

APPENDIX 1-1-2: Chinese version of Assessment of Chronic Illness Care (C-ACIC)

编号 _____

慢性病保健评估问卷

下列表格描述了慢性病保健的服务水平，表格中的条目代表慢性病保健的关键方面，每个方面都被划分为不同的水平来描述慢性病保健改进的不同阶段。这些阶段通过从“0~11”分值来体现，分值越大表明所描述的措施被执行得越全面。请根据您所在机构慢性病保健的具体做法来回答每个问题，在每一行的0~11分值中，您认为最能描述现阶段服务水平的分值选项上画“√”（每行0~11分值，仅选1个）。

1. 健康保健系统的组织：如果提供健康保健的机构是以目标为导向的，并关注慢性病管理，这将使慢性病管理项目更加有效。

条目	水平 D	水平 C	水平 B	水平 A
1. 慢性病保健的整体组织领导	缺乏组织领导或者领导兴趣不大 0 1 2	体现在机构的愿景和工作计划中，但是没有提供执行这项工作的资源 3 4 5	体现为高层领导的支持和专用资源的投入（财力和人力） 6 7 8	属于机构长期规划的一部分，能够获得必要的资源，并有专人负责。 9 10 11
2. 慢性病保健的组织目标	不存在或仅局限于某一种情况 0 1 2	有，但没有积极地考核 3 4 5	可测量和考核 6 7 8	可测量，定期考核，并纳入改进计划 9 10 11
3. 慢性病保健的改进策略	是临时的，没有得到持续的管理或支持 0 1 2	只有当特定的问题出现时，才采取临时的改进策略 3 4 5	针对特定的问题采取有效的改进策略 6 7 8	具备一套具有前瞻性的有效策略，并运用此策略达到预期的目标 9 10 11
4. 慢性病保健中的激励机制和规章制度	没有用来影响保健行为目标的激励机制和规章制度 0 1 2	被用来影响慢性病保健的利用率和成本 3 4 5	被用来支持实现患者的保健目标 6 7 8	被用来激励和支持保健服务医务人员有能力达到患者的保健目标 9 10 11
5. 上级领导	不鼓励收治慢性病患者 0 1 2	没有优先考虑慢性病保健质量改进 3 4 5	鼓励本机构成员在慢性病保健中所做出的努力 6 7 8	为慢性病保健的质量改进做出了实际的努力 9 10 11
6. 绩效	阻碍了患者自我管理和保健服务系统的改变 0 1 2	既不鼓励也不阻碍患者自我管理和保健系统改变 3 4 5	鼓励患者自我管理或保健服务系统改变 6 7 8	为提供更好的慢性病保健服务而特别设计 9 10 11

2. 社区联系：卫生服务系统（或保健服务医务人员的实践）与社区资源之间的联系在慢性病管理中扮演重

要的角色。

7. 患者与外部资源的联系	没有系统地实施 0 1 2	仅限于在现有的、可及的社区资源 3 4 5	通过指定专人负责或资源，确保服务提供者和患者能最大限度地利用社区资源 6 7 8	通过在卫生服务系统、社区卫生服务机构和患者之间的积极协调来实现 9 10 11
8. 卫生服务系统与社区其他机构的合作	没有建立 0 1 2	正在酝酿中，但尚未实施 3 4 5	为发展支持性方案和政策的合作关系已形成 6 7 8	正在积极寻求制定覆盖整个系统发展的支持方案和政策 9 10 11
9. 区域性卫生规划	与慢性病指南、措施和保健资源在实践水平不相协调 0 1 2	在某种程度上考虑了指南、措施或保健资源，但在具体实施过程中没有发生改变 3 4 5	目前，在个别慢性病保健领域与指南、措施或保健资源是相协调的 6 7 8	目前，在大多数慢性病保健领域与指南、措施或保健资源是相协调的 9 10 11

3. 实践水平：在个体医护实践中，有些内容显示出可以改善慢性病保健水平。这些内容包括：自我管理支持，直接影响实践的服务系统设计、决策支持和卫生信息系统。

3a. 自我管理支持：有效的自我管理支持能帮助患者和家属应对生活挑战，治疗慢性疾病，减少并发症和缓解症状。

10. 自我管理需求和行为的评估与记录	没有实施 0 1 2	期望被实施 3 4 5	运用标准化的方式进行评估和记录 6 7 8	运用标准化方式来定期进行评估和纪录，并将这种记录与患者可及的治疗计划相联系 9 10 11
11. 自我管理支持	仅局限于信息的发布（如宣传手册、宣传单） 0 1 2	通过将患者转介到自我管理课堂或健康教育专家来获得 3 4 5	由特别指定训练有素的临床教育者来提供，他们从属于各医疗机构，负责自我管理支持的各项工，并接诊转诊的患者 6 7 8	通过特别指定训练有素临床教育者来提供，他们负责所有慢性病保健工作，在患者授权和解决问题方法上接受过培训，并且接诊过大多数慢性病患者。 9 10 11
12. 解决患者及家属关注的问题	没有持续实施 0 1 2	通过转诊来关注特定的患者及家属 3 4 5	提倡关注患者及家属的需求，通过同伴支持、互助小组以及项目指导来实施 6 7 8	是保健计划中不可分割的一部分，实施方法包括：系统的评估、常规的同伴支持、互助小组或项目指导 9 10 11
13. 有效的行为改变干预和患者的同伴支持	没有 0 1 2	只限于发布一些宣传手册、宣传单或者其他书面资料 3 4 5	只有将患者转诊到配备有受过训练员工的专门机构才能获得 6 7 8	方便、可及，并与日常保健融为一体 9 10 11

3b. 决策支持：有效的慢性病管理项目能确保慢性病保健服务提供者获得为患者服务所必须的循证信息，包括有循证支持的实践指南或协议，专业咨询，服务提供者教育，以及激发患者，使服务团队采取更有效的治疗方法。

14. 循证指南	没有 0 1 2	有，但是没有纳入到保健服务中 3 4 5	有，通过对慢性病保健服务提供者的教育来贯彻 6 7 8	有，通过对慢性病保健服务提供者的教育来贯彻，并且通过提醒，或其他能有效改变服务提供者行为的方法落实到保健服务中 9 10 11
15. 在改进初级卫生保健服务中慢性病保健专家的参与	主要通过传统的转诊来实现 0 1 2	通过慢性病保健专家的指导能力来提升整个系统常规执行指南的能力 3 4 5	包括慢性病保健专家的指导能力，以及指定专家来提供初级卫生保健服务团队培训 6 7 8	包括慢性病保健专家的指导能力，并且专家切身参与改善患者的初级卫生保健服务 9 10 11
16. 为慢性病保健服务提供者（如医务人员）实施的教育培训	偶尔提供 0 1 2	通过传统的方法系统地提供 3 4 5	通过采用最佳的培训方法来提供（如通过学术讲座详细讲解） 6 7 8	对所有的团队进行慢性病保健方法的培训，如基于人群的管理和自我管理支持 9 10 11
17. 告知患者相关的防治指南	不告知 0 1 2	当患者要求时告知，或者通过系统的出版物告知 3 4 5	每项指南都通过具体的患者教育资料来告知 6 7 8	为患者制定具体资料，并告知患者在遵循指南过程中应承担的角色 9 10 11

3c. 服务系统的设计：证据表明，有效的慢性病管理过程并不仅仅是关注急症照护的同时简单地增加额外干预。它可能需要改变影响保健服务提供的实践组织。

18. 团队运作实践	不被关注 0 1 2	通过确保服务提供者获慢性病保健中关键要素的培训来实现 3 4 5	通过定期召开团队会议来实现，关注慢性病保健的指南、角色、责任义务以及问题 6 7 8	通过定期见面，并有明确角色分工的团队来实现，团队成员的角色分工包括患者自我管理教育、主动随访、资源协调，以及慢性病管理中的其他技能 9 10 11
19. 服务团队的领导能力	不被个人或组织认可 0 1 2	由存在于组织中的特定角色来体现 3 4 5	通过任命团队领导来实现，但领导者在慢性病保健服务中的角色尚未明确 6 7 8	通过任命团队领导来保障，该领导明确了在慢性病保健服务中的角色和责任 9 10 11
20. 预约服务系统	可以用来安排急诊、随访和保健门诊 0 1 2	可以确保安排慢性病患者的随访 3 4 5	灵活，可以适应变通，如自定访视的时间或团体访视。 6 7 8	包括保健服务的组织，如方便患者在一次访视中见到多个保健服务提供者 9 10 11

21. 随访	由患者或者保健服务提供者临时安排 0 1 2	由机构依据指南所规定的随访来安排 3 4 5	由服务团队通过监测患者的随访服务利用率来确定 6 7 8	根据患者的需求来制定，改变随访的频率和方式（电话、面对面、邮件），并且确保指南中所规定的随访 9 10 11
22. 慢性病保健的计划访视	没有实施 0 1 2	偶尔会运用于病情复杂的患者 3 4 5	对此感兴趣的患者可以选择 6 7 8	运用于所有患者，关注定期评估、预防性干预措施、自我管理支持等 9 10 11
23. 照护的连续性	没有优先考虑 0 1 2	取决于初级卫生保健服务医务人员与慢性病保健专家、个案管理者或疾病管理机构之间的书面沟通 3 4 5	被初级卫生保健服务医务人员，慢性病保健专家和其他相关服务人员优先考虑，但没有被系统的实施 6 7 8	被优先考虑，并且所有慢性病干预措施在初级卫生保健服务医务人员，慢性病保健专家和其他相关团体之间积极协调 9 10 11

3d. 卫生信息系统：对于慢性病患者个体和群体，及时的、有用的信息是有效项目的关键特征，尤其是那些基于群体干预的项目。

24. 信息管理系统（列出有特殊情况的患者）	没有 0 1 2	包括了纸质或录入计算机数据库的信息，如姓名、诊断、联系方式以及最后一次联系的日期 3 4 5	可以查询到根据临床的优先顺序分类的患者亚群 6 7 8	可以提示和提醒所需的服务，并与指南一致 9 10 11
25. 对服务提供者的提醒	没有 0 1 2	包括对现存某种慢性病的常规提醒，但不能描述遇到此疾病时所需要的服务 3 4 5	定期提醒患者群体所需的服务 6 7 8	包括了团队在服务于个体患者时应遵循指南的具体信息 9 10 11
26. 反馈	没有，或不针对具体的团队 0 1 2	偶尔提供客观的反馈 3 4 5	经常通过反馈来监测绩效，并具体针对小组成员 6 7 8	反馈是及时的，针对于团队，为了改善团队的绩效，反馈由一位受人尊敬的舆论领袖定期亲自执行 9 10 11
27. 患者亚群所需服务的相关信息（如糖尿病患者亚群）	没有 0 1 2	需要付出特殊的努力或者执行额外的项目才能获得 3 4 5	当慢性病保健服务提供者有要求时可获得，但不是常规告知的信息 6 7 8	定期提供给慢性病保健服务提供者，以帮助他们实施有计划的保健服务 9 10 11

28. 患者治疗计划	没有	通过标准方法制定	由慢性病保健服务提供者协作制定，包括患者的自我管理以及临床目标	由慢性病保健服务提供者协作制定，包括患者的自我管理以及临床目标，并全程跟进指导保健服务
	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

4. 慢性病保健模型中各组成部分的整合：有效的保健系统整合了慢性病保健模型中的所有要素，如将患者的自我管理目标和信息系统/注册相结合。

项目	很少支持	基本支持	良好支持	全力支持
29. 告知患者疾病指南	没有实施	当患者要求时告知，或者通过系统的出版物告知	每项指南都通过具体的患者教育资料来告知	包括为患者制定具体资料，这些资料描述了他们在遵从指南过程中应承担的角色
	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
30. 信息系统/登记注册	没有包括患者的自我管理目标	包括患者的评估结果（如功能状况的评级、参与自我管理活动的意愿），但是缺乏目标	包括患者评估的结果，以及从服务团队、服务提供者和患者所提供信息发展而来的自我管理目标	包括患者评估的结果，以及从服务团队、服务提供者和患者所提供信息发展而来的自我管理目标，并且提醒患者或服务提供者随访和进行周期性目标评估
	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
31. 社区慢性病管理项目	患者在项目中的进展不会反馈给卫生服务系统或社区卫生服务机构	患者在项目中的进展会在社区与卫生服务系统的联席会议上得到少量的反馈	运用正式的形式（如网络进展报告）定期地将患者的进展反馈给卫生服务系统或社区卫生服务机构	定期地将患者的进展反馈给卫生服务系统以便调整方案，更好地满足患者的需求
	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
32. 慢性病管理的组织计划	没有采用基于群体的干预措施	依据信息系统的数据来做服务计划	依据信息系统来前瞻性的计划基于人群的保健服务，包括患者自我管理方案的发展，与社区资源的合作	依据团队在实践中获得的系统化数据来前瞻性地计划基于人群的保健服务，包括患者自我管理方案的发展、与社区的合作关系，也包括一个既定评估计划，以评价慢性病保健服务是否能获得长期成功
	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11
33. 常规的预约随访，患者评估和目标计划	不能确保	偶尔会做，通常只是为了预约	指派专人负责以确保实施（如个案管理护士）	指派专人负责以确保实施（如个案管理护士），他们会利用注册系统或其他方法将患者和整个服务团队联系起来
	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

项目	很少支持	基本支持	良好支持	全力支持
34. 慢性病保健指南	没有与患者分享	会告知那些对自身疾病的自我管理感兴趣的患者	会提供给所有的患者，帮助他们发展有效的自我管理和行为改变方案，而且使患者能够识别什么时候应该寻求医疗帮助	服务团队和患者一起分析，制定出符合指南的自我管理或行为改变方案，该方案的制定会考虑到患者的目标和行为改变的意愿
	0 1 2	3 4 5	6 7 8	9 10 11

请简要描述你填写此问卷的过程：通过面对面的会议达成共识由团队领导在咨询其他成员后完成团队中每个成员独立完成并且回答是一致的独立完成其他，请描述：

再次感谢您的配合，非常感谢！