

# Public Sector Residential Aged Care Quality of Care Performance Indicator Project

## 针对澳大利亚老年照护机构质量标准的研究

本资料主要参考Public Sector Residential Aged Care Quality of Care Performance Indicator Project Report。澳大利亚的维多利亚州人类服务部于2004年发表了该研究报告。本资料摘取其中关键内容，并进行编译。本资料用于提供给中国老年研究中心CRCA，作为研究中国老年保健机构标准研究的背景资料。

该研究的主持单位是The Gerontic Nursing Clinical School, School of Public Health, La Trobe University以及Bundoora Extended Care Centre，研究组成员包括Professor Rhonda Nay, Professor Shane Thomas, Dr Susan Koch, Ms Jacinda Wilson, Assoc Professor Sally Garratt Mrs Anne Fox, and Dr Bill Koch.

### 研究背景

维多利亚州有 194 家公立的老年照护机构（Residential Aged Care Services, 简称 RACS）,可以提供 6700 个照护床位的服务。按照 1997 年澳大利亚老年保健法的规定，所有服务机构必须经过认证才能开业，实际上这些服务机构也都得到了认证，并处于认证有效期内。根据老年保健法的规定，政府应该对获得认证的公立老年照护机构提供经济支持。维多利亚州政府每年支出 6770 万澳元，用于服务机构的运转费用投资，同时对服务机构投入一定的固定资产支持。

澳大利亚政府并不直接参与老年照护机构的质量管理，而是把制定质量标准和认证的工作交给独立的“老年照护机构标准和认证公司”。该公司负责制定质量标准，并组织质量认证工作。老年照护机构的认证标准包括四个方面 44 个期望结果 [请见附件 A]。

虽然标准和认证公司制定了标准，并按照此标准进行认证工作，但这个质量标准并没有得到业内人士和研究人员的广泛赞同。不同意见的焦点在于怎样看待质量指标。正如 Thomas 等研究，“质量指标不是为了测量质量，而是一种支持质量改进的工具”。Harrigan 认为，“质量指标应该被看成一种监测、评价、改善服务质量的指针。指标本身并没有什么意义，而在于它提供信息的能力”。因此认证工作（即质量测量）怎样与连续质量改进紧密地联结起来，成为制订和使用质量指标的一个关键问题。

从评价理论上讲，认证工作属于总结性评价，主要关注的是服务提供者是否遵从质量标准，或者提供的服务是否达到了质量要求。如果仅仅如此，标准和认证公司的认证标准还是不错的。但是这个认证标准对连续质量改进的作用有多大呢？也就是说这个指标系统是否能发挥发展性评价的作用？如果要想让质量指标体系成为真正的质量改进工具，那么应该怎样选择指标？应该怎样操作这些指标？应该怎样应用这些指标呢？

## 研究目的

本研究的目的是为维多利亚州公立老年照护机构制订质量指标系统，这个系统要用于监测和改善老年照护机构的服务质量。

## 研究方法

1. 维多利亚州人类服务部成立项目咨询小组，成员为 15 人，来自公立老年照护机构、老年心理卫生服务机构，以及人类服务部。
2. 文献综述研究，研究和确定世界各国正在使用的类似标准。
3. 组织公共论坛，征求利益相关者对质量指标实用性和适用性的意见，并提出可以作为质量指标的指标清单。
4. 组织个人访谈，征求质量专家和临床专家对质量指标系统的看法。
5. 组织消费者焦点小组访谈，征求消费者的意见。
6. 进行定性分析，对公共论坛、个人访谈、焦点小组的录音进行过录和分析。
7. 提出建议，根据文献学习和各种咨询活动的分析结果，提出一套质量指标，并提出操作指标系统的建议
8. 项目咨询小组和项目组成员召集在一起，讨论提出的指标系统，并研究实施战略。
9. 正式提出质量指标系统，同时正式提出实施该系统的战略。

## 文献学习和综述

通过电子文献检索，收集世界上正在使用的质量指标系统，以及在卫生服务领域进行质量测量的问题。检索文献语言为英语，时间期限为 1990 年以后。

### *对老年照护服务质量的定义*

文献研究表明，大多数国家的政府和服务机构关注临床决策的质量。澳大利亚的 RACS 认证标准也是如此。在现实中，质量指标用于如下目的：

- 把质量指标作为规范性评价活动的一部分
- 把质量指标作为机构质量保证和质量改善活动的一部分
- 把质量指标作为临床服务实践研究基础
- 把质量指标作为消费信息来源
- 把质量指标作为政策决策的辅助工具。

不过，对老年照顾服务的质量下定义并非易事，因为质量是多维概念。普遍认为，某个质量指标表现优秀，并不能保证另外一个质量指标也表现优秀。在澳大利亚 RACS 的质量指标系统中，可以发现老年照护服务的质量包括四个方面：（1）医学/临床服务质量，（2）功能性服务质量，包括躯体、认知和情感功能，（3）心理卫生服务质量，（4）对居民权利的尊重。

应该注意到不同的利益相关者对老年照顾服务的质量看法可能存在差异。有研究表明，消费者建议把一些客观指标纳入质量指标系统，如员工数、治疗师数、替班员工数等；员工则认为床前护理是最重要的质量指标，并把避免褥疮作为重要的医学指标；服务机构的管理者则认为

对居民的供水/脱水管理是最重要的临床指标。不过各利益集团比较一致的意见是认为用药过多反映了服务质量问题。

## 老年照护服务质量指标的特征

正如 Donabedian 进行的质量指标分类研究指出的那样，质量指标主要分成结构、过程和结果三个部分。有学者认为，一个好的指标系统应该同时反映出这三个部分的特征，这是因为每个单独的指标都有其明显的优点和问题。在现行的 RACS 认证标准之前，澳大利亚曾经使用过 31 个指标的标准，这个旧方案之所以被废弃，就是因为它只包括了结果指标。

结构质量指标主要是物质资源、人力资源和组织资源的质量。不过文献研究的结果表明，极少有老年保健的质量指标系统把结构指标纳入其中。在理论上主张纳入结构指标，是因为假设高质量的结构是保证服务质量的基础，也就是说没有高质量的结构，就不会出现高质量的过程和结果。但是在实际上并非如此简单，高质量的结构并不必然地导致高质量的过程和结果。进一步讲，高质量的结构并不反映给病人提供的服务质量。

过程指标反映的是服务的内容、开展的活动、活动的步骤等。最容易的指标系统完善，是在指标系统中加上一些过程指标。这对于管理者来说，特别是发现服务提供和质量改善过程中的问题，是非常有用的指标。

结果指标反映的是服务结构和过程作用在居民/消费者身上的结果。可以把结果指标按照计算分子的特点分成发生率和流行率两种；也可以按照计算分母的层次分成居民指标和机构指标良种。

## 澳大利亚对老年照护服务质量的研究

1991 年以后澳大利亚这方面的研究逐渐多起来。Doyle 认为可以用三种方法来评价长期保健服务质量：对照标准的评价、结构性评估和问卷调查、选择某些指标的评价。Doyle 认为选择某些指标的评价方式的优点是较高的评价效率，即在大量数据面前选择几个指标，可以有效率地完成评价工作。比如要评价病人药品管理，只选择用药过多这个指标就可以了。

针对 RACS 标准的研究可以从很多文献中找到，其中包括如何利用病人满意度作为服务质量评价标准。Braithwaite 等针对旧版 RACS 标准进行研究，发现该标准包含 7 个方面的结果指标：卫生服务、社会自主性、选择自由、如家的环境、隐私和自尊、各种体验、安全性。旧版指标最大的缺陷，除了仅仅包括结果指标外，是质量指标系统的目的不明确。

## 美国的最低限数据集

在国际上的文献中，报道最多的是在美国使用的“最低限数据集 2.0 版”（Minimum Data Set 2.0, MDS）。该质量指标是卫生系统研究和分析中心（CHSRA）与 Wisconsin-Madison 共同开发的。MDS2.0 是一种评价工具，它用统一的数据收集格式，来收集老年护理院所有居民的信息。MDS2.0 的数据收集从居民入住护理院开始，每个季度进行一次完整的数据收集和分析。因此 MDS2.0 是一种居民评估工具（Resident Assessment Instrument, RAI）。1998 年开始，美国 Medicare 和 Medicaid 服务中心（CMS）要求所有老年护理院按照 MDS 的格式提交电子数据。请参见附件 1。

MDS2.0 也存在很多争议。其中一个争议是在 MDS2.0 中没有结构指标。是否要在质量指标系统中纳入“结构性质量指标”，即使是研究者本身对此也莫衷一是。比如 Zimmerman 等人提出“完整的质量指标应该包括对结构、过程和结果的测量”，但过后又认为“质量指标应该包括服务的过程和结果”。

另外一个对 MDS2.0 的批评，是它主要关注临床服务质量。Saliba 和 Schnelle 在 2002 年提出“虽然 MDS 也在测量 ADL, 但它还是忽视了这种需要对居民日常生活的影响”。所以这两位研究者认为老年照护的质量应该包括：护理院是否如居民家庭一样、居民怎样与员工和其他居民互动、居民的偏好是什么，等。根据他们的理解，两位研究者也开发出了一套质量指标，见附件 2。

Marquis 在 2002 年支出，正是由于对老年照护服务质量定义的复杂性，才使现行的很多质量指标系统“主要侧重于有形的资产、物质资源，以及可以定量的指标，过分地强调了服务的客观方面”。

Kane 等 2003 年开发了生活质量指标系统（QOL），弥补了 MDS 在这方面的不足。这个生活质量指标系统包括了 11 个方面：安全的感受、躯体的舒适、享受性、有意义的活动、关系、功能能力、尊严、隐私、独立性、自主性和选择、精神完好状态。Kane 等认为，在护理院测量居民的生活质量，应该直接询问居民，应该找到最关键的知情人（如家属和员工），应该通过居民的行为进行推论，应该通过物理、社会、服务环境等信息来佐证。

## 大型质量指标系统及公共质量报告

1998 年美国 CMS 创建了“老年护理院比较”网站，在网站上公布公众关心的老年护理院各个方面质量。2001 年 CMS 宣称要在网站上公布每个护理院的质量数据，以便请消费者对护理院的选择。当然，在网站发展过程中，一个关键的问题就是：应该在网站上发表什么质量指标？Abt 公司根据文献汇集了 143 个质量指标，并发现其中有 44 个指标经过了严格的研究并证实了其价值；同时 Abt 公司又新增了 15 个新指标，使质量指标成为一个“大型质量指标系统”（Mega QIs）。美国据此在网站上公布各个护理院的质量数据。

## 其他质量指标系统

### Grant 的质量指标系统：

1996 年 Grant 根据居民、关键人物和员工的观点，开发了一套护理院质量指标系统，见附件 3。Grant 把质量指标定义为“用于展示某特定人群服务质量的指标”。不过这套指标的问题，是不能定量使用，比如第一个指标“设施的特征”可以有各种测量方法，不容易得到统一的结果。另外一个问题，就是这个指标系统中各个指标的权重无法确定。

### 国际质量指标项目（IQIP）

IQIP 的目的是测量卫生服务机构的比较常见、比较有意义、比较有代表性的服务。它适用的服务机构包括医院、精神病院、护理院、家庭保健等。不过要参加这个项目，需要支付“会员费”，只有会员才能得到用户名和密码，进入 IQIP 网站。进入网站后，才能提交数据，并得到质量报告。在 IQIP 中，涉及到老年照护服务的质量指标有六个方面，见附件 4。

总之，在国际上的各种质量指标系统中，MDS2.0 是最常使用的，也是品质较高的指标系统，虽然这个指标系统也存在很多缺陷。

## 消费者满意度及其对服务质量的看法

Kane 在 1998 年撰文对 MDS 的优点和缺点进行了讨论，他认为该质量指标系统的一个重大缺陷，是没有让居民自己对各种服务质量提出自己的看法和满意程度。Grenade 和 Boldy 在 2001 年指出“消费者满意度越来越明确地被看成老年照护服务的质量指标”。Donabedian 在 1998 年指出“如果说质量指标有什么问题，那么病人满意度应该成为评价服务质量时缺一不可的指标，而且这个指标也是卫生系统计划和管理的重要依据”。

老年护理院的居民往往在认知能力上有严重缺陷，因此无法提出自己的观点和看法。既是老人们有正常的认知能力，他们也仍然存在很多障碍来表达自己的对服务质量的看法。Pearson 在 1993 年的研究表明，老人们往往不愿对照护服务提出抱怨，他们宁愿保持沉默。但是，时代的变化和“权益运动”的深入人心，预料会有更多的老年人对服务提出批评性意见。在老龄化严重的社会，护理院有更多的老年痴呆病人，因此会有越来越多的代理人（居民家属或朋友）提老人对服务提出看法和批评。

在选择指标上，居民对疼痛管理的体验和满意程度，是一个经常被讨论的指标。Casarett 等在 2002 年研究，选择什么样的特定的服务作为测量老年照护服务质量的有效和可靠的指标。研究发现，疼痛管理是一个有效和稳定的病人满意度指标，而且病人对服务的满意度与疼痛严重程度的相关关系很弱。不过对疼痛管理的看法与居民的认知能力有关，Fries 的研究发现，认知缺陷程度愈高，病人越倾向于说他们没有疼痛。因此 Casarett 等建议，在使用疼痛管理指标反映护理院服务质量的时候，要注意到几个方面：病人对服务的满意程度，取决于疼痛管理服务提供的反应性（及时性）；只有在居民有严重疼痛的时候，疼痛的严重性才与病人满意度呈现负相关，因此把疼痛管理作为质量指标只适用于轻中度疼痛的病人；疼痛管理服务满意度与抑郁量表（DGS）的结果呈现明显负相关，因此在解释对疼痛服务满意测量结果的时候，应该考虑到居民是否存在抑郁问题。

还有一些研究者采用“护理院服务满意度量表”（SNHS），该量表测量内容是居民自主性，将护理院服务质量定义为“居民认为应该得到的自主性与实际上得到的自主性之间的差距”。该量表另外测量的内容包括安全性、社会关系、社会活动和日常生活。Yeh 等还将 SNHS 用于纵向研究，连续观察护理院的服务质量。

Polivka 和 Salmon 等在 2001 年的研究，侧重于居民的自主性和选择性。以往人们认为进入老年照顾机构的居民必须要牺牲自主性，因为这是接受服务的必要条件。但是最近的研究表明，维护和改善居民的自主性/选择权，将在很大程度上影响居民对服务质量的看法。

## 消费者对卫生服务的贡献

过去 20 年中，国际上和澳大利亚都在强调一种理念，就是在卫生服务计划和提供过程中，请消费者发出自己的声音。这种理念的一个重要背景，就是 1985 年 8 月 9 日联合国大会通过的有关消费者权利的宣言，声明消费者有如下 8 种基本权利：安全、被告知、选择、被聆听、满足基本需要、获得赔偿、接受教育、健康的环境。这些权利在立法、政府规章、服务计划中得到了充分体现。美国前总统克林顿的卫生服务行业消费者保护和质量咨询委员会也在 1998 年提出了更为具体的卫生服务消费者权利。

现在的问题是，我们要从消费者、居民、病人、照顾者那里得到什么样的信息？可以说信息来自两个方面：其一，是对健康相关生活质量的测量，其二，是通过病人满意和体验的测量。健康相关生活质量所测量，往往体现的是服务队健康方面的影响，或者临床效果，在很多国家和

国际上大多是这样做的。相对而言，病人满意和体验测量，是收集服务接受者在接受服务过程中的经历和体验，并收集他们对服务的看法。在很多国家的卫生质量评价指标系统中，已经常规性地把满意和体验调查，作为质量监测和评价的必备内容；并希望通过病人的观点，或者通过公民社会参与，来达到优化卫生服务政策、监督和促进连续质量改进过程、评价服务效果和影响的目的。

## **在质量指标中纳入生活质量指标**

Thomas 接受澳大利亚政府的委托，研究如何在护理院质量指标中纳入生活质量指标，特别是关于失禁症及其管理方面的指标。Thomas 和国际失禁症研究结果表明，应该使用 SF-36 作为生活质量的测量工具。不过需要研究的是，SF-36 并非完全适用于老年照护机构，因为居民本身往往缺乏回答量表问题的认知能力。

## **人员配备问题**

很多研究表明，老年照护机构的人员配备是影响服务质量的一个重要因素，特别是与人员水平、培训背景、换班安排等有关。在人员配备与服务质量关系上，Kovner 等提出了 12 个有待研究的领域，其中包括：员工教育和培训背景与服务结果之间的关系；什么是最佳的员工组合结构；护理人员要经过多长时间可以达到提供高质量服务的水平。CMS 的研究表明，虽然员工因素对服务结果产生影响，但不是说员工越多服务质量越好。而且，员工因素实际上是服务机构的管理因素在发挥作用。另外有研究表明，护理人员/护理领班的换班管理，与护理院感染有直接关系，即换班安排不好，将增加院内感染的危险。护理人员的培训、工资、工作条件等也对护理质量产生影响。

## **员工的满意度及其对服务质量的看法**

Schirm 等在 1999 年采用结构、过程和结果的康佳，来研究员工满意程度和他们对服务质量的看法。员工认为结构性因素是服务质量的关键因素，如组成护理团队、给员工更多接触居民的时间、接触人员配备过程等。过程因素也认为很重要，包括员工-居民关系、人性化对待居民、居民-员工的沟通方式、护理的技术方面因素等。重要的结果因素包括居民满意度、居民身体和心理健康状态、居民家庭的满意度、员工的满意度等。

## **怎样使用质量指标**

Schnelle 认为要讲质量指标更好地利用在连续质量改进的过程，必须要有如下三个前提条件。其一，老年照护机构的管理者已经意识到怎样改善服务过程来达到更好的服务结果。其二，老年照护机构的员工有足够的资源来提供有效的服务过程。其三，必须明确记录在纸面上的并非就是高质量的服务，关键在于要让居民真正地获得高质量服务。

## **文献学习的归纳**

文献学习的主要发现如下：

- 质量指标体系是对老年照护服务机构进行连续质量改进的基本工具。
- 质量指标体系包括结构、过程和结果指标，但结构和过程指标并不必然地反映服务的结果。

- 质量指标体系必须有效、可靠、适用和实用。
- 澳大利亚已经有一些研究者关注老年照护机构的质量指标。
- 目前最多采用的质量指标体系是借鉴 CHSRA 与 Wisconsin-Madison 大学的 Zimmerman 等人的对 MDS 的研究结果。
- 大多数研究者认为应该在老年照护机构质量指标体系中引入生活质量的测量。不过目前在这个特定服务场所测量生活质量的工具还不成熟。
- 应该请消费者积极地参与到质量改善过程中，质量指标体系中应该包括消费和满意和体验指标。
- 有证据表明在质量指标体系中增加员工方面的信息，包括员工体验和满意度。

## 数据收集

本研究的数据收集工作分成三个部分：

### 老年照护机构论坛

论坛在维多利亚州三个城市进行，参加人员是老年照护机构的管理者和员工。共有 61 名参加。每个论坛持续 2 个小时。

维多利亚人类服务部提供州内公立老年照护机构的名单，研究人员根据这个名单给老年照护机构发邀请信，信中说明本次论坛的目的、时间、地点和日期，信中还告诉参加者在组织者网站中可以得到更相信的背景资料。如果被邀请者不能到场，可以提供书面意见。

论坛组织者在阐述论坛目的后，主要向参加者提出如下问题，请参加者讨论：

- 你的服务机构现在使用什么质量指标体系？怎样收集数据？
- 你的服务机构还要收集那些另外的指标数据，为什么？
- 你的服务机构在利用这些指标（或某些指标）的时候遇到什么困难？
- 你的服务机构在实施连续质量改进过程中有什么体会，采取什么战略？

在讨论过程中，给参与者分发 MDS 指标体系，请参与者提出 6 个最重要或最好的质量指标。各位参与者提出自己选择的指标，并在最后经过投票，排列出重要性顺序。

### 临床/质量指标专家访谈

卫生部和研究人员共同确定临床和质量指标专家名单，由研究人员进行电话访谈。共有 6 名专家参加访谈，访谈时间为 30-40 分钟。

事先制订访谈提纲，但同时鼓励专家自由发表意见。这个访谈提纲为：

- 你认为老年照护机构现在使用哪些指标是好的或重要的？
- 你认为老年照护机构在利用这些质量指标的时候遇到什么困难？
- 你认为应该采取什么策略来帮助老年照护机构来实施质量指标？
- 你对生活质量指标的看法是什么？
- 你是否在意你的名字出现在我们的研究报告上？

## 消费者焦点小组

邀请消费者峰线组织的成员参加消费者焦点小组访谈。共有四个焦点小组，分别代表：维多利亚州老年委员会的部长顾问组，退伍军人事务部组，“适应文化的服务”的代表，阿尔茨海默氏病协会的代表。

焦点小组访谈的组织方式与老年照护组织论坛相同。

## 数据分析

将老年照护机构论坛、临床/质量专家访谈、消费者焦点小组的定性数据进行过录，并采用一致性检验方法进行分析，确定各个群体的表达的概念，然后通过编码整理资料。

## 研究发现

三组调查对象（老年照护机构、临床/质量专家、消费者）对什么是最重要的质量指标有不同的看法。老年照护机构认为应该更多地采用临床服务指标反映服务质量；而消费者代表则认为质量指标应该反映出服务机构把他们当人对待，服务机构应该办的像家庭一样。当询问消费者关于MDS的质量指标时，他们并没有提出哪些质量指标是最重要的。

专家们提出的建议与上两组又存在不同。他们的观点更加宏观一些，而较少涉及具体的操作性问题。他们的关注点在于怎样让服务提供者和消费者对服务质量达成一致的看法。

在如何实施质量指标，以及实施过程中的主要障碍时，各组表达出相似的看法。这些障碍包括资源障碍、培训障碍、网络障碍、合作障碍，以及对质量概念的不同理解。

## 老年照护机构论坛

老年照护机构论坛提出了 16 个方面的质量维度，每个维度提出了一系列质量指标：

### 关注的行为 **Behaviours of concern**

- Percentage of residents exhibiting behaviours of concern;
- Reduction of consequences/outcomes e.g. injury to staff/residents;
- Number of injuries from aggressive assault;
- Reduction of identified behaviours;
- Behavioural incidents relating to other residents;
- Number of aggressive behaviours

## 投诉 **Complaints**

The number of complaints  
The number of complaints accepted by the complaints resolution scheme  
Awareness of how to lodge a complaint/the ability to complain

## 失禁症管理 **Continence management**

Number of residents with catheters;  
Number of incontinence pads per resident per day;  
Number of residents who are incontinent;  
Number of people who are continent who have had continence assessments;  
Increase or decrease in the incidence of incontinence;  
Presence of a continence management program.

## 死亡率 **Death rates**

Number of deaths over a specified time

## 抑郁症 **Depression**

Percentage of residents assessed as having depression and then reassessed at 3 months to identify any improvement.

## 跌倒 **Falls**

Incidence of falls  
Incidence of new fractures;  
Outcome of the falls – falls that result in abrasions, bruising, fractures or require surgical intervention

## 人员配备 **Staffing**

Use of agency staff/Continuity of staff's agency staff  
Numbers of staff  
Staff Qualifications/Training  
Staff injury/Work Cover  
Separations/Turnover/Resignations  
Absenteeism  
Staff EFT (look at volunteers when calculating staff EFT)  
Staff development  
Staff satisfaction/Staff suggestions  
Staff skills mix  
Compliance with no-lift policy

## 感染控制 **Infection control**

New infections per resident per day  
Prevalence of infection rates  
Incidence of UTIs

## 用药管理 **Medication management**

Medication errors: Number of medication errors  
Polypharmacy: Number of drugs people have and how frequently  
Medication review: Is there a medication review process in place and does it actually take place?  
Adverse events: Incidence of adverse events arising from medication

## 疼痛管理 **Pain Management**

Number residents who report pain, with pain management plan

Number of residents who report pain at assessment, but do not receive analgesics

## 姑息护理 **Palliative care**

Access to palliative care

## 居民生活方式 **Resident lifestyle**

Quality of Life: Number of bedfast residents

Number of residents with little or no activity

Resident satisfaction

Activities: Minutes per day devoted by staff to activities

Number of minutes per resident per day offered with a lifestyle

coordinator

Non-clinical time spent with residents

Choice/decision making

## 居民的行为限制 **Restraint**

Incidence of restraint (physical and chemical)

## 转院 **Separations**

Unexpected/ unplanned transfer: Number of days in acute setting

## 体重变化/营养状态 **Weight change/nutritional status**

Weight change: Number of residents who have significantly departed from the norm for weight

Hydration

Oral health/hygiene

## 伤口管理/皮肤完整性 **Wound management/skin integrity**

Pressure ulcers/ Abrasions: Incidence of residents with pressure ulcers stage 1–4 Pressure areas/Bed sores/Pressure sores

Skin tears: Incidence of skin tears

## 质量指标重要性评分结果

	Benalla n = 8*	Geelong n = 22	Melbourne (am) n = 14	Melbourne (pm) n = 17	N = 61
Incidence of stage 1-4 pressure ulcers	3	17	9	11	40 (65.6%)
Prevalence of falls	8	13	8	8	37 (60.6%)
Prevalence of residents using 9 or more different medications	6	10	10	7	33 (54.1%)
Prevalence of daily physical restraints	5	12	9	7	33 (54.1%)
Prevalence of weight loss	3	18	0	8	29 (47.5%)
Prevalence of behavioural symptoms	5	10	6	7	28 (45.9%)
Prevalence of urinary tract infections	1	15	4	5	25 (41%)
Incidence of new fractures	6	7	2	7	22 (36.1%)
Prevalence of depression and no antidepressant therapy	1	1	7	4	13 (21.3%)
Prevalence of antipsychotic use in the absence of psychotic and related conditions	2	0	7	3	12 (19.7%)
Incidence in decline in range of motion (ROM)	3	0	0	6	9 (14.8%)
Prevalence of depression	0	1	1	6	8 (13.1%)
Prevalence of occasional bladder or bowel incontinence without a toileting plan	1	2	5	0	8 (13.1%)
Prevalence of bedfast residents	0	4	1	2	6 (9.8%)
Prevalence of hypnotic use more than two times in the last week	2	2	0	0	4 (6.6%)
Prevalence of faecal impaction	0	1	0	2	3 (4.9%)
Prevalence of dehydration	1	2	0	0	3 (4.9%)

	Benalla n = 8*	Geelong n = 22	Melbourne (am) n = 14	Melbourne (pm) n = 17	N = 61
Prevalence of anti-anxiety/ hypnotic use	2	1	0	0	3 (4.9%)
Prevalence of little or no activity	0	3	0	0	3 (4.9%)
Incidence of cognitive impairment	0	0	0	2	2 (3.3%)
Prevalence of bladder or bowel incontinence	1	0	0	1	2 (3.3%)
Prevalence of tube feeding	0	1	0	1	2 (3.3%)
Incidence of decline in late loss ADLs	0	1	0	1	2 (3.3%)
Prevalence of indwelling catheters	0	1	0	0	1 (1.6%)
Transfers to acute settings		3			
Death rates		1			
Sick leave/WorkCover				3	
Medication/ Adverse events				4	

## 临床/质量指标专家访谈

[结果摘要] 所有的专家强调在质量控制过程中应该参考各个利益相关者的意见和看法，这些利益相关者包括政府、服务机构、消费者、员工、居民家属。他们参与质量改进的途径，是在确定指标、数据收集、数据分析等方面达成共识。

在质量指标实施的障碍方面，专家认为缺乏共识，特别是在怎样开展质量指标项目和怎样与其他的管理工作相结合等方面达成共识，这是实施质量指标的主要障碍。

在讨论生活质量指标的时候，大家认为应该研究结果测量的价值，怎样改善对个体生活质量的测量方法。有些专家对在质量指标系统中引进生活质量指标表示了担心，而且对怎样定义老年照护场所的生活质量的定义有不同理解。

## 消费者焦点小组

消费者认为最重要的质量指标:

	N = 4		N = 4
Prevalence of residents using 9 or more different medications	4 (100%)	Incidence of stage 1-4 pressure ulcers	1 (25%)
Prevalence of behavioural symptoms	4 (100%)	Prevalence of bedfast residents	1 (25%)
Prevalence of little or no activity	4 (100%)	Prevalence of falls	1 (25%)
Prevalence of urinary tract infections	3 (75%)	Prevalence of indwelling catheters	1 (25%)
Prevalence of weight loss	3 (75%)	Incidence of new fractures	1 (25%)
Prevalence of depression	3 (75%)	Incidence of decline in late loss ADLs	1 (25%)
Prevalence of dehydration	3 (75%)	Prevalence of depression and no antidepressant therapy	0
Prevalence of occasional bladder or bowel incontinence without a toileting plan	2 (50%)	Prevalence of faecal impaction	0
Incidence of cognitive impairment	2 (50%)	Prevalence of anti-anxiety/ hypnotic use	0
Prevalence of daily physical restraints	2 (50%)	Prevalence of hypnotic use more than two times in the last week	0
Incidence in decline in range of motion (ROM) 1	(25%)	Prevalence of bladder or bowel incontinence	0
Prevalence of antipsychotic use in the absence of psychotic and related conditions	1 (25%)	Prevalence of tube feeding	0

## 构建新的质量指标体系

在经过相似的文献综述，并采集和分析三组定性资料后，下一步研究工作就是根据上面的工作，提出新的老年照护机构质量指标体系。

构建质量指标体系的方法是所谓“三角测量法”（triangulation）。所谓三角测量法，就是针对某个具体的研究对象，采用不同的数据收集渠道，反映出不同视角对同一对象的观察结果，然后综合这些观察结果，得出对该研究对象的总体归纳结果。在本研究中，对老年照护服务质量这个研究对象有如下四个观察角度：

- （1）文献检索，
- （2）老年照顾机构论坛，
- （3）临床/质量指标专家访谈，
- （4）消费者焦点小组讨论。

从每个观察角度，都可以得到一个关于质量指标的清单。在这四个清单之间，会有很多交叉的内容，但也有各自角度的独特内容。

当把四个观察结果整合在一起的时候，需要遵循指标选入或筛除的原则，这就是：

- (1) 效度原则、
- (2) 信度原则、
- (3) 适用性原则、
- (4) 实用性原则。

简言之：符合所有筛选原则，并被大多数观察角度所捕获的指标，就是最终选定的指标。

## 信度

所谓信度（reliability），是质量指标测量结果的稳定性。对信度的检验方式可以有多种，如重测信度（重复测量某指标后得到同样结果的程度），测试者信度（不同测验者对同一指标进行测量后结果的一致性），内部一致性（同一测量中指标之间结果的一致性）。常用的统计学方法包括 Pearson, Spearman, Cronbach 指标。

## 效度

所谓效度（validity），是质量指标测量结果的准确性。对效度检验的方式也可以有多种，如表面或内容效度（测量到的内容与期望测量的内容之间的差别）、预测效度（测量到的内容对未来发生事件的预测程度）、标准效度（与其他研究或金标准的比较结果）。对指标系统的信度和效度检验，合称为心理测量学检验。

## 适用性

所谓适用性（applicability），是质量指标系统适用于某个特定人群的能力。比如美国的标准不一定适用于中国或澳大利亚。不同人群的文化差异可能影响到指标的适用性，比如美国的处方质量指标就不是用于英国和澳大利亚。另外，不同国家的政治、社会、经济体制，以及卫生系统的管理和管制方式，对指标的适用性也产生很大影响。某个指标系统的适用性检验，往往是通过专家或相关利益者的判断来完成的。

## 实用性

所谓实用性（practicability），是质量指标系统在特定环境中的可操作性。过分增加工作人员负担的指标收集，就是不实用的表现。测量工作花费时间过长、工具中使用过多晦涩的专业语言、没有必要地收集已经存在的数据信息、工具过于“学究气”没有反映现实的质量改进的需要，等等，都可以认为是不具备实用性的表现。

研究组根据上述原则，对研究资料进行综合性打分和分析，最终得到一个新的老年照护机构服务质量指标系统，见附件 5。

## 附件1

# 机构老年保健标准中的质量指标 Quality indicators for RACS used in the MDS 2.0 Version 6.3

分类	质量指标	过程/结果
意外	<b>骨折新发率</b> 分子：在最近病人评估中，发现新骨折的病人数 分母：在前一次病人评估中，没有发生骨折的病人数	结果
	<b>跌倒率</b> 分子：在最近病人评估中，发现跌倒的病人数 坟墓：所有接受最近的评估的病人数	结果
行为/情感模式	<b>影响别人的行为症状率（语言虐待，躯体虐待，社会不宜/分裂行为）</b> 分子：在最近的病人评估中，发现影响别人的行为症状的病人数 坟墓：所有接受最近的评估的病人数	结果
	<b>抑郁症状率（悲观情绪加上至少两个以下症状：病人消极语言，激动或消沉，醒后情绪沮丧，自杀或反复想死，体重减轻）</b> 分子：在最近的病人评估中，发现抑郁症状的病人数 分母：所有接受最近的评估的病人数	结果
	<b>抑郁症状率（而且没有抗抑郁治疗）</b> 分子：在最近的病人评估中，发现有抑郁症状，并没有接受抗抑郁治疗的病人数 分母：所有接受最近的评估的病人数	过程和结果
临床管理	<b>病人使用9种及以上不同药物的率</b> 分子：在最近的病人评估中，使用9种及以上不同药物的病人数 分母：所有接受最近的评估的病人数	过程
认知模式	<b>认知功能障碍发生率</b> 分子：在最近的病人评估中，新发认知功能障碍的病人数 分母：在前一次评估中，没有认知功能障碍的病人数	结果
排泄 / 失禁症	<b>尿或便失禁率</b> 分子：在最近的病人评估中，发现频繁失禁或失禁的病人数 分母：所有病人数，不包括除外情况	结果
	<b>没有如厕计划下的偶然尿或便失禁率</b> 分子：在最近的评估中，没有入厕计划的病人数 分母：在最近的评估中，频繁或偶然尿失禁或便失禁的病	结果和过程

	人数	
	<b>内导尿管率</b> 分子：在最近的病人评估中，使用内导尿管的病人数 分母：所有接受最近的评估的病人数	过程
	<b>便秘率</b> 分子：在最近的评估中，发现便秘的病人数 分母：所有接受最近的评估的病人数	结果
<b>感染控制</b>	<b>尿道感染率</b> 分子：在最近的评估中，发生尿道感染的病人数 分母：所有接受最近的评估的病人数	结果
<b>营养/膳食</b>	<b>体重降低率</b> 分子：在最近的病人评估中，最近30天内体重降低5%及以上，或者最近6个月内体重降低10%及以上的病人数 分母：所有接受最近的评估的病人数	结果
	<b>管喂膳食率</b> 分子：在最近的病人评估中，采用管喂膳食的病人数 分母：所有接受最近的评估的病人数	过程
	<b>脱水率</b> 分子：脱水的病人数 分母：所有接受最近的评估的病人数	结果
<b>躯体功能</b>	<b>卧床不起率</b> 分子：在最近的病人评估中，卧床不起的病人数 分母：所有接受最近评估的病人数	结果
	<b>晚期ADL损失发生率</b> 分子：在以往和最近的病人评估中，发现ADL的自我效能下降的病人数 分母：所有接受以往和最近的病人评估的病人数（除外已经完全依赖的病人，或处于昏睡状态的病人）	结果
	<b>活动范围降低的发生率</b> 分子：在以往和最近的病人评估中，发现活动范围功能受限程度增加的病人数 分母：所有接受以往和最近的病人评估的病人数（除外以往评估中，活动范围已经降低到最大限度的病人）	结果
<b>使用精神治疗药物</b>	<b>在没有精神病相关症状的情况下，使用抗精神病药物率</b> 分子：在最近的病人评估中，接受抗精神病药物治疗的病人数 分母：所有接受最近的评估的病人数（除外已经有精神病或相关疾病的病人）	过程
	<b>抗焦虑药 / 安眠药使用率</b> 分子：在最近的病人评估中，发现接受抗焦虑药或安眠药的病人数 分母：所有接受最近的评估的病人数（除外已经有精神病或相关疾病的病人）	过程
	<b>上周使用过两次以上安眠药的率</b>	过程

	分子：在最近的病人评估中，发现上周使用过两次以上安眠药的病人人数 分母：所有接受最近的评估的病人人数	
生活质量	<b>日常躯体活动受限率</b> 分子：在最近的病人评估中，发现日常躯体活动受限的病人人数 分母：所有接受最近的评估的病人人数	过程
	<b>很少或没有活动的率</b> 分子：在最近的病人评估中，发现很少或没有活动的病人人数 分母：所有接受最近的评估的病人人数（除外昏睡不起的病人）	两者之一
皮肤保健	<b>1-4期褥疮率</b> 分子：在最近的病人评估中，发现1-4期褥疮的病人人数 分母：所有接受最近的评估的病人人数	结果

Source: Table modified from CHRSA ([www.chrsa.wisc.edu](http://www.chrsa.wisc.edu)) and Zimmerman (2003).

## 附件2

# Quality Indicators identified by Saliba & Schnelle (2002) to measure nursing home residential care process

## Saliba和Schnelle提出的护理院机构服务过程的质量指标

### 偏好 Preferences

1. 如果一位虚弱的老年人入住护理院，那么在居民入住两个星期内，应该对病人所有日常生活方面的偏好进行评估，并记录在病历中。这些偏好包括：睡觉时间、膳食、同住者、电话联系方式、参加活动情况、心灵寄托、隐私。
2. 如果入住居民能在与生活质量有关的日常活动方面提供稳定和现实的偏好信息，那么应该在入住后至少每季度对这些偏好的程度进行监测。

### 辅助 Assistance

3. 如果最低限数据库（MDS）记录的居民自主移动能力（self-performance of transfers）为 1、2、3、4 级，那么应该给居民提供至少每天三次的移动辅助服务。
4. 如果最低限数据库（MDS）记录的居民自主穿衣或清洗能力（self-performance of dressing or hygiene）为 1、2、3、4 级，那么应该给居民提供至少每天两次的穿衣或清洗辅助服务。
5. 如果最低限数据库（MDS）记录的居民自主吃饭能力（self-performance of eating）为 1、2、3、4 级，那么应该给居民提供吃饭扶助。
6. 如果最低限数据库（MDS）记录的居民自主如厕能力（self-performance of toileting）为 1、2、3、4 级，那么应该给居民提供如厕服务。
  - a. 居民睡醒期间，每两小时一次
  - b. 根据正式的需要评估（24 小时无人监测或 pad 测验）来提供服务，或在任何需要的时候提供服务。

7. 如果（MDS）记录的居民自主日常生活能力（self-performance of ADL）为 1、2、3、4 级，那么护理院工作人员应该促进居民的独立性和自主能力（如根据居民需要来制定逐步能力提高计划）
8. 如果（MDS）记录的居民自主日常生活能力（self-performance of ADL）为 1、2、3、4 级，或者居民或代理人提出辅助 ADL 的要求，那么居民应该告诉我们：在得到辅助服务之前，他/她得到了口头通知或手语告知；他们得到的服务不是匆忙完成或应付差事的；但他们需要服务的时候，不会害怕提出要求。
9. 如果（MDS）记录了居民要求提供个人活动的辅助活动（穿衣/个人清洗/洗澡、上厕所），或者居民或代理人要求提供个人活动的辅助服务，那么居民应该告诉我们：在提供个人活动的辅助服务时，隐私得到了保护（拉上隔离帘、关上门、不在公众场所更衣）。
10. 如果居民或代理人要求对任何 ADL 提供辅助服务，那么居民应该告诉我们：他们对员工提供服务的及时性感到满意。
11. 所有在护理院居住的具有 ADL 缺陷的居民，应该得到护理院监测系统的监测，应该记录护理院员工提供辅助服务的频率、及时性和质量。
  - a. 检查者的直接观察
  - b. 对居民、家庭和支持团体的访问
  - c. 在监测系统（如运动敏感器、监视摄像）的扶助下进行直接观察

## 日常锻炼

12. 如果护理院居民躯体上不能活动，那么除非居民明确地拒绝，他们应该每天得到锻炼的帮助。

## 参加活动

13. 如果护理院的居民有能力参加一些有结构的活动（对警报的反应、理解视觉和听觉的语言，不拒绝上床休息），那么居民应该在每周至少四天能参加（并鼓励参加）各种这样的活动。

## 得到辅助器械

14. 如果护理院的居民需要使用辅助器械，如校正眼镜、大号字体读物、助听器、放大器、假牙、助步器等，那么这些器械应该能够使用，并准备好让居民索取。

## 服务计划

15. 如果一位虚弱的老年人入住护理院，那么需要建立文字档案。护理院的居民或代理人应该告诉我们：工作人员和他/她讨论过治疗方案。如果居民和家庭成员都没有参加治疗方案讨论，那么应该把原因清楚地记录下来。
16. 如果护理院的居民有明显的躯体和心理功能恶化，需要新的评估、新的药物、或其他的治疗方法，那么应该给护理院的居民或代理人提供足够的信息（预后、诊断、选择方案，以及预期结果），以便让他们参与诊断和治疗决策（处非代理人无法联系）
17. 如果护理院居民患有糖尿病、高血压或冠状动脉心脏病，以及其他不能很好控制的疾病（如糖化血红蛋白 $>10$ ，或者血压 $> 160/90$ ）那么应该明确地记录下这些疾病的治疗方案

## 获得初级保健服务

18. 如果护理院员工尝试与初级保健提供者联系，讨论居民明显恶化的健康状况，但初级保健提供者不能在 1 个小时内对护理院员工的要求作出答复，那么护理院员工应该在 20 分钟内再次尝试与初级保健提供者联系。如果还是没有反应，则直接与当地医务官员联系。

## 沟通

19. 如果护理院的居民耳聋或不能说英语，那么应该在护理院配备翻译，或准备好其他的文字或视觉治疗，以辅助居民与护理院工作人员的沟通（处非护理院员工可以使用病人的语言）

Source: Modified from Saliba and Schnelle (2002).

NH = nursing home, MDS = Minimum Data Set, Level 1 = supervision, Level 2 = limited assistance, Level 3 = extensive assistance, Level 4 = total dependence. Activities of Daily Living

(ADL) = mobility, transfer, dressing, eating, toileting, personal hygiene

## 附件3

# Grant提出的服务质量指标 Indicators of quality of care identified by Grant et al. (1996)

Grant等在1996年提出了机构老年保健的14类主要指标，并对各类指标提出了具体的具体指标。

1. 设施的特征
2. 关系的特征（如照顾、分享体验）
3. 对病人人性化尊重（如参加有意义活动、对个人价值的认可、对隐私的保护）
4. 与病人的沟通特征（如谈话内容、遵守谈话的时间、沟通的方式和语气）
5. 对决策的处理方式（如给病人提供选择，对权力的处理）
6. 对需要帮助的判断
7. 监测的程度和特征
8. 服务的计划编制和决定（如与病人讨论服务、评估）
9. 与卫生服务团队沟通的特征（如护理人员的沟通，与参考团队的沟通）
10. 提供或辅助病人不能自己做的日常活动
11. 提供或辅助病人不能自己做的治疗活动
12. 开展日常和治疗活动的方式（如正确性、深思熟虑、耐心、可信）
13. 与“显著另一方”的互动特征（如把显著另一方看成个体服务的提供者，把显著另一方看成鼓动者）
14. 对资源的使用和归属方式（如护理人员、时间、设备和供应品的提供）

[注：接受机构老年护理的人不一定是病人 patient，英文采用居民 resident 这个词汇。不过为了中国读者的便于理解，这里的翻译仍然使用病人这个词汇]

[注：显著另一方， significant others]

## 附件4

# Long term care quality indicators used by International Quality Indicator Project (IQIP) 国际质量指标项目使用的长期保健质量指标

### 指标 1: 非计划的体重变化

- 非计划的体重减轻
- 非计划的体重增加

### 指标 2: 褥疮

- 褥疮患病率
- 一期褥疮患病率
- 二级褥疮患病率
- 三级褥疮患病率
- 四级褥疮患病率

### 指标 3: 有记录的跌倒

- 有记录的跌倒
- 因为居民/病人健康状况造成的跌倒
- 因为治疗、用药或麻醉造成的跌倒
- 因为环境危险因素造成的跌倒
- 其他原因造成的跌倒
- 跌倒造成外伤
- 跌倒造成严重性评分一级的外伤
- 跌倒造成严重性评分二级的外伤
- 跌倒造成严重性评分三级的外伤
- 居民/病人 experiencing falls

### 指标 4: 非计划性转到/出院到急性病住院服务

- 在长期保健机构入院 72 小时内，非计划性地转到/出院到急性病住院服务
- 非计划性转到/出院到急性病住院服务的总数
- 由于心血管病变，非计划性转到/出院到急性病住院服务
- 由于骨折诊断和治疗，非计划性转到/出院到急性病住院服务
- 由于消化系统出血，非计划性转到/出院到急性病住院服务
- 由于感染，非计划性转到/出院到急性病住院服务

- 由于其他医学/外科原因，非计划性转到/出院到急性病住院服务

## 指标 5: 治疗获得性下呼吸道感染

- 治疗获得性下呼吸道感染的病人日数
- 治疗症状性尿道感染
- 治疗安置内尿道管的症状性尿道感染
- 治疗未安置内尿道管的症状性尿道感染
- 治疗一种及以上尿道感染症状的病人数
- 治疗安置内尿道管的一种及以上尿道感染症状的病人数
- 治疗未安置内尿道管的一种及以上尿道感染症状的病人数

## 指标 6: 躯体受限事件

- 躯体受限事件
- 躯体受限事件 < 1 小时
- 躯体受限事件 < 1 小时，但 < 4 小时
- 躯体受限事件 > 4 小时，但 < 8 小时
- 躯体受限事件 > 8 小时，但 < 16 小时
- 躯体受限事件 > 16 小时，但 < 24 小时
- 躯体受限事件 > 24 小时
- 因为认知功能失常造成的躯体受限事件
- 因为跌倒危险造成的躯体受限事件
- 因为破坏性行为造成的躯体受限事件
- 因为实施治疗造成的躯体受限事件
- 因为其他原因造成的躯体受限事件
- 躯体受限事件发生在早上 7 点到下午 3 点之间
- 躯体受限事件发生在下午 3 点到晚上 11 点之间
- 躯体受限事件发生在晚上 11 点到早上 7 点之间
- 病人 experiencing 躯体受限
- 病人有多种躯体受限事件

Source: <http://www.qiproject.org/Brochure/IndLTC.pdf>

## 附件5

# Summaries of quality indicators for Victorian Residential Aged Care Standards (RACS) as recommended by the Project Team and accepted by Project Advisory Group

## 维多利亚州机构老年服务机构质量标准 – 课题组提出，并经课题顾问组批准

指标：1-4 期褥疮发生率 .....	25
指标：因跌倒造成新发骨折发生率.....	26
指标：日常躯体活动限制发生率.....	27
指标：未满足需要行为的发生率.....	28
指标：居民使用 9 种及以上不同药物的发生率 .....	29
指标：体重变化（相对于正常水平的明显增加或减少）发生率.....	30
指标：居民对服务的体验.....	32
指标：抑郁症状流行率.....	34
指标：居民健康相关的生活质量.....	35
指标：员工对服务的体验.....	36

# 1

## 指标：1-4 期褥疮发生率

### 目的：

记录身体任何部位的各期褥疮发生的数量。

### 质量领域：

临床质量

### 相关认证结果：

2.11 皮肤保健

居民的皮肤完好状态，与其整体健康状态相一致

### 计算公式（分子和分母）：

分子：在临床审计时，发现有1-4期褥疮的居民数

分母：居民总数

### 预期效果：

减少褥疮的发生

减少严重褥疮（3-4级）的发生

### 关键概念定义：

褥疮定义为：

任何因压力造成的损伤，造成下层组织的损害。褥疮的替代词包括坏点和褥疮溃疡。褥疮的类型包括轻度褥疮（局部皮肤发红）到重度褥疮（深部溃烂达肌肉和骨骼）。

一期褥疮：（略）

二期褥疮：（略）

三期褥疮：（略）

四期褥疮：（略）

### 可能或实际的数据来源：

居民身体全面检查，确定褥疮程度和数量

护理和医学纪录

与初级保健人员咨询

### 数据收集的方法和时间：

评估工具 – Norton's 危险评估量表

季度分析

### 除外情况：

从其他机构组转来的居民，入住的时候有褥疮

### 局限：

记录数据不准确

### 文献和专家的支持：

Centers for Medicare and Medicaid, Department of Health and Human Services USA, Long-term care resident assessment instrument user's manual, version 2.0, December 2002.

Zimmerman et al. (1995)

Kaplan (2002)

Courtney & Spencer (2000)

Rantz et al. (2004)

Madsen & Leonard (1997)

大多数研究的参加者认为这是一个重要的质量指标。有一些参加者是褥疮预防研究专家。

# 2

## 指标：因跌倒造成新发骨折发生率

### 目的：

记录上次临床审计以来发生的身体任何部位的与跌倒有关的新发骨折数量。

### 质量领域：

临床质量

### 相关认证结果：

2.4 临床服务

居民获得适宜的临床服务

2.5 专业化护理服务需要

确定居民的专业化护理服务需要，并由适宜的护理人员满足这些需要

2.6 其他卫生和相关专业服务

根据居民的需要和偏好，把居民转诊给适宜的专家服务

### 计算公式（分子和分母）：

分子：上次临床审计以来，新发生骨折的居民数

分母：上次临床审计以来，发生的跌倒居民数

### 预期效果：

减少新发骨折数量

### 关键概念定义：

骨折定义为：

*骨骼创伤性损伤，骨组织的连续性受到破坏。骨折根据骨折部位和骨折性质进行分类。*

跌倒包括：

*居民失去平衡，在没有员工帮助的情况下会跌到的各种情况。员工看到了居民跌倒的过程，则可以计为一次跌倒。但如果发现居民已经卧在地板上，在没有充分证据说明有其他原因存在的情况下，也应该假设居民发生了跌倒。*

### 可能或实际的数据来源：

事件登记表

居民纪录

### 数据收集的方法和时间：

文件研究

季度分析

### 除外情况：

Nil

### 缺陷：

记录数据不准确

骨折没有被发现

### 文献和专家的支持：

Centers for Medicare and Medicaid, Department of Health and Human Services USA, Long-term care resident assessment instrument user's manual, version 2.0, December 2002.

Zimmerman et al. (1995)

利益相关者论坛的参加者认为简单地记录跌倒的数量是不够的，应该进一步研究跌倒的严重程度

# 3

## 指标：日常躯体活动限制发生率

### 目的：

记录在日间和夜间的躯体活动限制的居民数量。

### 质量领域：

保护居民的权利

### 相关认证结果：

4.4 生活环境

对机构服务的管理，是主动地提供与居民服务需要相一致的，安全和舒适的环境。

### 计算公式（分子和分母）：

分子：临床审计时，发现躯体活动限制的居民数

分母：所有居民数量

### 预期效果：

减少对居民的躯体活动限制 – Joanna Beiggs研究所2002年的系统文献综述表明，限制居民的躯体活动会因为钳制因素，将导致居民的损伤，如神经系统损伤、手部损伤、四肢脱臼，甚至死亡。

### 关键概念定义：

躯体活动限制定义为：

*采用任何手工的方法，或者将任何物质或机械的装置、材料或设备，附加或连接在居民的身体上，造成居民不能容易地移动，限制了活动的自由，或限制了接触别人身体。*

常见的躯体活动限制包括床栏杆、躯干限制器、四肢限制器、控制自由的桌椅等。

### 可能或实际的数据来源：

居民记录

观察

事件登记表

### 数据收集的方法和时间：

病历研究

观察

季度分析

### 除外情况：

医学服务常用的限制手段，如导管、排管、腹带、绷带。

### 缺陷：

记录数据不准确

### 文献和专家的支持：

Centers for Medicare and Medicaid, Department of Health and Human Services USA, Long-term care resident assessment instrument user's manual, version 2.0, December 2002. |

Zimmerman et al. (1995)

所有论坛都建议使用这个指标。50%的消费者代表认为应该使用这个指标。

# 4

## 指标：未满足需要行为的发生率

### 目的：

确定给居民造成麻烦，或者给护理机构、居民和工作人员带来混乱的行为症状的发生频率。

### 质量领域：

功能质量

### 相关认证结果：

2.13 行为管理

对有挑战行为的居民进行有效管理

### 计算公式（分子和分母）：

分子：上次临床审计以来，表现出未满足需要（挑战）行为的居民数

分母：所有居民数

### 预期效果：

减少表现出行为症状的病人数

### 关键概念定义：

未满足需要是指如下行为的发生频率和期间：

- 斥责居民和卫生工作者 (Kopecky & Yodofsky 1999),
- require repeated limit setting (Kopecky & Yodofsky 1999),
- 妨碍日常生活活动 (Kopecky & Yodofsky 1999),
- 要求多种药物治疗 (Kopecky & Yodofsky 1999)
- 对居民和其他人造成威胁 (Beck et al. 1997)
- 干扰临床服务 (e.g. pulling out IV), and
- 降低居民的生活质量 (e.g. distress/anxiety /frustration/social isolation)

### 可能或实际的数据来源：

行为评估文件

事件登记表

医学和护理记录

### 数据收集的方法和时间：

文件研究

季度分析

### 除外情况：

入住不到30天的居民

### 缺陷：

记录数据不准确

员工对行为症状的看法

### 文献和专家的支持：

Centers for Medicare and Medicaid, Department of Health and Human Services USA, Long-term care resident assessment instrument user's manual, version 2.0, December 2002.

Zimmerman et al. (1995)

所有论坛都认为这个指标很重要，所有的消费者代表也认为这个指标重要

# 5

## 指标：居民使用 9 种及以上不同药物的发生率

### 目的：

确定处于用药过多危险的居民数量。

### 质量领域：

临床质量/药品服务质量

### 相关认证结果：

2.7 药品管理

安全和正确地管理居民的用药

### 计算公式（分子和分母）：

分子：在临床审计期间，使用9种及以上药物（包括处方药及非处方药）的居民数

分母：所有居民数量

### 预期效果：

将对潜在的危险作出警示，并提示临床检查的需要。这将帮助员工确认由于用药过多、药物副作用，以及药物相互作用导致的潜在问题。

### 关键概念定义：

用药过多的一般定义是

一个有一种或几种疾病的病人使用大量不同的药物。

资料来源: Mosby's Medical Nursing & Allied Health Dictionary (6th edition) 2002

### 可能或实际的数据来源：

Medication charts

### 数据收集的方法和时间：

文件记录研究

季度分析

### 除外情况：

局部用药

伤口药膏

滴眼液

维生素

### 缺陷：

记录数据不准确

### 文献和专家的支持：

Centers for Medicare and Medicaid, Department of Health and Human Services  
USA, Long-term care resident assessment instrument user's manual, version 2.0,  
December 2002.

Zimmerman et al. (1995)

Kaplan (2002)

Rantz et al. (2004)

所有参加的人都强烈建议采用这个指标。所有的消费者代表，以及54%的论坛参加这认为这是一个关键的质量指标。

# 6

## 指标：体重变化（相对于正常水平的明显增加或减少）发生率

### 目的：

监测随时间变化的体重稳定性。

### 质量领域：

临床质量

### 相关认证结果：

2.10 营养和供水

居民得到合适的营养和供水

### 计算公式（分子和分母）：

分子：自上次临床审计以来，体重变化超过BMI正常范围的居民数

分母：所有居民总数

### 预期效果：

对体重的测量，将帮助员工确定居民的营养状态，识别与营养有关的潜在问题。

减少并发症的危险（脱水，皮肤损害）

### 关键概念定义：

BMI指数: 体重 (kg) / 身高 (m)<sup>2</sup>

- <18 kg/m<sup>2</sup> – 体重过轻
- 18–<25 kg/m<sup>2</sup> – 正常体重
- 25–30 kg/m<sup>2</sup> – 超重
- >30 kg/m<sup>2</sup> – 肥胖

### 可能或实际的数据来源：

医学和护理记录

转诊表

BMI

### 数据收集的方法和时间：

新入住的身高体重测量

研究临床记录

每12个月身高测量

体重测量

检查临床记录

资料来源: Centers for Medicare and Medicaid, Department of Health and Human Services USA.

*Revised Long-Term Care Resident Assessment Instrument User's Manual*. Version 2.0. December 2002

计算BMI

季度分析

### 除外情况：

因为医学或身体状况不能称体重的居民

### 缺陷：

记录数据不准确

身高测量不一致

体重测量不一致

BMI计算错误

居民不能称体重的情况

**文献和专家的支持:**

Centers for Medicare and Medicaid, Department of Health and Human Services  
USA, Long-term care resident assessment instrument user's manual, version 2.0,  
December 2002.

Zimmerman et al. (1995)

Feilmann (2000)

四个论坛中的三个论坛，以及75%的消费者代表认为应该使用这个指标

# 7

## 指标：居民对服务的体验

### 目的：

记录居民对服务的体验

### 质量领域：

心理服务质量/保护人权

### 相关认证结果：

#### 1.4 意见和投诉

每个居民（或他们的代表）以及其他相关组织应该可以获得内部和外部的投诉机制

#### 3.9 选择和决策

每个居民（或他们的代表）参与服务的决策，并能在不侵犯他人的情况下，选择和  
控制他们自己的生活方式，

### 计算公式（分子和分母）：

该指标是对居民对6个问题回答结果的频数分析。

分子：上次临床审计以来，在6个问题中回答“肯定是这样”的问题数量，除以6。

分母：所有居民数量

### 预期效果：

消费者参与质量改进过程

### 关键概念定义：

居民对服务的体验，参见Key Points调查工具，或者居民代表调查工具。

### 可能或实际的数据来源：

Key Points调查表

居民代表调查表

### 数据收集的方法和时间：

Key Points调查表：

*创造家庭式环境*

1. 你是否感到在家一样，在你的房间是否感到安全和舒适？ Yes/No

怎样能改善你房间的舒适程度？

*建筑设计和设施可及性*

2. 你是否能使用护理院所有地方的设施？ Yes/No

你建议怎样改善建筑物？

*享受生活*

3. 这里安排的活动是否合乎你的兴趣？ Yes/No

你对这些活动的建议是什么？

*人际关系*

4. 你是否得到护理院的支持和鼓励，让你保持与其他人（朋友和家庭）的关系？ Yes/No

是否由员工帮助你维持这种关系？

*接受高质量服务*

5. 你是否满意饭菜、个人服务和护理服务？ Yes/No

我们需要在哪些方面改进？

*作出选择和发表看法*

6. 你是否借此机会提出改进老年护理机构的建议？ Yes/No

请提出建议。

建议作季度分析

**除外情况:**

有认知功能缺陷的居民，要采用居民代表调查表来收集数据

**缺陷:**

记录数据不准确

**文献和专家的支持:**

Yeh et al. (2003)

Marquis (2002)

Kane (2003)

消费者代表认为这是关键的问题，各个论坛也是这样认为

# 8

## 指标：抑郁症状流行率

### 目的：

确定有抑郁症状的居民数量。

### 质量领域：

功能质量

### 相关认证结果：

2.4 临床服务

居民获得适宜的临床服务

2.5 专业化护理服务需要

确定居民的专业化护理服务需要，并由适宜的护理人员提供服务满足这些需要

2.6 其他卫生和相关服务

根据居民的需要和偏好，把居民转诊给适宜的专家服务

### 计算公式（分子和分母）：

分子：上次临床审计以来，有抑郁症状的居民数

分母：所有居民数量

### 预期效果：

确定抑郁症状，以便采取适宜的治疗措施

### 关键概念定义：

抑郁的定义根据老年抑郁量表 (GDS)，或者Cornell老年痴呆抑郁量表。

### 可能或实际的数据来源：

居民医学和护理记录

GDS

Cornell老年痴呆抑郁量表

### 数据收集的方法和时间：

研究居民的医学和护理记录

研究抑郁评估结果

建议进行季度分析

### 除外情况：

无

### 缺陷：

记录数据不准确

需要对员工进行工具培训

### 文献和专家的支持：

Centers for Medicare and Medicaid, Department of Health and Human Services USA, Long-term care resident assessment instrument user's manual, version 2.0, December 2002.

Zimmerman et al. (1995)

Rantz et al. (2004)

四个论坛中的两个论坛，以及75%的消费者代表认为这是服务质量的关键指标

# 9

## 指标：居民健康相关的生活质量

### 目的：

通过测量健康相关的居民生活质量，关注服务质量造成的结果

### 质量领域：

心理服务质量/保护人权

### 相关认证结果：

标准2 卫生和个人服务

#### 原则：

通过每个居民（或他们的代表）与卫生服务团队的合作伙伴关系，促进和达到居民躯体和心理健康的最好水平

### 计算公式（分子和分母）：

分子：上次临床审计以来，SF-36得分高于澳大利亚机构老年服务平均水平的居民数（参见<http://www.uow.edu.au/commerce/ahoc/sf36review.html>）

分母：所有居民数量

### 预期效果：

让居民获得良好的健康，这是澳大利亚和国际上的最高标准

### 关键概念定义：

SF-36包括如下8个健康概念的测量：

1. 躯体功能；
2. 由于躯体健康问题的角色缺陷；
3. 身体疼痛；
4. 社会功能；
5. 一般心理健康；
6. 由于心理健康问题的角色缺陷；
7. 生命力
8. 一般健康认识

### 可能或实际的数据来源：

居民抽样调查

### 数据收集的方法和时间：

待补充

### 除外情况：

具有认知功能缺陷的病人

### 缺陷：

需要培训

### 文献和专家的支持：

See <http://www.uow.edu.au/commerce/ahoc/sf36review>

Kane et al. (2003)

Kane (2003)

Casarett et al. (2002)

所有论坛的参加者认为这是一个重要指标

# 10

## 指标：员工对服务的体验

### 目的：

记录影响员工体验的因素。

### 质量领域：

心理服务质量/保护人权

### 相关认证结果：

标准1: 管理系统、人员配置和组织发展

原则：

在服务机构的理念和服务层次中，管理系统应该对居民、居民的代表、员工，以及利益相关者的需要做出反应，并对服务环境的改变做出反应。

### 计算公式（分子和分母）：

分子：员工体验问卷数据

分母：所有提供服务的员工数量

### 预期效果：

当员工有积极的体验的时候，他们提供的服务也将是高质量的。

### 关键概念定义：

*应该包括：*

员工保持/换班/病假

教育和事业路径

员工自主性和决策

灵活的服务名册

### 可能或实际的数据来源：

员工体验调查问卷

### 数据收集的方法和时间：

### 除外情况：

无

### 缺陷：

记录数据不准确

需要额外收集数据

### 文献和专家的支持：

Chou et al. (2002)

Bowers et al. (2000)

Schirm et al. (1999)

所有论坛认为这是一个重要的指标