;
- 病死率与疾病负担: 包括儿童死亡率、结核治疗结局、围手术期死亡、感染性疾病和癌症诊断情况等健康结局;
- 卫生服务范围:
 - 儿童免疫接种或宫颈癌筛查等临床干预或服务覆盖范围;
 - 具体卫生问题的住院时间、门诊病人量和处方药调剂等卫生服务利用信息;
 - 病人满意度调查;
- 卫生系统资源:
 - 各项卫生保健支出情况;

- 不同机构与项目工作人员的级别和数量、人员晋升项目与人员考勤情况等人力资源数据;
- 术后感染率、心梗治疗时间等临床绩效数据;
- 卫生服务提供指南;
- 对卫生服务提供指南的依从性;
- 卫生服务不公平性与健康结局。

其中有些数据可根据性别、年龄或特定区域(社区或城镇)分为不同亚组数据^[2]。常规卫生信息系统数据通常未做系统分析,因此大量数据都需系统分析。

查找当地常规数据,可从卫生部卫生信息部门、国家统计局和地方卫生局入手。这些部门在互联网上公布他们收集和分析数据的清单逐渐增多,许多部门还定期制作统计摘要。如南非开普敦市卫生署,在其网站信息中按地区公布了一些卫生指标,如婴儿的出生数、死亡数,婴儿死亡率,结核病病例数和治疗结果等(见: www.capetown.gov.za/en/cityhealth/Pages/CityHealth.aspx)。英国公共卫生监察协会也提供了各地区的主要卫生指标数据(见: www.apho.org.uk/default.aspx?QN=P_HEALTH_PROFILES)。当地研究机构、非政府卫生组织、或双边或多边机构,如世界卫生组织国家办事处也对常规收集当地卫生数据来源提出建议。一些商业数据库可能包含有用的当地证据,如当地药品价格、药品可获得性及其他技术使用情况。通常情况下,当地卫生部门应有关于当地常规收集卫生数据来源的概况,政策制定者应熟悉这些数据的来源。

4.2.2 从大型数据调查研究中分解地方数据 重要数据来源包括大规模调查研究,如全国普查、对基础卫生设施可及性的地区调查、国家人口和健康调查。从这些调查数据中可能能够分出各省或市一级的数据,或本来就含有这些数据。如英国国家统计局的统计网站允许用户通过输入地区名字或邮政编码查找当地数据(见: www.neighbourhood.statistics.gov.uk/Dissemination)。这些数据涉及面广,包括卫生服务可及性,犯罪和安全情况,一般健康状况及少女妊娠等。同样,南非统计局网站也提供了可细化到省级的大量信息。包括来自全国家庭调查的数据,如各省健康和卫生服务咨询数据(见: www.statssa.gov.za)。

其他一些数据库,可能对地方性数据的分析未常规进行。但如果数据按地区标记,调查机构或拥有这些数据的机构就可建议能否进一步分解到各地区数据。进一步分析数据更复杂,通常建议有统计人员支持。一些健康数据比较敏感,如性传播疾病和艾滋病的治疗数据。由于拥有这些数据的机构需要确保这些特殊数据的公开信息不能追踪到具体的患病个体,因此这类地方数据可能无法获得。

4.2.3 收集和分析当地数据的具体研究 大量研究收集、分析并报道当地(如某省或某市)数据,并采用了多种数据收集和分析方法。这类地方性研究可从以下途径获得:

- 采用一些地域特征术语,如“Caracas”或“Buenos Aires”,检索(最好有信息专家协助)国际性数据库,如 PubMed, Cochrane 图书馆或世界卫生组织地区性数据库(如拉丁美洲和加勒比地区卫生数据库[LILACS])发表的研究论文。PubMed 包含了 hedge 或标化的检索策略,允许用户检索管理数据库研究、社区调查和定性研究(这些研究可能有助于提供利用模式和经验交流等信息)。相关链接: www.nlm.nih.gov/nichsr/hedges/search.html;
- 通过“谷歌学术检索”(Google Scholar)、“WHO 图书馆信息系统”(the WHO Library Information System, <http://dosei.who.int/uht-bin/cgisirsi/Mon+May++4+21:00:46+MEST+2009/0/49>)和欧洲灰色文献信息系统(OpenSIGLE, <http://opensigle.inist.fr>)等搜索引擎检索灰色文献或未发表文献(最好有信息专家协助)。许多当地研究,如卫生服务运行研究,一般都以报告形式公布在网上,不会发表在

学术期刊上。因此,灰色文献是这类证据的良好来源;

- 通过联系当地大学、科研机构或卫生部门的研究人员获得当地研究相关资料,包括未发表的研究报告;
- 通过联系或检索卫生服务监测系统,如欧洲卫生服务监测系统(the European Observatory on Health Care Systems, www.euro.who.int/observatory),国际精神卫生监测网(the International Observatory on Mental Health Systems, www.cimh.unimelb.edu.au/iomhs)或非洲卫生人力监测网(the Africa Health Workforce Observatory, www.afro.who.int/hrh-observatory)。

4.3 如何评价现有当地证据的质量?

与其他形式证据一样,需要评估当地证据的质量。若数据质量差,可能导致结果解释困难,甚至得出错误结论的风险。当考虑当地证据时,要区分数据(即测量或观察的原始数据)和信息(即针对特定问题经过组织或分析后的数据,因此对决策更加有用^[17])。当地证据存在一些与数据相关的潜在问题,如数据测量的方法等;还有一些问题与数据如何转化成信息相关(如分析过程)。

一些因素可能影响常规收集当地数据的质量。如数据收集整理与录入人员未经良好培训。同样,如果他们得不到及时反馈,可能不理解这些数据有何用处。数据录入可能会与诊所或医院大量的临床医疗工作冲突,使中心质量控制可能不足^[18]。一旦数据收集结束,很难再纠正数据质量方面的问题。相反,重新分析数据可能更容易纠正信息的不足。当地数据收集系统应有合理设计,同时应为数据收集者提供及时反馈。

多数用于决策的当地证据为描述性的(如数据中包含了样本信息、测量和结果的简单摘要),而非比较性的(如不同地区或时间的比较)。也有例外情况,如不公平性证据通常源自比较。

大多数当地证据的描述性质会影响其评估质量。在比较研究中,质量评价主要侧重于防止偏倚风险(即“结果或推论中的系统误差或偏离真实”的风险^[19])。评价当地证据的关键问题如下(表 9 列举了可用于指导当地证据质量评估的摘要,摘自^[11]):

证据是否有代表性? 该问题重点在于证据是否正确代表了广大人群,从数据抽取的人群到结论形成的人群。包括以下要素:首先,证据来源是否有明确描述? 第二,如果证据是从目标人群中抽样得出,

表 9 指导当地证据质量评价的问题

主要质量评价标准	子问题	例, 评价当地证据质量: 从结核病登记库中常规收集结核病治疗效果数据
证据是否具有代表性?	<ul style="list-style-type: none"> • 证据来源是否有清晰描述? • 若证据是从目标人群抽样得出, 是否清楚地描述了如何抽样? • 抽样方法是否恰当? • 是否描述了结论如何外推到更广大的人群? 	结核病登记库应常规记录每位确诊结核病病人的信息, 而不是抽样人群。因此, 如果每个结核病病人的信息都收集完整, 则该信息应具有代表性, 能反映该地区结核病病人的人口学及其治疗结局情况
证据是否准确?	<ul style="list-style-type: none"> • 是否清楚地描述了数据收集者的情况? • 数据收集者是否经过适当的训练? • 采用何种数据收集工具? • 数据收集工具是否恰当? • 数据收集时间? • 是否监测了收集数据的质量及质量是否足够高? • 如何分析数据? • 分析方法有无清楚报道? • 是否讨论了所有数据的局限性? 	根据WHO指导原则, 大多数卫生局都有结核病登记手册。手册规定了信息收集人员和收集内容等具体信息。决策者在使用数据时需检查登记是否在一定指导下完成, 结核人员在使用这些手册时是否经过培训, 对诊所和区一级数据收集是否有质量控制机制, 数据汇编是否恰当。
结果报告是否适当?	<ul style="list-style-type: none"> • 是否清楚描述了测量的结果指标? • 结果测量是否可靠? • 结果测量是否恰当? • 结果是否对卫生问题提供了合理评估? 	根据WHO指导原则, 结核病登记有一系列测量标准, 用于评估结核病项目的运作。但一般不提供病人对项目人员工作满意度的数据。

是否清晰地描述了如何抽样, 抽样方法是否恰当?
第三, 是否描述了结论如何外推到更广大的人群。

证据是否准确? 该问题的重点在于现有数据是否与测量结果的真实值匹配。解决这一问题时, 可能需要考虑数据收集过程是否有明确说明。需解决的问题包括: 谁收集数据, 数据收集者是否经过适当培训, 采用何种数据收集工具, 是否监测了收集数据的质量, 如何分析数据(分析方法是否清楚报道), 是否讨论了所有数据的局限性。

结果报告是否恰当? 该问题重点在于数据(如治疗结果或卫生资源利用措施)报告方法是否适合于解决数据对应问题。解决这一问题, 需要考虑是否清楚描述一个或多个测量结果, 结果是否可靠, 能否对卫生问题提供合理评估。如政策制定者考虑如何提高结核病的治疗质量, 定期报告结核病治疗结果可能是一个有用的措施, 因为结核病的治疗结果与治疗措施质量可能有关。

4.4 当地证据的可获得性、质量和结果是否有重要变化?

评估和利用当地证据时, 意识到当地证据的可获得性、质量和结果方面的变化尤为重要。这些问题将讨论如下。

4.4.1 可获得性 当地证据的可获得范围和程度在不同地理区域、行政管辖或人口方面常有较大变化。多数情况下这种差异可能只是反映了不同政策及不同地区卫生局或其他机构能力的差别。但在某些情况下当地证据在人口或地域方面的差异可能反映了一些潜在的不公平。这些不公平包括某些人群较

难获得卫生服务, 调查未纳入“难以接近”人群的数据, 如移民、讲其他语言者或偏远贫困地区的人群。那些被打上种族或性倾向烙印的群体, 或被认为是非法移民的群体, 不愿将自己视为数据搜集目标群体的一员^[20,21]。因此很难获取与这些人群相关的当地证据; 收集这类数据也是很大的挑战。采用这些当地数据需要探讨其变化的原因, 并在决策过程中考虑这些因素。

获取当地证据可能会受到其他方面的限制。首先, 证据可能只有唯一来源, 因此很难交叉核对其可靠性。其次, 一些信息适用于较大区域, 也包含了政策的目标区域, 但当地信息很难从这些大范围数据中分离出来。第三, 决策者可从邻近地区获得高质量数据, 但必须对这些数据是否适用于本地情况进行评估。最后, 当地证据只能作为衡量一个相关健康问题的指标。如哥伦比亚的决策者需要关于脑膜炎住院人数的数据, 但这一信息无法常规获得。哥伦比亚脑膜炎死亡人数可从 WHOSIS 信息系统 (<http://apps.who.int/whosis/database/mort/table1.cfm>) 获得。此外, 脑膜炎死亡率数据可从本地数据系统中获得 (www.scielo.br/pdf/rsap/v8s1/v8s1a04.pdf)。根据这两组数据可估计该国脑膜炎病例总数。

4.4.2 质量和结果 不同来源的证据质量可能不同。当地证据的质量可能因决策中使用的证据形式不同而变化。莫桑比克的一项研究发现, 当地成人疟疾住院病例和死亡病例的书面记录数据与省级电子记录数据差异较大, 病例数差别达 62%, 死亡数差别达 48%。作者认为这些差异可能与省级数据

录入过程中的错误有关^[22]。类似数据质量上的差异在决策过程中应注意考虑。

对特定卫生问题,因来源不同而致当地证据结果有差异,其原因包括:

- 对问题的定义和测量方法有差异;
- 数据收集对象有差异(包括个人、群体或其他机构);
- 对照组有差异;
- 干预措施有差异;
- 数据收集和分析方法有差异。

当考虑这些变化时,数据使用者应探讨下列问题:

- 从临床和政策角度,这些差异是否具有潜在的重要性?
- 如果这些差异很重要,从数据来源上是否有合理的解释,或能否假设有合理的解释(如在数据收集、测量、分析上的差异等)?
- 是否有其它来源的信息作为当地证据的比较?

数据使用者应记录他们对证据解释所做的决定,并对任何不确定性加以注释,讨论如下。

4.5 如何整合当地证据与其他信息

政策制定需要对全球证据(来自世界各地的最佳证据)——理想情况下来自系统评价,与不同类型的当地证据进行综合、假设和判断。若当地证据成为决策考虑的关键,能够影响政策的方向时,以下问题非常重要:

- 描述确定当地证据的方法。最好用系统的方法获取这些证据;
- 描述评价当地证据的方法。如前所述,推荐采用系统的方法评价这些证据。若需作出快速评价、作出一些假设或使用非正式的观察证据,都应透明报道;
- 明确描述使用了哪些当地证据及证据来源。应包含证据来源于具体人群或社区的相关细节。尽可能标注和记录这些来源以便其它决策者能获得这些信息;
- 描述因当地信息缺乏或证据质量差所致的重要差异或不确定性。一份关于澳大利亚国家儿童免疫接种登记中心的数据应用研究发现:对一些特殊人群(如偏远的土著人群),注册中心并不足以测量接种率和接种效果^[13]。类似的不确定性在中低收入国家也有报道^[23,24]。由于不同来源的地方证据结果不一致,也可能导致证据的不确定性。如住

院死亡率、并发症发生率或重症监护病房住院时间都可用于评估手术质量。有研究发现,这些不同指标间的相关性很低^[18,25,26],因此,很难确定哪组数据最能反映“真实的”手术质量,哪些数据可用于决策。当地证据用于特殊人群也可能具有不确定性。如少女妊娠率这样的当地证据可用于全人群,但并不适用于亚组人群(如种族或语言的差异);

- 最后,讨论由全球证据和当地证据得出结论的差异非常重要。如全球证据表明非专业卫生人员能有效提高儿童免疫接种率^[27];而一些当地证据表明非专业卫生人员不适合提供健康咨询,那么在建设非专业卫生人员队伍意义就不大。尽管全球证据仍被视为最佳效果评价证据,但这样的当地证据会导致关于非专业卫生人员能有效地提高儿童免疫接种率的全球证据用于当地时,不确定性更大。因不同地区相对成本差异大,在用经济学评价证据时,也需考虑证据的适用性。如不同地区间人力资源成本差异较大,而药品成本可能比较接近。

充分了解当地环境和条件均有助于解释当地证据和全球证据^[28]。应考虑的关键环境因素包括:物理环境(如卫生设施、供应链、银行系统等)、人力资源、知识(如政策或干预措施实施技能)、社会文化背景(如信仰、价值观、腐败等问题)和政治背景。政治地图等工具有助于加深对政治背景的理解^[29,30]。

像快速评估这类方法可用于收集针对特定政策问题的地方或全球水平的各种数据。如这种方法已被用来收集格鲁吉亚和吉尔吉斯斯坦的糖尿病治疗管理数据^[31,32]。应将当地证据及其可靠性评估写入政策简报及一些决策文件中。我们将另文详细讨论政策简报的应用^[33]。

5 结论

当地证据贯穿于决策过程的所有阶段——从影响政策议程到确定项目选择和监测项目可持续(见表10:可能与具体政策问题相关的当地证据类型举例)。这些证据可通过常规卫生信息系统、可分解到当地证据的调查研究或当地数据收集和分析研究中获得。需要且可获得的证据取决于具体环境下政策问题本身。

许多情况下需采取一定措施改善当地证据的数据质量和使用:对数据收集者采取一定的激励机

表 10 解决具体政策问题的当地证据类型

决策周期	应用当地证据	相关当地证据类型
明确问题或目的	评估政策目标问题的严重程度和各利益相关者对此的看法	<ul style="list-style-type: none"> • 从国家卫生信息系统等常规数据来源和调查的关键统计数据 • 国家、各省和卫生机构(医院等)的发病率数据 • 利益相关者意见和经验的当地研究
	分析问题可能的原因	<ul style="list-style-type: none"> • 利益相关者意见和经验的当地研究 • 危险因素数据的调查
	描述当地卫生服务提供、筹资与监管措施	<ul style="list-style-type: none"> • 卫生部与财政部的政策、指南和记录 • 专业组织的规定
评估决策项目	将干预效果评价的全球证据具体化,并考虑相关性	<ul style="list-style-type: none"> • 当地卫生服务机构目前针对某一具体健康问题的系列干预措施及其效果,并与全球类似项目的比较 • 当地卫生机构上述干预措施覆盖范围的数据
	评估决策可能带来的影响(如现有影响因素)	<ul style="list-style-type: none"> • 类似项目的当地研究
	明确政策选择的价值观和偏好(如决策影响因素的相对重要性)及对这些选择的看法	<ul style="list-style-type: none"> • 利益相关者意见的当地研究 • 利益相关组织的信息,如代表公众和特定用户群体(如有某种特定卫生问题的人群)的相关团体 • 与利益相关者对话的信息
	评估政策成本或节约的成本	<ul style="list-style-type: none"> • 项目成本和节约成本的当地研究 • 卫生部门、卫生项目或提供卫生服务的非政府组织的成本数据
探索决策实施策略	评估资源可获得性(包括人力资源、技术能力和基础设施)	<ul style="list-style-type: none"> • 来自卫生部门、卫生项目或提供卫生服务的非政府组织的资源数据 • 类似项目资源利用的当地研究
	明确决策实施的障碍	<ul style="list-style-type: none"> • 利益相关者意见的当地研究 • 利益相关组织的信息,如代表公众和特定用户群体(如有某种特定卫生问题的人群)的相关团体 • 与利益相关者对话的信息 • 当地实施障碍的研究
监测决策实施效果	监测项目的可持续性	<ul style="list-style-type: none"> • 常规收集决策项目数据
	评价项目实施对公平性的影响	<ul style="list-style-type: none"> • 按性别、年龄、居住区分类的数据

制,确保收集的数据有用并及时反馈。确保政策制定者及其支持者对当地情况的数据来源有清楚的了解。与其他形式的证据相同,当地证据的质量也需要评价。政策制定者仅采用当地证据评估政策或项目效果时应谨慎。当地证据可能比其他地方研究更具直接相关性,但也可能因在当地开展研究所固有的重要局限而导致当地证据可靠性较差。

资源

有用的文件和补充阅读文献

- WHO. World Health Statistics. Indicator compendium (Interim version). Geneva: World Health Organisation. 2009. www.who.int/whosis/indicators/WHS09_IndicatorCompendium_20090521.pdf.
- The 'Creating Excellence' network in the United Kingdom has produced a short local evidence guide and a toolkit on gathering and analysing local level data. www.creatingexcellence.org.uk/regeneration-renewal-news262.html.
- Department for Education and Skills. Using local evidence. A leaflet for service managers, planners and

commissioners. www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/_download/?id=5728.

网址链接

- WHO Statistical Information System (WHOSIS): www.who.int/whosis/en – This is an interactive database bringing together core health statistics for the 193 WHO Member States. It comprises more than 100 indicators, which can be accessed by way of a quick search, by major categories, or through user-defined tables.
- African Index Medicus: <http://indexmedicus.afro.who.int> – An international index to African health literature and information sources produced by the WHO in collaboration with the Association for Health Information and Libraries in Africa. It provides access to health information published in, or related to, Africa and can be searched at no cost.
- The Cochrane Library: www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/mrwhome/106568753/HOME – The Cochrane Library contains high-quality, independent evidence to

inform healthcare decision making. It includes reliable evidence from Cochrane and other systematic reviews and clinical trials. Cochrane reviews provide the combined results of the world's best medical research studies and are recognised as the gold standard in evidence-based health-care.

- PubMed: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed – The PubMed database contains more than 19 million citations for biomedical articles from a wide range of indexed journals and can be searched at no cost.
- Health Metrics Network: www.who.int/healthmetrics/en – A global partnership on health information system strengthening. The website provides a range of tools and information to support health information system strengthening.
- Demographic and health survey data: www.measuredhs.com – The demographic and health surveys programme has collected, analysed and disseminated data on population, health, HIV and nutrition through more than 200 surveys in over 75 countries. The website provides a range of freely available data from these surveys.

附件

术语: <http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1478-4505-7-S1-S11-S1.doc>

利益冲突、作者贡献及致谢

见原文。

参 考 文 献

- 1 Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Introduction. *Health Res Policy Syst*. In Press.
- 2 Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 1. What is evidence-informed policymaking. *Health Res Policy Syst*. In Press.
- 3 McLaren L, Ghali LM, Lorenzetti D, *et al.* Out of context? Translating evidence from the North Karelia project over place and time. *Health Educ Res*, 2007, 22: 414-424.
- 4 Lavis JN, Oxman AD, Lewin S, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 3. Setting priorities for supporting evidence-informed policymaking. *Health Res Policy Syst*. In Press.
- 5 Crawford MJ, Rutter D, Manley C, *et al.* Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. *BMJ*, 2002, 325: 1263.
- 6 Meads GD, Griffiths FE, Goode SD, *et al.* Lessons from local engagement in Latin American health systems. *Health Expect*, 2007, 10: 407-418.
- 7 Brunetti M, Oxman A, Pregno S, *et al.* GRADE guidelines: 10. Special challenges – resource use. *J Clin Epidemiol*, In Press.
- 8 Hoffmann C, Stoykova BA, Nixon J, *et al.* Do health-care decision makers find economic evaluations useful? The findings of focus group research in UK health authorities. *Value Health*, 2002, 5: 71-78.
- 9 Oxman AD, Lavis JN, Lewin S, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 10. Taking equity into consideration when assessing the findings of a systematic review. *Health Res Policy Syst*, In Press.
- 10 UN Habitat: Partnership between shack dwellers and a local NGO housing lobby group, Windhoek, Namibia. UN Habitat and the Together Foundation: Best Practices Database. 2002.
- 11 The South West Centre for Sustainable Communities: Local evidence guide. A guide to finding local data and statistics in the South West. Creating: Excellence. [www.creatingexcellence.org.uk/ceimages/CE_LocalEvidenceGuide.pdf]. 2008.
- 12 Mindell J, Klodawski E, Fitzpatrick J. Using routine data to measure ethnic differentials in access to coronary revascularization. *J Public Health*, 2008, 30: 45-53.
- 13 Morrato EH, Elias M, Gericke CA. Using population-based routine data for evidence-based health policy decisions: lessons from three examples of setting and evaluating national health policy in Australia, the UK and the USA. *J Public Health*, 2007, 29: 463-471.
- 14 Fretheim A, Oxman AD, Lavis JN, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 18. Planning monitoring and evaluation of policies. *Health Res Policy Syst*, In Press.
- 15 Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews. *Health Res Policy Syst*, In Press.
- 16 World Health Organization (WHO): World Health Statistics. Indicator compendium (Interim version). Geneva, World Health Organisation. 2009.
- 17 Ackoff RL. From data to wisdom. *Journal of Applied Systems Analysis*, 1989, 15: 3-9.
- 18 Powell AE, Davies HT, Thomson RG. Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls. *Qual Saf Health Care*, 2003, 12: 122-128.
- 19 Higgins JPT, Green S. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.1 [updated September 2008]. The Cochrane Collaboration; 2008.
- 20 Hajioff S, McKee M. The health of the Roma people: a review of the published literature. *J Epidemiol Community Health*, 2000, 54: 864-869.
- 21 Meyer IH. Why lesbian, gay, bisexual, and transgender public health? *Am J Public Health*, 2001, 91: 856-859.
- 22 Chilundo B, Sundby J, Aanestad M. Analysing the quality of routine malaria data in Mozambique. *Malar J*, 2004, 3: 3.
- 23 Bosch-Capblanch X, Ronveaux O, Doyle V, *et al.* Accuracy and quality of immunization information systems in forty-one low income countries. *Trop Med Int Health*, 2009, 14: 2-10.
- 24 Lim SS, Stein DB, Charrow A, *et al.* Tracking progress towards universal childhood immunisation and the impact of global initiatives: a systematic analysis of three-dose diphtheria, tetanus, and pertussis immunisation coverage. *Lancet*, 2008, 372: 2031-2046.
- 25 Hartz AJ, Kuhn EM. Comparing hospitals that perform coronary artery bypass surgery: the effect of outcome measures and data sources. *Am J Public Health*, 1994, 84: 1609-1614.
- 26 Iezzoni LI. Using risk-adjusted outcomes to assess clinical practice:

- an overview of issues pertaining to risk adjustment. *Ann Thorac Surg*, 1994, 58: 1822-1826.
- 27 Lewin SA, Dick J, Pond P, *et al.* Lay health workers in primary and community health care. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005, 1: CD004015.
 - 28 Lavis JN, Oxman AD, Souza NM, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 9. Assessing the applicability of the findings of a systematic review. *Health Res Policy Syst*, In Press.
 - 29 Hawkes S, Miller S, Reichenbach L, *et al.* Antenatal syphilis control: people, programmes, policies and politics. *Bull World Health Organ*, 2004, 82: 417-423.
 - 30 Reich M. Political mapping of health policy: a guide for managing the political dimension of health policy. Boston: Harvard School of Public Health. 1994.
 - 31 Balabanova D, McKee M, Koroleva N, *et al.* Navigating the health system: diabetes care in Georgia. *Health Policy Plan*, 2009, 24: 46-54.
 - 32 Hopkinson B, Balabanova D, McKee M, *et al.* The human perspective on health care reform: coping with diabetes in Kyrgyzstan. *Int J Health Plann Manage*, 2004, 19: 43-61.
 - 33 Lavis JN, Permanand G, Oxman AD, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 13. Preparing and using policy briefs to support evidence-informed policymaking. *Health Res Policy Syst*, In Press.
 - 34 Lavis JN, Wilson M, Oxman AD, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 4. Using research evidence to clarify a problem. *Health Res Policy Syst*, In Press.
 - 35 Mubyazi GM, Gonzalez-Block MA. Research influence on antimalarial drug policy change in Tanzania: case study of replacing chloroquine with sulfadoxine-pyrimethamine as the first-line drug. *Malar J*, 2005, 4: 51.
 - 36 Pan American Health Organization (PAHO): Informe Regional de SIREVA II: datos por pañs y por grupos de edad sobre las características de los aislamientos de *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis* en procesos invasores, 2000-2005. Washington, DC, Pan American Health Organization. 2007.
 - 37 Consumers' Health Forum of Australia: Consumers' Expectations of General Practice in Australia. Deakin. Consumer's Health Forum. 1999.
 - 38 Cliff J, Lewin S, Woelk G, *et al.* Policy development in malaria vector management in Mozambique, South Africa and Zimbabwe. *Health Policy and Planning*, In Press.
 - 39 Mnzava AEP, Ntuli MV, Sharp B. House replastering as a reason to shift from DDT spraying to synthetic pyrethroids. *South African Medical Journal (Public Health)*, 1998, 88: 1024-1028.
 - 40 Dick J, Henchie S. A cost analysis of the tuberculosis control programme in Elsies River, Cape Town. *S Afr Med J*, 1998, 88: 380-383.
 - 41 Keating KM, Brewer NT, Gottlieb SL, *et al.* Potential barriers to HPV vaccine provision among medical practices in an area with high rates of cervical cancer. *J Adolesc Health*, 2008, 43: S61-S67.
 - 42 Ndlovu N, Daswa R. Monitoring AIDS Treatment Rollout in South Africa: Lessons from the Joint Civil Society Monitoring Forum (JCSMF). Budget Brief No. 161. 2006.
 - 43 Giles-Corti B, Donovan RJ. The relative influence of individual, social and physical environment determinants of physical activity. *Soc Sci Med*, 2002, 54: 1793-1812.
 - 44 Lavis JN, Boyko J. Evidence Brief: Improving Access to Primary Healthcare in Canada. Hamilton, Canada, McMaster Health Forum. 2009.

李幼平 总审校
王莉 成岚 译
蒋兰慧 蔡羽嘉 审校

本文编辑: 蔡羽嘉