

# 知证卫生决策工具之六 ——使用证据制订实施计划\*

## SUPPORT Tools for evidence-informed Policymaking in health 6: Using research evidence to address how an option will be implemented\*

Atle Fretheim<sup>1</sup>, Susan Munabi-Babigumira<sup>2</sup>, Andrew D Oxman<sup>2</sup>, John N Lavis<sup>3</sup>, Simon Lewin<sup>4</sup>

1. 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;

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, and 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; Health Systems Research Unit, Medical Research Council of South Africa

**摘要** 制定好某项政策后,下一步的关键就是将其转变成实际行动。例如什么样的策略能够促进其有效实施,这些策略的效果如何?我们建议决策者在实施卫生政策或方案时考虑以下5个问题:①影响新政策顺利实施的潜在障碍是什么?②计划实施新政策时应考虑采用什么策略来促进卫生服务对象和居民必要的行为转变?③计划实施新政策时应考虑采用什么策略来促进卫生服务专业人员必要的行为转变?④计划实施新政策时应考虑采用什么策略来促进必要的机构改革?⑤计划实施新政策时应考虑采用什么策略来促进必要的制度改革?

### 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写的“知证卫生决策支持工具”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。本系列文章的导论中详细介绍了SUPPORT工具及其运用方法<sup>[1]</sup>。每篇文章后面均附有本系列文章的所有术语(见附件)。SUPPORT网站上可以找到本系列文章的西班牙文、葡萄牙文、法文和中文链接([www.support-collaboration.org](http://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** 你是一名负责推广某项医疗卫生服务新改革方案的高级公务员。你想确保方案能被尽可能高效地执行。

**情景2** 你在卫生部工作,被告知需准备一份实施计划,用于推广政府近期通过的医疗卫生服务改革方案。你想探索在该计划中应考虑哪种类型

的实施策略。

**情景3** 你在支持卫生部知证决策的独立机构工作,正在准备一份关于各种干预措施效果的文件,这些干预措施将有可能被新卫生服务改革项目的国家执行战略采纳,并需要指导如何贯彻实施。

### 3 背景

对决策者(情景1),本文提供了一些他们可能会要求其下级在实施新政策过程时应考虑的问题。

对决策支持者(情景2和3),本文提供了很多在讨论方案实施和哪些方法有用时我们认为值得考虑的问题。

将政策付诸实践的过程充满挑战且通常未采用系统的方法,这时就需要仔细规划以防止好的政策因执行不力而受阻。但实施过程并不总是畅通无阻:可能会涉及卫生系统和社区各个层面上的一系列复杂的工作。

负责政策实施的人应考虑到两个关键问题,即:“如何实施政策方案才能真正带来变化?”和“哪个策略才能促进其有效实施?”

计划某项政策实施时有许多切入点,我们建议的方法是首先确定那些影响政策执行的障碍,再紧扣找出的障碍和促进因素,制定恰如其分的

\* 本文英文原文发表于 *Health Research Policy and Systems*, 2009, 7(Suppl 1): S6 doi:10.1186/1478-4505-7-S1-S6

作者简介: Atle Fretheim, Email: [atle.fretheim@nokc.no](mailto:atle.fretheim@nokc.no)

实施策略。

本文是关于明确证据需求的三篇文章中的第 3 篇(另见文 4 和文 5)。(图 1 明确证据需求的程序)。

#### 4 思考问题

(1) 影响新政策顺利实施的潜在障碍是什么?

(2) 计划实施新政策时应考虑采用什么策略来促进卫生服务对象和居民必要的行为转变?

(3) 计划实施新政策时应考虑采用什么策略来促进卫生服务专业人员必要的行为转变?

(4) 计划实施新政策时应考虑采用什么策略来促进必要的机构改革?

(5) 计划实施新政策时应考虑采用什么策略来促进必要的制度改革?

##### 4.1 影响新政策顺利实施的潜在障碍是什么?

对想要引导变革的人来说,一个有效的出发点是先确定可能影响改革的障碍。知道哪些和哪里是影响新政顺利实施的障碍在规划过程中非常有用。具体实施的政策及背景情况不同所面临的挑战也不相同。对基于其他情况下政策实施可能遇到问题的研究结果和过去的经验教训都可能提供有用的信息,但这些信息可能不够充分。

没有标准的方法来确定可能影响改革的障碍,该过程常常非正规地采用含混和不系统的方法来考虑主观障碍。我们建议采用一套更系统的方法来确定障碍。

受政策改变影响的人如利益相关者,他们就最有可能预见到政策实施过程中可能出现的问题。有许多方法可以用来了解相关利益集团关于新政策方案的想法,如使用被称为“诊断分析”的“综合方法”。其可能包括头脑风暴法、专题小组讨论、访谈法和其他定性方法或这些方法的组合。这些举措可以给利益相关者的观念提供新的视角,也可以找出政策实施过程中可能存在的障碍和促进因素。调查也可能有用,如可能会要求受访者评估一份潜在障

碍清单在多大程度上能反映实际改革问题。这种过程的实际运用例子见表 1<sup>[2,3]</sup>。

现已制定出若干帮助鉴别卫生保健干预措施实施过程中潜在障碍的结构框架和审核清单。这些工具通常结合了行为理论、实验数据和常识,可能在指导找出潜在障碍过程中有用。有的框架覆盖范围很广,涉及到卫生系统方方面面的潜在问题。如在一个框架根据不同层面的限制条件对问题进行分类<sup>[4]</sup>,包括家庭和社区、卫生服务的提供、卫生部门的政策和管理策略、跨部门的公共政策及相关环境和背景特点。表 2 给出了在各个层面上找出的障碍的例子。

我们针对政策贯彻执行过程中的限制条件在卫生系统的三个层面上已经采取了类似的方法:

- 卫生保健对象和居民;
- 卫生保健专业人员;
- 组织机构层面。

一旦确定政策实施过程中可能出现的问题,下一步就是要找出能够解决这些问题的策略或干预措施(表 3 给出了卫生保健对象和居民的问题与干预措施间可能的关联)。策略的选择也应依据可得证据的有效性和成本,及利益相关者的意见等。本系列的其他几篇文章讲述了如何查找和评价相关证据<sup>[5-9]</sup>。

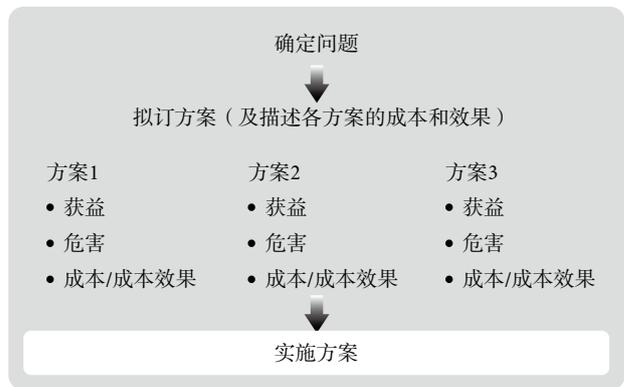


图 1 确定证据需求

表 1 怎样确定政策实施过程中的问题?

#### 坦桑尼亚对抗逆转录病毒疗法(ART)的评估<sup>[5]</sup>

2005 年以来,作为坦桑尼亚推广使用 ART 的一项国家政策的组成部分,ART 已经在坦桑尼亚一些指定医院免费使用。虽然政府保证药物的可得性,但病人并非必然能得到药物。为发现其中存在的问题,研究者与社区成员进行了专题讨论,还对患者进行了深入访谈。研究者发现“交通费和营养费、医院不友好和声誉较差和维持长期治疗的困难都限制了药物的实际可得性。”他们还指出,这样的形式会引起所有“患者”的关注,如果要联系那些不愿意透露自己身份、也不愿意表明自己是病友的患者就会很困难。

#### 美国胆固醇筛查<sup>[2]</sup>

美国研究者研究西弗吉尼亚州成人和儿童胆固醇筛查过程中的问题。为了在一种特定的信仰和文化体系中解决策制定,运用“计划行为”理论作为概念性框架来提供一种模型,研究者假定个人意愿是决定其行为的主要因素。研究者依据访谈大纲采用半结构式访谈法以期找出计划行为理论关键结构的相关信息。研究结果表明环境、经济和态度等方面的问题影响了健康筛查的参与程度,具体包括对测试结果的关注、注射针具的使用、隐私和社区知识匮乏及当地传统的文化观念。

表 2 不同层面上改善基本卫生服务措施获得性的制约因素 (根据参考文献[4]制表)

限制条件水平	限制条件类型
I. 社区和家庭层面	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 缺乏对有效干预措施的需求</li> <li>• 利用有效干预措施的障碍 (身体、经济、社会因素)</li> </ul>
II. 卫生保健服务提供层面	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 合格执业者的短缺和分配问题</li> <li>• 技术指导、项目管理和监督薄弱</li> <li>• 药物和医疗用品供应不足</li> <li>• 基础设施和设备短缺,包括卫生服务可及性差</li> </ul>
III. 卫生部门的政策和管理策略	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 管理规划系统过度集中和低质量</li> <li>• 药物政策和供应体系不健全</li> <li>• 对制药和私营机构监管不力及不恰当的企业行为</li> <li>• 政府和社团间缺乏卫生保健方面跨部门的活动与合作</li> <li>• 没有用于有效利用投入及响应用户需求和偏好的良好激励机制</li> <li>• 对捐助金的依赖减弱了灵活性和所有权</li> <li>• 损害国家政策的捐赠做法</li> </ul>
IV. 跨部门的公共政策	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 政府的官僚作风(公务员制度和薪酬、集中管理制度、公务员体制改革)</li> <li>• 不完善的通讯和交通运输基础设施</li> </ul>
V. 相关环境和背景特点	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 监管和整体政策架构 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 腐败、无能的政府,不健全的法制和较差的合同执行力</li> <li>- 政治环境不稳定、不安全</li> <li>- 不够重视社会部门</li> <li>- 不完善的公共职能机构</li> <li>- 缺乏言论和出版自由</li> </ul> </li> <li>• 自然环境 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 气候和地理对疾病的易感性</li> <li>- 不利于提供服务的自然环境</li> </ul> </li> </ul>

表 3 卫生服务对象和居民干预措施与实施障碍间可能的关联

政策实施过程中的障碍因素	解决这些实施障碍可能用到的干预措施
目前的方案无效或不确定是否有效	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 审查正在进行项目的内容构成及系统评价中证据关于有效性的其他可能选择</li> <li>• 对方案进行严格评估</li> </ul>
对服务很不满意	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 完善知证策略以提高服务质量</li> </ul>
相关服务不符合病人或居民的实际需求	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 创建新的服务内容</li> <li>• 招聘新人</li> <li>• 资源重新分配</li> </ul>
否认问题的严重性	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 教育和社区知晓方案</li> </ul>
交通费	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 提供交通工具或补助交通费</li> </ul>

#### 4.2 计划实施新政策时应考虑采用什么策略来促进卫生服务对象和居民必要的行为改变?

卫生服务对象和居民的行为,尤其是涉及到医疗卫生服务利用的行为(如:利用不足、不遵医嘱改变生活方式或治疗计划等)很可能成为顺利实施新政策的重大障碍。这就很有必要弄清楚为什么目标人群的这些行为将会影响到他们利用医疗卫生服务时的选择。严格实施的定性研究可为卫生服务对象的行为给出解释<sup>[10]</sup>。

WHO 一个长期治疗依从性工作小组提出的框架结构可用于找出可能影响卫生服务对象和居民行为的因素。他们建议考虑以下五方面<sup>[11]</sup>:

- 社会经济相关因素;
- 卫生体系和卫生保健相关因素;
- 治疗相关因素;

- 病人特定疾病相关因素;
- 病人相关因素。

由于这些因素更多地涉及到具体的临床干预,因此对考虑影响卫生服务提供的障碍因素会特别有用。如一些社会经济因素会影响结核患者的依从性,包括:缺乏有效的社会支持网络和不稳定的生活环境、文化和传统观念、种族、性别、年龄、昂贵的治疗和交通费用及刑事犯罪<sup>[11,12]</sup>。

Cochrane 用户与交流系统评价小组已充分证明了干预措施能促进用户与卫生服务提供者和卫生服务系统的相互影响,还针对用于卫生服务对象和居民的干预措施进行了分类<sup>[13]</sup>,这可能有助于构思并考虑使用哪种干预措施。该分类包括:

- 提供教育或信息;
- 支持行为改变;

表 4 关于中低收入国家条件性现金划拨 (CCT) 项目系统评价的主要结果概述<sup>[15]</sup>

- 总之有证据表明 CCT 方案能有效增加妇女和儿童使用预防保健服务,有时还能有效促进健康状况的改善。
- 仅一个研究评估了提供不同数额(从 1 美元到 3 美元)现金的效果。结果要求进行 AIDS 病毒检查的人群几乎增加了一倍(进行 AIDS 病毒检查的人中接受和未接受激励措施的比例为 72% vs 39%)。
- 虽然 CCT 方案要求相当数额的流动资金,但实际划拨的预算可能只占项目总预算的 4% ~ 28%。
- CCT 方案与经典的供应方单方面干预(如提高基础设施和服务数量与质量)两者的成本效益尚无比较,因为大多数 CCT 方案已在卫生基础设施相对较好的环境中实施。
- 不可预见的负面影响可能发生。如一项 CCT 方案实施时报道了令人十分意外的高生育率,原因很可能是因为只有孕妇才能得到这项资助。

表 5 针对卫生服务对象和居民的实施策略设计的证据示例

马拉维实施学习艾滋病相关知识的现金奖励措施<sup>[16]</sup>

获取艾滋病检查结果的潜在障碍包括时间和交通的现金成本、心理成本(如压力、担心和恐惧,或社会歧视)。现金激励可能直接补偿时间和交通成本——及间接弥补心理成本。马拉维农村的现场试验中,了解艾滋病检查结果的受试对象被随机分配是否接受现金激励。无现金激励组中 1/3 做过检查的人领取了自己的检查结果。而较少现金激励组 2/3 的人主动领取了自己的检查结果。

表 6 卫生服务专业人员中的实施障碍与相应的干预措施间可能存在的关联实例

确定政策实施的障碍因素	可能运用的干预措施
知识缺乏	• 提供信息的方法(外延教育、培训)
不同意政策规定	• 确定能够提出新政策主张的民意领袖
时间耗资	• 提供经济补偿

- 支持提高技能和能力;
- 个人支持;
- 促进交流与决策;
- 系统参与。

一些研究和综述已对制约为卫生服务对象和居民有效提供卫生服务的因素的干预措施效果进行了评估。一篇综述作者发现:社区参与在克服这些制约因素方面有积极影响<sup>[14]</sup>。这篇综述里,社区参与涉及的干预措施包括:健康教育(如会议、分组教学)、鼓励参与的方法(动员领导人和利益相关者理解并参与干预过程)、使用推广战略(针对家庭和高风险人群)及指导和培训提供者(如护士或母亲)。这些干预方法促进了健康相关知识的普及、社区自主权的提高及免疫接种和公共卫生的覆盖。

如果社会经济因素起重要限制作用,经济激励措施值得考虑,如有条件的现金划拨。因为有证据(尤其是来自低、中收入国家的证据)表明这会影响到卫生服务的利用<sup>[15]</sup>(详见表 4)。有关经济激励措施更细的证据示例见表 5<sup>[16]</sup>。

如果是与病人有关的因素,如信息匮乏严重阻碍政策实施,则提高信息获取的干预措施就值得考虑。一项系统评价结果表明,大量媒体干预可促进卫生服务利用的增加。但应谨慎对待这一结果,因为这项研究几乎所有都是基于高收入国家的相关研究<sup>[17]</sup>,所以很可能并不适用于其他背景。

## 4.3 计划实施新政策时应考虑采用什么策略来促进卫生服务专业人员必要的行为转变?

一项政策或项目的实施常常需要当地相关卫生服务专业人员的行为有相应改变,但这种职业行为的改变并不一定总是自然发生,因此有效和具有指导性的方法很有必要。确定影响他们行为改变的障碍或影响专业实践的因素有助于为政策实施设计更好的干预。Cabana 及其同事做了一个关于内科医生对指南的依从性可能存在问题的系统评价<sup>[18]</sup>,并发现了七类主要问题,可以作为鉴别卫生保健专业人员中政策实施障碍的结构框架。

- 缺乏认识;
- 不够熟悉;
- 缺乏共识;
- 缺乏自我效能;
- 缺乏预期结果;
- 习惯于过去的做法;
- 外部障碍。

表 6 提供了解决相关问题的干预措施实例。

Cochrane 协作网的有效实践与组织(EPOC)评价组已对用于提供者的干预措施进行了分类,提供了实施过程中可能考虑到的干预措施类型<sup>[19]</sup>,具体如下:

- 教育材料;
- 培训班;
- 外延教育活动;
- 本地舆论导向者;
- 本地共识过程;
- 同行评议;
- 审查和反馈;
- 提醒和提示;

表 7 针对卫生服务专业人员的实施策略设计的证据示例

印度通过现金激励机制促进增加机构卫生服务<sup>[28]</sup>

2005年,印度政府提出了JSY方案,旨在通过推进机构卫生服务医院分娩降低产妇和新生儿死亡率。对社区卫生工作者所提供的服务采取现金支付的方式是妇女护理计划的关键内容之一。自引入该方案以来,印度许多省选择在医院分娩的人数持续增加。

南非通过外延教育促进哮喘的护理<sup>[29]</sup>

南非研究人员发现,由一名受过训练的药剂师对全科医生进行两次30分钟的外延教育能够促进对哮喘患儿临床症状评分的极大改善。

表 8 机构改革过程中通常面临的问题(根据参考文献[30]制表)

障碍	解决办法
自满的文化(抵制或怀疑)	• 提供若干简单的“受益量表”来说明为什么需要改革
缺乏交流	• 开发针对机构内确定的交流障碍的策略
缺乏调整和责任	• 制定合适的管理结构
被动或缺乏领导	• 从提议变革的人中招贤纳士
微管理	• 授权给小组,在小组成员中建立组织共同的目标
超负荷工作负担	• 论证小组成员重新设计工作流程的受益/获益,使用新技术或新流程以减少无用的步骤
体制和结构不完善	• 建立合适的制度体系和结构
缺乏控制计划维持和衡量结果	• 建立评价过程和支持任何积极成果的机制

- 量身定做的干预措施;
- 病人参与的干预;
- 多方面干预。

一些旨在实现卫生服务专业人员行为改变的方法已经过严格评估<sup>[20-23]</sup>。其通常采取评价针对卫生保健专业人员指南实施方法的形式展开评估,且大多数情况(并非所有情况)都在高收入国家或地区展开<sup>[24]</sup>。结果表明很多干预措施都能在中上或中等程度有效影响专业人员的行为,但被动干预措施似乎作用很小,如发放指南或举办培训班。针对特定问题外延教育活动和多方面干预都是更好的方法。

经济激励机制是影响专业人员行为的一种方法,但几乎都在高收入人群中进行。当提出简单明确的行为目标时,如增加免疫接种服务,这种激励机制至少在短期内能够有效影响卫生保健专业人员的个体行为<sup>[25]</sup>。不过已经发现一些激励机制的潜在负面影响,且成本效果也不一定好。

监管措施是引导专业人员行为改变的一种价廉且可能有效的手段,但可接受性很差<sup>[26]</sup>。规章制度本身作为实现专业人员行为改变的一种手段尚未经系统评价,因此有关其有效性可得到的信息有限<sup>[27]</sup>。

表7为进一步实现卫生服务专业人员行为改变而运用的干预措施效果的证据示例<sup>[28,29]</sup>。

#### 4.4 计划实施新政策时应考虑采用什么策略来促进必要的机构改革?

许多机构改革策略表明应该有步骤地实施引导改变的过程,这个过程通常包括两个重要问题,即定

义为什么需要改革和确定改革的问题。

Pexton 列出下列机构改革最普遍的问题,这也可以作为确定问题的框架<sup>[30]</sup>:

- 自满的文化(抵制或怀疑);
- 缺乏交流;
- 缺乏调整和责任;
- 被动或缺乏领导;
- 微观管理;
- 超负荷工作负担;
- 体制和结构不完善。

确定以上各类问题的方法见表8。

通常推荐评估机构改革准备工作的方法和工具包括<sup>[31]</sup>:

- 复杂性认识、互相依存和分裂的分析模型(如Weisbord的六箱组织模式、7S模型和过程模型);
- 评估需要改革的工具,如SWOT分析;
- 用于决定改革什么人和什么事的工具,如力场分析和全面质量管理;
- 进行改革的工具,如机构的发展、行为研究和项目管理。

最常用的机构改革策略几乎完全基于理论,或个案和意见,有时也辅以案例研究或轶事,这种情况主要发生在高收入环境<sup>[31]</sup>。关于这些策略有效性的证据很难获得,使其更难预测是否有具体方法可能引导预期的机构改革。

虽然这种改革的管理策略影响不确定,但仍有助于积极地反映怎样能够促进机构改革。

表 9 卫生系统的各组成部分 (根据Lavis等<sup>[35]</sup>制表)

提供措施	财务措施	监管措施
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 为谁服务和确保服务可及的努力(如能过干预,以提供适合当地传统文化的卫生服务)</li> <li>• 由谁来提供服务(如个体提供者 VS 多学科综合小组中的成员)</li> <li>• 在哪里提供服务 —— 如,是在家还是在社区诊所</li> <li>• 提供服务用什么信息和通信技术 —— 如,记录系统是否有利于提供服务的连贯性</li> <li>• 怎样监管质量和安全 —— 如,质量监测系统是否已到位</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 筹资 —— 如,如何提高项目和服务的收益(如以社区为基础的保险计划)</li> <li>• 资金 —— 如,对他们提供的服务和项目,诊所怎样支付酬金(如通过总额预算)</li> <li>• 薪酬 —— 如,怎样支付卫生服务提供者薪酬(如,按人头支付)</li> <li>• 经济激励措施 —— 如,是否付钱给病人以促进其依从诊疗计划</li> <li>• 资源分配 —— 如,药物处方集是否用于决定病人获取哪些药物免费</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 政策权力 —— 谁决策(如是集中决策还是分散决策)</li> <li>• 机构权力 —— 如,谁拥有并管理诊所(如是否存在私人营利诊所)</li> <li>• 商业权力 —— 如,谁能销售和调剂药物以及怎样监管</li> <li>• 专业人员的权力 —— 例如,授权给谁提供服务、服务范围怎样确定及怎样认证</li> <li>• 用户和利益相关者参与 —— 哪些非政府人员能参与决策过程及如何对待他们提出的意见与建议</li> </ul>

#### 4.5 计划实施新政策时应考虑采用什么策略来促进必要的制度改革?

当实施一项政策时,卫生系统总体层面上有必要发生相应改变,包括:监管措施、财务措施和提供措施<sup>[32]</sup>。如考虑拟选政策的筹资应全部由政府支付,或需要其他的资金来源? 现行制度是否能够应付增加的行政或后勤负担,或是否需要建立新的机制来提供这项服务? 怎样落实这些改革的证据很少: 这些决策通常要借鉴案例研究和其他辖区的经验。对特定政策执行问题的系统评价可能有用,如有关根据干预措施按比例增加费用的研究<sup>[33]</sup>或医疗方案继续实施的可能影响因素的研究<sup>[34]</sup>。最近的一篇综述,作者总结了从监管、财务和提供服务三方面效果的系统评价证据,及可能促进中、低收入国家初级卫生保健领域成本效果好的干预措施的实施策略<sup>[27]</sup>。

先系统评价卫生体系的组成再确定哪些方面需要改革有助于确定体制改革的需要。表 9 给出了一个用于开始这种分析的框架结构<sup>[35]</sup>。

## 5 结论

本文所述对政策实施各个方面的考虑应该能够提供给决策者及其决策支持者系统的方法,包括研究结果在政策实施策略设计方面的运用。目前,政策实施计划往往基于临时决定,很少是基于当前可及的证据。由于本文所描述的方法尚未被广泛应用,我们鼓励大家在知证决策这个领域多多进行交流。

### 资源

#### 有用的文件和补充阅读文献

- Shared decision-making in health care. Achieving evidence-based patient choice (2nd edition, Edited by Edwards A and Elwyn G). Oxford University Press, 2009.
- Changing Professional Practice (Edited by: Thorsen T

and Mäkelä M) Copenhagen: Danish Institute for Health Services Research and Development, 1999. [http:// www.dsi.dk/projects/cpp/Monograph/DSI9905.pdf](http://www.dsi.dk/projects/cpp/Monograph/DSI9905.pdf)

- Grol R, Wensing M, Eccles M. Improving Patient Care: The Implementation of Change in Clinical Practice. Oxford: Elsevier, 2005.
- Fretheim A, Schynemann HJ, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 15. Disseminating and implementing guidelines. Health Research Policy and Systems 2006, 4:27. [http:// www.health-policy-systems.com/content/4/1/27](http://www.health-policy-systems.com/content/4/1/27)
- NorthStar - how to design and evaluate healthcare quality improvement interventions. The ReBEQI Collaboration 2005: <http://www.rebeqi.org/?pageID=34&ItemID=35>
- Iles V, Sutherland K. Organisational Change. A review for health care managers, professionals and researchers. 2001. London, National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D [http:// www.sdo.nihr.ac.uk/files/adhoc/change-managementreview.pdf](http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/adhoc/change-managementreview.pdf).

### 网址链接

- Cochrane Consumers and Communication Review Group Resource Bank: <http://www.latrobe.edu.au/chcp/cochrane/resourcebank/index.html> - The Cochrane Consumers and Communication Review Group is part of the Cochrane Collaboration, an international, non-profit organisation that aims to help people make wellinformed decisions about healthcare. The Consumers and Communication Review Group co-ordinates the production of systematic reviews of interventions which affect consumers' interactions with healthcare professionals, services and researchers. This resource bank is a list of Cochrane systematic reviews relevant to people's health communi-

cation and participation needs, and has been produced by manually searching The Cochrane Library.

- Cochrane Effective Practice and Organisation of Care (EPOC) Review Group: <http://www.epoc.cochrane.org/en/index.html> - EPOC is a Collaborative Review Group of the Cochrane Collaboration and produces systematic reviews of educational, behavioural, financial, regulatory and organisational interventions that are designed to improve healthcare professional practice and the organisation of health care services.

#### 附件

术语: <http://www.biomedcentral.com/content/supplementary/1478-4505-7-S1-S6-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*, 2009, 7(Suppl 1): I1.
- 2 Deskins S, Harris CV, Bradlyn AS, *et al.* Preventive care in Appalachia: use of the theory of planned behavior to identify barriers to participation in cholesterol screenings among West Virginians. *J Rural Health*, 2006, 22: 367-374.
- 3 Mshana GH, Wamoyi J, Busza J, *et al.* Barriers to accessing antiretroviral therapy in Kisesa, Tanzania: a qualitative study of early rural referrals to the national program. *AIDS Patient Care STDS*, 2006, 20: 649-657.
- 4 Hanson K, Ranson MK, Oliveira-Cruz V, *et al.* Expanding access to priority health interventions: a framework for understanding the constraints to scaling-up. *J Int Dev*, 2003, 15: 1-14.
- 5 Lavis JN, Oxman AD, Grimshaw J, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 7. Finding systematic reviews. *Health Res Policy Syst*, 2009, 7(Suppl 1): S7.
- 6 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*, 2009, 7(Suppl 1): S9.
- 7 Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 11. Finding and using research evidence about local conditions. *Health Res Policy Syst*, 2009, 7(Suppl 1): S11.
- 8 Lewin S, Oxman AD, Lavis JN, *et al.* SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). 8. Deciding how much confidence to place in a systematic review. *Health Res Policy Syst*, 2009, 7(Suppl 1): S8.
- 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*, 2009, 7(Suppl 1): S9.
- 10 Green J, Thorogood N. Qualitative methods for health research London: London School of Hygiene & Tropical Medicine, 2004.
- 11 World Health Organization (WHO). Adherence to long-term therapies: evidence for action 2003 [[http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf)]. Geneva, World Health Organization (WHO).
- 12 Munro SA, Lewin SA, Smith HJ, *et al.* Patient adherence to tuberculosis treatment: a systematic review of qualitative research. *PLoS Med*, 2007, 4: e238.
- 13 Santesso N, Ryan R, Hill S, *et al.* A Taxonomy of Interventions Directed at Consumers to Promote Evidence-based Prescribing and Drug Use 2007 [[http://www.latrobe.edu.au/chcp/assets/downloads/CADTH07\\_poster.pdf](http://www.latrobe.edu.au/chcp/assets/downloads/CADTH07_poster.pdf)]. Poster presentation at The Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health Symposium.
- 14 Oliveira-Cruz V, Hanson K, Mills A. Approaches to overcoming constraints to effective health service delivery: A review of the Evidence. *J Int Dev*, 2003, 15: 41-65.
- 15 Lagarde M, Haines A, Palmer N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middleincome countries: a systematic review. *JAMA*, 2007, 298: 1900-1910.
- 16 Thornton R. The Demand for, and Impact of, Learning HIV Status. *American Economic Review*, 2008, 98: 1829-1863.
- 17 Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: effects on health services utilisation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2002, 1: CD000389.
- 18 Cabana MD, Rand CS, Powe NR, *et al.* Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 1999, 282: 1458-1465.
- 19 Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Review Group. Data Collection Check List 2002 [<http://www.epoc.cochrane.org/FileWebte%20files/DocumentReviewer%20Resources/datacollectioncheckst.pdf>].
- 20 Althabe F, Bergel E, Cafferata ML, *et al.* Strategies for improving the quality of health care in maternal and child health in low- and middle-income countries: an overview of systematic reviews. *Paediatr Perinat Epidemiol*, 2008, 22(Suppl 1): 42-60.
- 21 Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, *et al.* Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care*, 2001, 39: I12-45.
- 22 Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, *et al.* Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*, 2004, 8: iii-72.
- 23 Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies--a synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract*, 2008, 14: 888-897.
- 24 Haines A, Kuruvilla S, Borchert M. Bridging the implementation gap between knowledge and action for health. *Bull World Health Organ*, 2004, 82: 724-731.
- 25 Oxman AD, Fretheim A. An overview of research on the effects of resultsbased financing. Report Nr 16-2008 2008 [<http://www.kunnskapssen teret.no/binary?download=true&id=5800>]. Oslo, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- 26 Fretheim A, Havelsrud K, MacLennan G, *et al.* The effects of mandatory prescribing of thiazides for newly treated, uncomplicated hypertension: interrupted time-series analysis. *PLoS Med*, 2007, 4: e232.
- 27 Lewin S, Lavis JN, Oxman AD, *et al.* Supporting the delivery of cost-effective interventions in primary health-care systems in low-income and middle-income countries: an overview of systematic reviews. *Lancet*, 2008, 372: 928-939.
- 28 Uttakar BP, Barge S, Khan W, *et al.* Assessment of ASHA and Janani Suraksha Yojana in Orissa 2007 [<http://www.cortindia.com/>]

- RP/RP-2007-0302.pdf]. Vadodora, India, Centre for Operations Research & Training (CORT).
- 29 Zwarenstein M, Bheekie A, Lombard C, *et al.* Educational outreach to general practitioners reduces children's asthma symptoms: a cluster randomised controlled trial. *Implement Sci*, 2007, 2: 30.
- 30 Pexton C. Overcoming Organizational Barriers to Change in Healthcare 2009 [<http://www.ftpress.com/articles/article.aspx?p=1327759>].
- 31 Iles V, Sutherland K. Organisational Change: A review for health care managers, professionals and researchers 2001 [<http://www.sdo.nihr.ac.uk/files/adhoc/change-management-review.pdf>]. London, National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D.
- 32 Lavis JN, Posada FB, Haines A, *et al.* Use of research to inform public policymaking. *Lancet*, 2004, 364: 1615-1621.
- 33 Johns B, Torres TT. Costs of scaling up health interventions: a systematic review. *Health Policy Plan*, 2005, 20: 1-13.
- 34 Gruen RL, Elliott JH, Nolan ML, *et al.* Sustainability science: an integrated approach for health-programme planning. *Lancet*, 2008, 372: 1579-1589.
- 35 Lavis JN, Ross SE, Hurley JE, *et al.* Examining the role of health services research in public policymaking. *Milbank Quarterly*, 2002, 80: 125-54.

李幼平 总审校  
高露 蒋兰慧 译  
王莉 审校

本文编辑：蔡羽嘉