

# 国外健康素养型医疗机构建设与评价及对我国的启示

吴怡雪<sup>1</sup>, 童莺歌<sup>1</sup>, 薛子豪<sup>1</sup>, 陈思亦<sup>1</sup>, 顾利慧<sup>2</sup>, 丁妙慧<sup>3</sup>, 宋晓萍<sup>4</sup>, 曹梅娟<sup>1</sup>, 杨磊<sup>1</sup>

1. 杭州师范大学医学部, 浙江 杭州 311121; 2. 杭州市肿瘤医院, 浙江 杭州 310000;

3. 金华市第二医院, 浙江 金华 321000; 4. 宁波大学医学院附属医院, 浙江 宁波 315000

**摘要:** 介绍了美国医学研究所(Institute of Medicine, IOM)发布《健康素养型医疗机构的 10 个特征(Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations, HLHO 10 个特征)》文件的背景及健康素养型医疗机构(health literate health care organization, HLHO)概念,并以 Donabedian 的理论为指导综述了 HLHO 的特征和建设措施及 HLHO 评价的研究进展。提出了我国医疗机构可借鉴《HLHO 10 个特征》文件与国外 HLHO 评价现状,从人员培训、文化、制度、物理和信息环境建设,要求员工应用健康素养策略,促进服务对象参与健康材料的开发及医务人员健康教育工作的考核等措施入手,践行《健康中国行动(2019—2030 年)》提出的“医务人员在诊疗过程中主动提供健康指导”和“建立医务人员开展健康教育绩效考核机制”两项指标。

**关键词:** 健康素养型医疗机构;健康素养;健康中国行动;健康教育

**中图分类号:** R193 **文献标识码:** A **文章编号:** 1006-3110(2022)02-0252-06 **DOI:** 10.3969/j.issn.1006-3110.2022.02.034

## Construction and evaluation of health literate health care organizations in foreign countries and implications for China

WU Yi-xue<sup>1</sup>, TONG Ying-ge<sup>1</sup>, XUE Zi-hao<sup>1</sup>, CHEN Si-yi<sup>1</sup>, GU Li-hui<sup>2</sup>, DING Miao-hui<sup>3</sup>, SONG Xiao-ping<sup>4</sup>, CAO Mei-juan<sup>1</sup>, YANG Lei<sup>1</sup>

1. Division of Health Sciences, Hangzhou Normal University, Hangzhou, Zhejiang 311121, China;

**基金项目:** 浙江省医药卫生科技计划项目(2020KY240);浙江省基础公益研究计划(LGF20G030005)

**作者简介:** 吴怡雪(1997-),女,浙江宁波人,硕士研究生在读,护士,研究方向:健康管理。

**通信作者:** 童莺歌, E-mail: 1352597965@qq.com。

逐步取缔活禽交易,减少流通环节取得成效。提示禽流感防控工作应着重于农贸市场和活禽市场,针对暴露于活禽市场、禽类聚集区域的高危人群进行健康教育,提高其自我保护意识,保障生命安全和身体健康。

### 参考文献

- [1] 国家卫生和计划生育委员会. 人感染 H7N9 禽流感诊疗方案(2017 年第 1 版)[Z]. 2017-01-24.
- [2] 朱闻雯,舒跃龙. 新型 H7N9 禽流感病毒的病原学研究进展[J]. 生命科学, 2015, 27(5): 515-524.
- [3] 梁正林, 杨忠秀, 邓星超, 等. 2014—2018 年贵港市活禽市场外环境禽流感病毒检测和职业暴露人群血清学监测结果分析[J]. 实用预防医学, 2020, 27(2): 138-141.
- [4] 杨联伟, 张莉. 2018—2019 年北碚区禽流感外环境监测结果分析[J]. 新农业, 2020, 50(17): 71-72.
- [5] 任禹博, 苏麟. 成都市温江区 2017—2019 年外环境禽流感监测结果分析[J]. 安徽预防医学杂志, 2020, 26(6): 429-432.
- [6] 曹霞, 吴汶禧, 李龙, 等. 2017—2020 年南川区外环境禽流感监测结果及预测分析[J]. 现代医药卫生, 2021, 37(2): 215-218.
- [7] 丁惠萍, 徐玉凤. 2011—2018 年宁夏吴忠市外环境禽流感病毒监

测分析[J]. 宁夏医科大学学报, 2019, 41(9): 919-921.

- [8] 刘琳琳, 叶国军, 江永忠, 等. 2013—2014 年湖北省外环境中禽流感病毒污染情况分析[J]. 微生物与感染, 2016, 11(3): 159-164.
- [9] 鲍静, 马广源, 陈善辉, 等. 无锡市活禽交易市场家禽禽流感监测[J]. 中国热带医学, 2018, 18(5): 452-455.
- [10] 关蕴, 刘智婷, 王霞, 等. 近年我国 H5 亚型禽流感的流行情况和流行特点分析[J]. 中国动物传染病学报, 2020, 28(5): 72-77.
- [11] 赵婉莎, 谭翰清, 程洁萍, 等. 广东省肇庆市 2015—2018 年禽类市场环境禽流感病毒监测[J]. 中国热带医学, 2020, 20(6): 514-518.
- [12] 焦亮, 陈泽玲, 赵阳阳, 等. 2017—2019 年广东省珠海市市场外环境禽流感病毒监测分析[J]. 疾病监测, 2020, 35(8): 742-745.
- [13] 熊聪颖, 丘文清, 黄洪波, 等. 惠州市 2017—2018 年禽类市场环境禽流感病毒监测结果分析[J]. 安徽预防医学杂志, 2019, 25(3): 181-184, 169.
- [14] 王璐璐, 孙海波, 孙佰红, 等. 辽宁省外环境禽流感病毒监测结果[J]. 预防医学, 2019, 31(3): 221-224.

收稿日期: 2021-02-20

2. Hangzhou Cancer Hospital, Hangzhou, Zhejiang 310000, China;

3. The Second Hospital of Jinhua City, Jinhua, Zhejiang 321000, China;

4. The Affiliated Hospital of Medical School, Ningbo University, Ningbo, Zhejiang 315000, China

Corresponding author: TONG Ying-ge, E-mail: 1352597965@qq.com

**Abstract:** This paper introduces the background of Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations published by Institute of Medicine (IOM) and the concept of health literate health care organization (HLHO), and summarizes the research progress on characteristics, construction measures and evaluation of HLHO under the guidance of Donabedian theory. Medical institutions in China can draw lessons from Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations and current status of overseas HLHO evaluation, put them into practice from personnel training, and cultural, institutional, physical and information environment construction, require employees to apply health literacy strategies, promote the participation of clients in development of health materials and the assessment of health education for medical personnel, and practice the proposals of medical staff actively providing healthcare guidance during diagnosis and treatment and establishing a health education performance evaluation mechanism for medical staff which are the two indicators of Healthy China Initiative (2019–2030).

**Keywords:** health literate health care organization; health literacy; healthy China initiative; health education

我国医疗机构在提升居民健康素养中的作用日益受到政府的重视。《健康中国行动(2019—2030年)》指出:“医务人员掌握与岗位相适应的健康科普知识,在诊疗过程中主动提供健康指导”(简称“医务人员正确提供健康指导”)以及“建立医务人员开展健康教育和健康促进的绩效考核机制”(简称“建立医务人员健康教育考核机制”)[1]。当前卫生行政部门对医疗机构如何落实这两项内容尚缺乏明确的规定。

2012年,美国医学研究所(Institute of Medicine, IOM)首次在全球范围内提出了健康素养型医疗机构(health literate health care organization, HLHO)的概念:“促使公众更加便捷地搜寻、理解和利用健康信息和医疗卫生服务以维持及改善公众健康的医疗机构”,并出台了《健康素养型医疗机构的10个特征 Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations》[2-3](简称《HLHO 10个特征》)文件,对HLHO的特征做出了规定。我国当前尚未见有关HLHO的研究,本文拟通过对国外HLHO的特征、建设措施及评价现状展开综述,为践行《健康中国行动(2019—2030年)》相关内容提供参考。

## 1 《HLHO 10个特征》提出背景

2012年,IOM召开了医疗、护理、药剂、医院管理、医疗保险与卫生政策、医疗企业等多个领域专家参加的健康素养圆桌会议,以探究医疗机构提升服务对象健康素养的具体实施策略。会议提出HLHO概念中的医疗机构包括下述2类:①直接为患者提供医疗服务的机构:包括医院、学术医疗中心(academic medical center, AMC)等大型诊疗机构,以及社区卫生服务中心、药房等中小型医疗服务场所;②非直接提供患者服

务的机构:商业保险公司、健康信息技术与健康教育产品供应商等。《HLHO 10个特征》可以通过指导医院优化管理制度、开展员工培训、改善医疗信息环境、开发健康信息材料以及加强员工与服务对象的沟通交流,促进医院从“以治病为中心”向“以健康为中心”转变[4]。

## 2 结构-过程-结果理论和《HLHO 10个特征》

Donabedian 的结构-过程-结果(structure-process-outcome)理论[5]提出,医疗机构的质量控制可从结构、过程两个方面进行。结构要素即医疗环境属性,包括开展医疗服务所需的组织构架、物力和人力资源配备等。过程要素描述的是如何将结构属性运用到实践中,即患者接受的直接或间接的医疗护理及其他补充性服务。以Donabedian的理论为指导分析HLHO的10个特征,可见特征①、③、⑦、⑧主要从结构要素角度做出规定,是实施过程要素的基础和前提;而特征②、④、⑤、⑥、⑨、⑩重点从过程要素做出规定。HLHO具体10个特征的内容见表1。

医疗机构要开展HLHO建设[2],从结构要素上:(1)领导层应将健康素养促进活动融入整个医疗机构的文化和运行机制中[6],为之配置必要的财力、物力和人力资源[7],设定目标激励机构内所有员工重视并践行健康素养促进(特征①)[8];(2)医疗机构应对员工进行培训,并监测培训过程和效果。参与培训的员工除了医护人员,还包括机构内的健康管理师、医疗助理、药剂师、导医人员、收费处员工等有机会接触到患者的所有工作人员。培训内容包括低健康素养与不良健康结果的关系、“健康素养”概念等(特征③)[9-10];(3)医疗机构应建立更加可及的物理和网络信息环

境。物理环境包括配置患者易于识别的标识(如导医路径标识、科室地标)易于操作的导医设施和设备(如交互式触屏设备),网络信息环境建设包括配置就医服务软件及开发患者门户网站(如移动 App、患者网上预约挂号平台),同时为患者提供使用方法的教程(特征⑦);(4)医疗机构提供的账单、检验报告单、知情同意书等应通俗易懂,必要时可结合图表或图画。医疗机构开发或提供给患者的健康信息材料需经过专家和患者的评价,以确保资料通俗易懂(特征⑧)。

表 1 HLHO 的 10 个特征及其内容

HLHO 的 10 个特征	内容(简称)
特征①	医疗机构领导层将提升服务对象的健康素养整合到机构的使命、结构和运营中(领导层支持)
特征②	医疗机构将提升服务对象的健康素养融入到包括患者安全和质量改进在内的所有计划和实施措施中(健康素养促进融入质量改进)
特征③	医疗机构培训员工使他们具备提升服务对象健康素养的能力,并对员工的培训过程和效果进行监测(员工培训)
特征④	医疗机构使服务对象参与健康信息的开发与评价过程以及参加医疗服务的设计、实施和评价过程(服务对象参与健康信息开发)
特征⑤	医疗机构满足不同健康素养水平服务对象的需求,同时避免将低健康素养者污名化(避免将服务对象污名化)
特征⑥	医疗机构要求员工在人际沟通中使用健康素养策略,并在所有沟通环节确认服务对象能够充分理解信息(进行有效沟通)
特征⑦	医疗机构提供可及的导医系统、易于获得的健康信息及可及的医疗服务(提供可及的医疗服务)
特征⑧	医疗机构制定和发放通俗易懂、易于遵循的文字、视听及社交媒体资料(健康信息材料规范化)
特征⑨	医疗机构关注转诊和用药沟通等高风险情景下服务对象的健康素养(关注高风险情景下患者的健康素养)
特征⑩	医疗机构要求员工与服务对象沟通,使其明确医疗保险的覆盖范围及应支付的医疗费用(医疗费用告知)

医疗机构开展 HLHO 建设的过程要素如下<sup>[2]</sup>: (1) 医疗机构的所有质量管理计划和实施措施都应包含健康素养促进措施。健康素养促进措施是指医疗机构为了提升服务对象健康素养以改善其健康结局,或降低低健康素养对服务对象健康的危害而采取的一系列措施,具体包括改善医疗服务的可及性、增加健康信息可获得性和促进服务对象建立健康行为<sup>[9, 11]</sup>。与此同时,医疗机构须建立可测量的指标以评估健康素养促进措施的绩效,尤其要把低健康素养人群纳为评估对象,使用简单易懂的评估工具并协助他们完成调

查(特征②);(2) 医务人员不贬低、批评或轻视低健康素养人群,避免将其污名化(特征⑤),并在交流过程中采取通俗用语(plain language)和回授法(teach-back)等健康素养策略<sup>[12-15]</sup>。医疗机构应规定员工与低健康素养人群沟通的内容、方式和注意事项(特征⑥);(3) 员工可采用口头交流为主印刷材料为辅的方式帮助服务对象理解医疗信息。医疗机构可额外安排导医人员满足服务对象的健康信息需求(特征⑤)。健康素养策略的应用对象包括所有服务人群,不局限于低健康素养人群,这是出于所有服务对象均有可能无法正确理解健康信息的考虑,即健康素养普及预防措施(health literacy universal precautions)<sup>[9, 16]</sup>; (4) 医疗机构应为服务对象提供行使医疗决策权的机会,最大限度地促使服务对象参与健康信息的开发与评价过程和医疗服务的设计、实施和评价过程(特征④)<sup>[7, 17]</sup>; (5) 医疗机构还应重视患者的知情同意权,通过使用通俗易懂的交流用语和易于理解的知情同意书,确保患者在高风险情景(如用药、手术、出院等)时充分了解信息并做出医疗决策。开展药物宣教时,医务人员可定期让服务对象回述药物医嘱,而开展出院指导时可发放书面健康信息材料(特征⑨); (6) 医疗机构员工还应与服务对象沟通,使其明确医疗费用(特征⑩)。

3 国外 HLHO 评价现状

3.1 《健康素养型医疗机构的 10 个特征问卷(The Health Literate Health Care Organization 10 Item Questionnaire, HLHO-10)》 HLHO-10 是德国 Kowalski 等<sup>[18]</sup>于 2015 年基于《HLHO 10 个特征》开发的。HLHO-10 共有 10 个条目,分别对应 HLHO 的 10 个特征,用于衡量医疗机构与《HLHO 10 个特征》的符合程度。HLHO-10 的调查对象为医疗机构内的员工。每个条目使用 Likert 7 级量表赋值,医疗机构在该条目的得分越高,说明医疗机构在该特征上越符合 HLHO 的设定。Kowalski 等<sup>[18]</sup>通过对德国 51 家医院的调查测得其 Cronbach's  $\alpha$  系数为 0.89。HLHO-10 已在德国、美国、土耳其和意大利的多所医院、AMC 和残疾人服务机构得到了应用,在不同类型医疗机构间呈现出良好的区分度<sup>[18-22]</sup>。

3.2 HLHO 应用现状 HLHO-10 自开发以来,已在 4 个国家的 5 项调查中得到应用。2015 年 Kowalski 等<sup>[18]</sup>在开发和验证 HLHO-10 的过程中调查了德国 51 所乳腺专科医院;2017 年 Prince 等<sup>[21]</sup>对美国一家 AMC 进行调查;2018 年 Hayran 等<sup>[20]</sup>对土耳其 3 所医



院开展调查;2020 年 Bonaccorsi 等<sup>[19]</sup>调查了意大利 20 家医院;2020 年 Rathmann 等<sup>[22]</sup>对德国 130 所中小型残疾人服务机构展开调查。

上述调查发现,HLHO-10 的总平均得分与医院类型显著相关。在土耳其的研究中,大学附属医院得分最高(5.57±0.42)分,州立医院(4.60±0.89)分和私立医院次之(4.05±1.50)分( $P=0.017$ );而在意大利的研究中,私立医院得分最高(5.94±1.16)分、公立教学医院(5.37±1.44)分和公立医院(5.27±1.58)分次之( $P<0.05$ )<sup>[19-20]</sup>。此外,HLHO-10 的总平均得分与员工学历水平显著相关,具有大学或更高学历员工的 HLHO-10 评分较低( $P<0.05$ )<sup>[21]</sup>。

在 5 项 HLHO 调查中,仅 4 项研究罗列了 HLHO-10 各条目的得分。在此 4 项研究中,有关员工培训、健康信息材料的条目得分较低,而与提供可及的医疗服务相关的条目得分较高,具体如下:在美国学术中心的调查中,条目 9(特征⑩:医疗费用告知)、条目 10(特征③:员工培训)在 HLHO-10 的 10 个条目中得分最低,分别为(4.26±2.54)分和(4.45±2.4)分,而条目 6(特征⑦:提供可及的医疗服务)得分最高(5.33±2.29)分。在德国乳腺专科医院的研究中,条目 4(特征⑤:避免将服务对象污名化)与其他条目相比得分最低,而条目 8(特征⑨:关注高风险情景下患者的健康素养)得分最高(3.57±1.65)分和(6.04±0.95)分。在德国残疾人服务机构调查中,条目 3(特征④:服务对象参与健康信息开发)和条目 6(特征⑦:提供可及的医疗服务)分别是得分最低和最高的两项(3.90±1.70)分和(5.40±1.50)分。在意大利的调查中,得分最低(3.86±2.14)分的条目为条目 10(特征③:员工培训),条目 4(特征⑤:避免将服务对象污名化)为 10 个条目中得分最高(5.97±1.54)分。

此外,医院为患者提供非临床服务的质量随 HLHO-10 评分的增加而上升( $P<0.001$ )。医院 HLHO-10 得分越高,则其对患者提供的健康信息的越充分,且呈线性相关( $\beta=0.09, P<0.05$ )。

#### 4 国外健康素养型医疗机构建设与评价现状及对我国的启示

《健康中国行动(2019—2030 年)》将“医务人员正确提供健康指导”和“建立医务人员健康教育考核机制”列为倡导性和约束性指标。IOM 的《HLHO 10 个特征》文件中要求医务人员参与培训并为服务对象提供健康指导及承担健康教育责任,同时还提供了考核医务人员健康教育能力的内容和维度,并拓展了

医务人员健康指导的广度和深度以及强调了医疗机构层面在健康教育和健康促进的作用。《HLHO 10 个特征》文件与《健康中国行动(2019—2030 年)》中有关“医务人员正确提供健康指导”和“建立医务人员健康教育考核机制”存在共性。本文首次在国内对 HLHO 的特征、建设措施及评价现状展开综述,为落实《健康中国行动(2019—2030 年)》中的上述 2 项指标提供参考。

4.1 我国医疗机构落实《健康中国行动》倡导性和约束性指标时,可借鉴《HLHO 10 个特征》文件部分内容当前我国医疗机构在健康教育和健康促进上存在领导层执行力有所缺乏、医务人员健康教育能力不足、健康教育工作缺乏规范标准等不足<sup>[23-26]</sup>。我国医疗机构在落实《健康中国行动》中的倡导性指标——“医务人员正确提供健康指导”时,可以借鉴《HLHO 10 个特征》文件中的特征①、③、④、⑥、⑧和⑨:(1)首先,领导层应倡导重视患者健康教育的医院文化,可通过文化建设提升医务人员的核心价值观,主动为患者提供优质的健康服务<sup>[27]</sup>。其次,领导层应在医院内建立和实施患者健康教育指导制度,并提供资金和人力资源的支持(特征①);(2)医疗机构应通过培训提升医务人员健康知识科普能力,为不同层级和岗位的员工制定培训目标。主要培训对象除了护士<sup>[28]</sup>,还应纳入临床医生、医技人员<sup>[29]</sup>。培训方式包括在线培训及线下课程等。通过质量改进措施对培训的过程和效果进行监测和优化(特征③);(3)医疗机构应制定医患沟通指南和流程,培训医务人员使用沟通技巧,如通俗化用语(plain language)和回授法(teach-back)等帮助患者充分理解健康信息<sup>[12-14]</sup>(特征⑥)。我国研究人员开发的《医疗知情同意书参考指南》《医疗服务重点环节沟通指南》,有助于建立标准化医患沟通模式、提高医务人员的医患沟通技能<sup>[30-31]</sup>;(4)研究表明,我国医疗机构较少评估健康教育材料的通俗易懂性<sup>[32]</sup>。为了提高健康教育效果,医疗机构应提供文字、视听及社交媒体形式的健康教育材料,并纳入患者参与健康教育资料的开发过程及获得患者在对健康信息材料的应用反馈,以确保健康信息材料通俗易懂(特征④、⑧);(5)医疗机构应规定医务人员不贬低或轻视低健康素养水平或识字和计算能力有限的患者。此外,医疗机构要重视高风险情景(转诊、出院、用药指导)下对患者的健康教育,确保医务人员宣教到位。在用药宣教时医务人员可以使用药盒、服药卡、服药图表等工具使健康指导更加到位(特征⑨)。

我国医疗机构在落实《健康中国行动》中的约束

性指标——“建立医务人员健康教育考核机制”时,可参考《HLHO 10 个特征》文件中的特征①、②、③和⑥。(1)医疗机构领导层应在整个机构范围内建立健康教育和健康促进的绩效考核机制,并完善监管制度<sup>[33]</sup>。(特征①);(2)医疗机构应通过可测量的指标考核医务人员的工作,并纳入患者参与对医务人员的评价(特征②);(3)医疗机构应根据医患沟通的指南和流程来制定对医务人员健康宣教工作的绩效考核内容,其中要包含对医患沟通能力的考核(特征⑥);(4)医疗机构应对医务人员的培训过程和效果进行监测,考察其健康教育和健康促进的能力(特征③)。

综上,从结构要素而言,在落实《健康中国行动》中“医务人员正确提供健康指导”和“建立医务人员健康教育考核机制”2 项指标时,强有力的领导层支持是前提。其次,医疗机构为医务人员安排培训,改善员工的医患沟通技巧是医务人员掌握健康科普知识的必要条件;医务人员的健康宣教能力是健康教育和健康促进的绩效考核的重要内容。再者,医疗机构改进导医设施,提供适宜的文字、视听及社交媒体形式的患者健康教育资料,为医务人员和患者建立良好的支持性环境,是促进医务人员提高健康指导效果的关键措施。

从过程要素而言,医疗机构需要采取质量改进措施,如改善员工的医患沟通技巧等。此外,医疗机构纳入患者参与到对医务人员健康教育工作的考核中,能够增加医务人员健康教育工作绩效考核的评估维度,更全面地评价医务人员的健康教育能力。采取健康宣教策略是医务人员开展健康指导的基本方法,尤其在面对低健康素养人群时医务人员要避免将其污名化;高风险情景(如用药、手术、出院等)是医务人员开展健康教育的关键场合。因此,医疗机构对医务人员健康教育绩效考核中尤其要纳入低健康素养的患者,并重点评价医务人员在高风险情景下的健康教育能力。

4.2 我国医疗机构落实“健康促进绩效考核”约束性指标,可借鉴 HLHO-10 相关条目 “建立医疗机构开展健康教育和健康促进的绩效考核机制”是《健康中国行动(2019—2030)》中提出的针对医疗机构的约束性指标。根据《HLHO 10 个特征》文件发展而来的 HLHO-10 可为落实该约束性指标提供参考。HLHO-10 得分的高低反映了医疗机构为患者提供的健康教育的质量和健康信息的充分程度。因此,一方面我国卫生行政部门可应用类似 HLHO-10 的测量工具,来评估医疗机构健康教育和健康促进工作情况及医院提高服务对象健康素养的能力;另一方面,我国医疗机构可以使用类似 HLHO-10 的评估工具开展自我

评估,以确定医疗机构内需要改进的领域并制定质量改进计划<sup>[34]</sup>。

国外应用 HLHO-10 的调查研究发现,HLHO-10 的得分受医疗机构类型与医务人员学历水平影响,如大学附属医院与私立医院的得分不同,高学历员工的 HLHO-10 评分较低学历员工低。因此,卫生行政部门对医疗机构开展健康教育绩效考核时,可能需要根据医院的类型建立不同的考核标准;此外,医疗机构需要对不同学历医务人员采取不同的培训方案,以使不同学历的员工都能充分掌握医院健康教育和健康促进工作的必要性和具体措施。国外 HLHO 调查发现,医疗机构对员工培训、健康信息材料规范化的意识相对薄弱,而对提供可及的医疗服务方面重视程度较高。因此,我国卫生行政部门在对医疗机构进行绩效考核时,需要重点关注医疗机构的薄弱环节。

此外,由于 HLHO-10 的调查对象仅为医疗机构员工,我国医疗机构在落实“健康促进绩效考核”约束性指标时,还应将患者纳为调查对象,患者是健康信息的接收者和医疗服务的利用者,从他们的角度评估医疗机构的健康教育和健康促进工作更为客观。因此,卫生行政部门在考核医疗机构时,除了调查医院员工,还应结合患者对医疗机构医疗素养的评价结果,以综合评价医疗机构的健康教育和健康促进工作。

## 5 小 结

以《HLHO 10 个特征》文件是国外医疗机构开展 HLHO 建设的有效途径。我国医疗机构在落实《健康中国行动(2019—2030 年)》中有关“医务人员正确提供健康指导”和“建立医务人员健康教育考核机制”的 2 项倡导性和约束性指标时,可参考《HLHO 10 个特征》文件,从结构和过程要素两方面采取措施。此外,我国医疗机构可参考国外 HLHO 的评价现状,建立全面、高效的健康促进绩效考核机制。

## 参考文献

- [1] 国务院. 国务院关于实施健康中国行动的意见[EB/OL]. (2019-07-15) [2020-10-15]. [http://www.gov.cn/xinwen/2019-07/15/content\\_5409694.htm?utm\\_source=UfqiNews](http://www.gov.cn/xinwen/2019-07/15/content_5409694.htm?utm_source=UfqiNews).
- [2] Brach C, Keller D, Hernandez L, et al. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations[J]. NAM Perspectives, 2012, 2(6): 1-26.
- [3] Institute of Medicine. How can health care organizations become more health literate: workshop summary[M]. Washington, DC: the National Academies Press, 2012.
- [4] Khorasani EC, Sany ST, Tehrani H, et al. Review of organizational health literacy practice at health care centers: outcomes, barriers and

- facilitators[J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2020, 17(20): 7544.
- [5] Donabedian A. Evaluating the quality of medical care[J]. *Milbank Mem Fund Q*, 1966, 44(3): Suppl 166–206.
  - [6] Farnanova E, Bonneville L, Bouchard L. Organizational health literacy: review of theories, frameworks, guides, and implementation issues [J]. *Inquiry*, 2018, 55: 1–17.
  - [7] Koh HK, Brach C, Harris LM, et al. A proposed ‘health literate care model’ would constitute a systems approach to improving patients’ engagement in care[J]. *Health Aff*, 2013, 32(2): 357–367.
  - [8] Adsul P, Weay R, Gautam K, et al. Becoming a health literate organization: formative research results from healthcare organizations providing care for undeserved communities [J]. *Health Serv Manage Res*, 2017, 30(4): 188–196.
  - [9] Prince LY. Assessing organizational health literacy at an academic health center: a quantitative research study [D]. Fayetteville: University of Arkansas, 2017.
  - [10] Hayward B, Sinclair S, Martin-Babin M, et al. Creating health literate consumer resources: insights from a professional development program[J]. *Health Lit Res Pract*, 2020, 4(3): 185–189.
  - [11] Dewalt DA, Callahan LF, Hawk VH, et al. Health literacy universal precautions toolkit [M/OL]. North Carolina: AHRQ Publication. 2010 [2020-10-15]. [https://hsl.lib.unc.edu/wp-content/uploads/2018/08/toolkit\\_w\\_appendix-1.pdf](https://hsl.lib.unc.edu/wp-content/uploads/2018/08/toolkit_w_appendix-1.pdf).
  - [12] Javadzade M, Sharifirad GH, Reisi M, et al. Applying the theory of planned behavior to predicting nurse’s intention and behavior in using health literacy strategies in patient education[J]. *Iran J Nurs Res*, 2015, 28(97): 23–33.
  - [13] Cafiero MR. Nurse practitioners’ knowledge, experience, and intention to use health literacy strategies in practice [D]. New York: Columbia University, 2012.
  - [14] Ayre J, Bonner C, Cvejic E, et al. Randomized trial of planning tools to reduce unhealthy snacking: implications for health literacy [J]. *PLoS One*, 2019, 14(1): 1–17.
  - [15] Baker DW, Dewalt DA, Schillinger D, et al. “Teach to Goal”: theory and design principles of an intervention to improve heart failure self-management skills of patients with low health literacy [J]. *J Health Commun*, 2011, 16(3): 73–88.
  - [16] Dewalt DA, Brouckson KA, Hawk V, et al. Developing and testing the health literacy universal precautions toolkit[J]. *Nurs Outlook*, 2011, 59(2): 85–94.
  - [17] Frosch DL, Elwyn G. Don’t blame patients, engage them: transforming health systems to address health literacy [J]. *J Health Commun*, 2014, 19(2): 10–14.
  - [18] Kowalski C, Lee SY, Schmidt A, et al. The Health Literate Health Care Organization 10 Item Questionnaire (HLHO-10): development and validation [J]. *BMC Health Serv Res*, 2015, 15: 47.
  - [19] Bonaccorsi G, Romiti A, Ierardi F, et al. Health-literate healthcare organizations and quality of care in hospitals: a cross-sectional study conducted in Tuscany [J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2020, 17(7): 2508.
  - [20] Hayran O, Ozer O. Organizational health literacy as a determinant of patient satisfaction [J]. *Public Health*, 2018, 163: 20–26.
  - [21] Prince LY, Schmidtk C, Beck JK, et al. An assessment of organizational health literacy practices at an academic health center [J]. *Qual Manag Health Care*, 2018, 27(2): 93–97.
  - [22] Rathmann K, Vockert T, Wetzel LD, et al. Organizational health literacy in facilities for people with disabilities: first results of an explorative qualitative and quantitative Study [J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2020, 17(8): 2866.
  - [23] 李奇, 祝益民, 赵向荣. 提高执行力是医院管理的核心 [J]. *实用预防医学*, 2013, 20(7): 894–895.
  - [24] 王婧, 崔苗, 商临萍. 医院健康教育路径开展现状及对策 [J]. *全科护理*, 2018, 16(10): 1269–1271.
  - [25] 王晓辉, 张铭, 蒲永杰, 等. 兰州市医院健康教育现状与对策研究 [J]. *中国健康教育*, 2020, 36(4): 349–352.
  - [26] 乐丽丽. 襄樊市医院健康教育现状分析 [J]. *实用预防医学*, 2010, 17(9): 1899–1900.
  - [27] 邹霞, 王小雨. 新形势下对社会医疗机构医院文化建设的探讨与思考 [J]. *现代医学与健康研究电子杂志*, 2018, 2(1): 182–198.
  - [28] 赵琦, 董菊, 刘青萍, 等. JCI 标准下临床健康教育模式的改进 [J]. *中国医院管理*, 2015, 35(8): 69–70.
  - [29] 卢岩, 胡晓宇, 刘琪, 等. 大型综合性医疗机构健康教育模式和激励机制的探索 [J]. *现代医院管理*, 2020, 18(4): 1–4.
  - [30] 高树宽, 郑雪倩. 促进医患沟通的有效工具:《医疗知情同意书参考指南》[J]. *中国医院*, 2011, 15(3): 2–4.
  - [31] 谢志娟, 吉建伟, 周晓艳, 等. 基于《医疗服务重点环节沟通指南》的和谐医患关系构建 [J]. *中国医院管理*, 2015, 35(8): 19–21.
  - [32] 汪秋伊, 谢伦芳, 王蕾, 等. 健康教育材料可读性测评工具的研究进展 [J]. *中国健康教育*, 2019, 35(1): 66–71.
  - [33] 杨凌霄, 刘月树. 医院健康教育的现状、问题及其改进措施研究—以云南省楚雄市公立医院为例 [J]. *南京医科大学学报(社会科学版)*, 2014, 14(5): 382–386.
  - [34] 薛子豪, 童莺歌, 吴怡雪, 等. 健康素养型医疗机构评价工具的研究进展 [J]. *现代预防医学*, 2021, 48(4): 590–593.

收稿日期: 2021-02-10