

• 卫生管理 •

区县医疗机构建立综合护理门诊的实践与探讨

夏 红¹,徐乾凤²,刘淑益³,钟静知^{4△}

(1. 重庆市武隆区人民医院护理部,重庆 408599;2. 重庆市武隆区人民医院儿科,重庆 408599;
3. 重庆市武隆区人民医院急诊科,重庆 408599;4. 重庆医科大学附属第一医院老年病科,重庆 400016)

[摘 要] **目的** 探讨区县级医疗机构建立综合护理门诊的意义及效果。**方法** 该院于 2024 年 3 月开设综合护理门诊,通过制定规章制度,确定岗位职责,培养并选拔符合资质的专科护士坐诊,为患者提供伤口造口护理、引流管维护、深静脉置管维护及母婴喂养指导等,参与全院疑难伤口护理会诊、全院伤口造口及压力性损伤等培训,参与科研及相关制度修订。最终根据门诊患者就诊人次、平均就诊等候时间、患者满意度和综合成本效益对综合护理门诊实践效果进行评价。**结果** 综合护理门诊运行后,半年内就诊人次 3 034 例,参与护理会诊 210 例次,参与护理培训 3 例次。与运行前比较,患者平均等候时间显著缩短,患者满意度显著提高,门诊接诊量与门诊换药室同比增长 58.27%,收入同比增加 76.64%,门诊总收入同比增加 81.13%,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 区县级医疗机构综合护理门诊的建立和运行能够有效满足患者多元的就医需求,落实分层诊疗的同时,提高患者就医体验,提升了护理人员的专业技能和职业价值感。

[关键词] 专科护士; 护理门诊; 分层诊疗; 成本效益; 患者满意度

DOI:10.3969/j.issn.1009-5519.2026.01.045 **中图法分类号:**R197.323

文章编号:1009-5519(2026)01-0230-04 **文献标识码:**C

随着社会老龄化进程的加速和人民健康意识的提高,当前护理领域的主要矛盾已经转化为人民群众日益增长的护理服务需求与供给相对不足之间的矛盾^[1]。传统单一的病房护理模式已不能满足当前患者多元的护理需求,随着护理工作内涵及护理服务范围的不断拓展,护理门诊应运而生^[2]。国外及我国三级医院持续兴起由专科护士主导的护理门诊,且取得一定成效^[3-4],护理门诊的设立具有必要性^[4]。然而,目前我国区县级医疗机构护理门诊的设立尚处于探索阶段,如何在县域条件下设立护理门诊,以满足区县患者多元的护理需求,以降低医疗成本支出、提高患者满意度,更好的落实分层诊疗,近年来本院不断创新护理服务模式,2024 年 3 月设立以专科护士为主导的综合护理门诊。综合护理门诊以满足门诊患者需求为导向,以提供专科化、多元化的护理服务为目标,融合了导管维护、烫伤护理、伤口造口护理及失禁护理等多项护理服务,取得一定成效,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料

1.1.1 医院一般概况 重庆市武隆区人民医院是一所集医疗、教学、科研、预防、康复保健、急救为一体的三级综合医院,以人民医院为总院,妇幼保健院和仙女山街道社区卫生服务中心为分院,编制床位 809 张,其中总院 580 张、妇儿分院 199 张、仙女山分院 30 张,年门、急诊量达 44 万余例次。

1.1.2 护理门诊服务对象 结合基层医疗机构的定位和功能,本院综合护理门诊覆盖全生命周期、多健康状态的群体,服务人群包括:慢性病患者、术后康复

者、母婴及老年人等。

1.2 方法

1.2.1 综合护理门诊的设立 综合护理门诊设在门诊区域,为独立诊室,诊室占地面积约 50 m²,包括 1 间就诊室和 1 间清创换药室,有医务人员通道和患者通道,并根据院感要求划分有清洁区、污染区和感染区。候诊区设置自助挂号缴费机、电子导诊屏、自助取号机、座椅、健康教育显示屏(播放护理知识)、饮水机等。就诊室配备电脑、分诊叫号系统、基础护理工具(血压计、血糖仪、身高体重秤)、婴儿体重秤、急救设备(急救箱、氧气瓶、AED 除颤仪)、患者教育模型(如糖尿病足模型、母乳喂养指导模型)等。清创换药室配备诊疗床(带隔帘)、操作台、医用洗手池、紫外线消毒灯、超声清创仪、负压吸引装置、敷料储存柜、伤口清创包、心电监护仪等。

1.2.2 综合护理门诊工作制度的制定 2024 年 2 月由护理部牵头制定综合护理门诊工作制度。经过院领导及全院护士长的多次讨论修订,最终形成了包括 5 个板块 20 个章节的综合护理门诊工作制度,5 个板块为:资质授权管理、质量评价标准、院感与控制、耗材管理及消毒隔离制度。

1.2.3 门诊护士培养与选拔 为开设综合护理门诊,本院先后派遣 6 名护理人员前往重庆医科大学附属第一医院、重庆医科大学附属第二医院、四川省成都市乐山区人民医院进修学习,并参加重庆市护理学会举办的伤口造口、静脉治疗及经外周静脉穿刺中心静脉置管(PICC)专科护士培训并取得证书,学习了包括 PICC 及输液港维护、婴幼儿烫伤早期修复“TIME-

△ 通信作者,E-mail:156847974@qq.com。

Ⅱ”模式的应用,伤口拆线技术、造口袋更换及造口并发症预防及处理等知识。2024 年 2 月对培养的门诊护士进行理论考核,平均分 92.5 分,合格率为 100%,技能操作考核,平均分 94.5 分,合格率为 100%。

根据本院门诊就诊人群特点,结合临床实践能力、科研教学能力选拔具备以下条件的护士作为门诊出诊护士:(1)具备专科护士证书或专业培训结业证书;(2)具备主管护师及以上职称,以医院聘任为准;(3)熟练掌握伤口造口、压力性损伤、糖尿病足、动静脉溃疡、失禁性皮炎、PICC 维护、引流管维护及母婴喂养等的护理操作,专科操作及理论考核成绩达 90 分以上;(4)熟悉院内护理会诊流程;(5)遵守医学法规及医院相关规章制度。共选拔出 5 名专科护士,从事临床护理工作 10~17 年,均为女性,平均年龄 33.6 岁,均为本科学历,副主任护师 1 名,主管护师 4,分别擅长伤口造口护理、失禁性皮炎护理、静脉溃疡、管道护理等。由所在科室护士长申请、护理部审核、医院护理质量与安全管理委员会审核通过后,报法规科审核备案予以授权,处方药物由急诊科医生开具。

1.2.4 综合护理门诊护士工作内容 护理门诊依托区县医院专科能力,提供区域性特色护理,落实公共卫生服务,承担社会责任。通过分层分类服务,既能满足常见护理需求,又能依托区域医疗中心支持处理部分专科问题,在分级诊疗体系中起到“承上启下”的作用,替代三级医院简单护理操作,减少患者往返奔波。主要工作内容包括:(1)基础护理。定期监测(血压、血糖等)、用药指导与依从性监督、并发症预防(如糖尿病足筛查)等。(2)伤口护理。各类急性和慢性伤口的处理,如外伤缝合后换药、术后切口换药、拔管、拆线、压力性损伤、烧烫伤等。(3)造口护理。指导患者和家属更换造口袋、处理造口及造口周围并发症;(4)管道护理:留置尿管、鼻饲管置管、PICC、中心静脉导管(CVC)、输液港维护、胃肠管造瘘等;(5)孕期健康教育、产后伤口护理、母乳喂养指导。(6)负责全院疑难伤口护理会诊,指导病区护士进行伤口护理;(7)负责伤口、造口、失禁等护理专业知识的全院教育培训,开展区内伤口造口培训班;(8)进行科研、培训及修订标准规范等。

1.2.5 门诊就诊流程 开诊时间周一至周日,上午 08:00~12:00,下午 13:30~17:00。每天由 1 名专科护士坐诊,具备门诊出诊资质的护士轮流出诊。患者可通过医院自主挂号机、人工收费窗口、医院公众号等方式挂号,并自主分时段进行线上预约,部分患者由医师门诊转诊至本门诊。具体就诊流程为:导医护士引导就诊,协助患者取号签到;接诊护士按照签到顺序叫号接诊;根据患者需求完成处置、个性化护理宣教并计费;结合患者情况安排治疗频次;书写电子病历,需记录相关护理评估结果及具体护理措施;根据患者情况或转介至相应医疗门诊进行就诊;患者可使用手机或到收费窗口完成缴费。

1.2.6 质量控制

1.2.6.1 成立综合护理门诊管理小组 综合护理门诊团队实行护理部-护理组长-护理骨干的三级护理管理模式。护理部负责制定并不断完善综合护理门诊管理制度及流程,制订开诊计划、年度工作计划、中心研究课题等。护理组长 1 名,组织完成坐诊护理人员专科理论考核、技能考核、出诊护士排班、院内伤口会诊管理、组织培训、质量管理、组织科研及论文的撰写。护理骨干 4 名,负责护理工作量统计、病区疑难伤口会诊及指导、辅助病区护士进行伤口护理、院区宣传推广及区域内继续教育相关培训等工作。

1.2.6.2 建立综合护理门诊工作日志 工作日志由每天出诊护士进行统计,每月组长进行汇总,护理部进行质量把控。工作日志主要内容包括综合护理门诊患者就诊人次统计表、综合护理门诊就诊患者信息登记表、耗材登记表、课题研究对象统计表。

1.2.6.3 门诊护士绩效考核方案 由护理部制定经院办公会同意实施。在公平公正、多维评价及动态调整的原则上,通过考核,以达到客观评价门诊护士工作质量,提升护理服务水平;建立激励与约束机制,促进护士职业发展;保障患者安全,提高患者满意度的目的。考核方式分为日常考核(60%)和定期考核(40%)。日常考核由护理部每周抽查。定期考核包括季度考核和年度考核:技能操作考试、理论笔试。由护理部和院级质控组长决定具体考核维度及权重,具体是:工作质量(30%)、工作效率(20%)、专业能力(20%)、服务态度(15%)、团队协助(15%)。考核优秀者(90~100 分)绩效奖金上浮 10%~20%,优先晋升、评优;良好者(80~<90 分)全额绩效奖金,针对性培训提升;合格(70~<80 分)绩效奖金按 80%发放,制定改进计划;待改进(<70 分)扣发绩效奖金,调岗或脱岗培训,连续 2 次评为待改进则转岗或解除合同。此外,还增设加分项和扣分项,如患者书面表扬、提出合理化建议并被采纳、参与重大抢救或公益活动等可加分;出现护理差错、有效投诉及未完成培训学时等,根据严重程度给与扣分。护士对考核结果有异议,可于 3 个工作日内申请复核。护理部每年根据执行情况进行修订。

1.2.7 效果评价

1.2.7.1 门诊工作量、经济效益情况 统计综合护理门诊自 2024 年 3 月运行以来的门诊工作量、经济效益情况、人才培养及论文发表数量。

1.2.7.2 患者满意度 就诊患者通过扫描满意度调查二维码对诊疗进行评价,评价内容包括 5 个方面:护士仪容仪表、诊室环境、就诊流程、服务态度、诊疗技术,采用 Likert 5 级评价,满分 100 分,得分>95 分为很满意,95~<90 分为满意,90~<80 分为一般,80~60 分为较差,<60 分为不满意;同时,患者可以对就诊过程提出建议与意见。将 2024 年 3—9 月的患者满意度结果与 2023 年 3—9 月门诊换药室的患者满意度进行比较。

1.2.7.3 门诊等待时间 患者候诊等待时间为患者

到分诊台或通过信息系统(自助机、App 等)签到的时间至门诊护士点击叫诊系统的时间间隔^[3]。从医院信息系统调取综合护理门诊患者就诊数据,包括患者签到时间、护士叫号时间。

1.3 统计学处理 应用 SPSS26.0 统计软件对数据进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,正态分布或者近似正态分布的数据使用平均数、标准差描述,组间比较采用两独立样本 t 检验。计数资料采用频数、百分比进行描述,组间比较采用秩和检验及 χ^2 检验,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义,非参数效应量进行辅助分析。

2 结 果

2.1 综合护理门诊工作量 从 2024 年 3—9 月接诊患者共 3 034 例次,从开诊当月就诊患者 287 例次逐渐递增至 509 例次,单日最高 67 例次,研究期间综合护理门诊工作内容及占比见表 1。

2.2 综合护理门诊经济效益 与 2023 年 3—9 月门诊换药室比较,接诊量同比增长 58.27%;2024 年 3 月与 2 月门诊接诊量环比增长 63.71%。综合护理门诊与门诊换药室收入同比增加 76.64%,门诊总收入同比增加 81.13%。

2.3 患者候诊时间比较 综合护理门诊运行前后门诊换药室比较,患者候诊时间明显缩短,差异有统计学意义($t=29.312, P < 0.001$)。见表 2。

2.4 患者满意度比较 2024 年 3—9 月综合护理门诊平均满意度为 94.50%,且呈逐渐上升趋势。见表 3,收到患者表扬锦旗 5 面,0 投诉。综合护理门诊患者满意度与 2023 年同期换药室比较,差异有统计学意义($Z=12.89, \chi^2=625.4, P < 0.001$)。见表 3。

表 1 综合护理门诊工作量情况($n=3\ 034$)

项目	接诊量(例次)	构成比(%)
输液港维护	174	5.73
PICC 维护	306	10.08
导管护理	57	1.79
伤口护理	2 406	79.30
造口护理	28	0.92
烧烫伤	58	1.91
压力性损伤	3	0.10
糖尿病足、动静脉溃疡	2	0.89

表 2 综合护理门诊运行前后患者候诊时间比较

时间	接诊量(例次)	候诊等待时间($\bar{x} \pm s, \text{min}$)
2023 年 3—9 月	1 917	7.73 \pm 3.15
2024 年 3—9 月	3 034	3.72 \pm 1.89 ^a

注:与 2023 年 3—9 月比较, $t=29.312, ^aP < 0.001$ 。

表 3 综合护理门诊运行前后患者满意度比较 [$n(\%)$]

时间	n	很满意	满意	一般	较差	不满意	合计
2023 年 3—9 月	1 917	752(39.23)	682(35.58)	367(19.14)	89(4.64)	27(1.41)	1 801(93.95)
2024 年 3—9 月	3 034	1 595(52.57)	1 272(41.92)	97(3.20)	57(1.88)	13(0.43)	2 964(97.69) ^a

注:与 2023 年 3—9 月比较, $Z=12.89, \chi^2=625.4, ^aP < 0.001$ 。

2.5 院内伤口、造口会诊 研究期间综合护理门诊小组成员培养院级伤口造口护士 40 余名;参与床旁会诊 105 次,其中管理会诊 90 次,业务会诊 15 次,开展疑难伤口案例讨论 5 次,参与院级护理培训 3 例次。

2.6 学术与科研 综合护理门诊小组成员成功申报市级 I 级继续教育培训 2 次,参与省级课题研究 2 项,成功申报区级科研项目 1 项,发表论文 1 篇,根据婴幼儿烧伤早期修复“TIME-II”模式课题研究成果成功护理案例 1 例。

3 讨 论

3.1 区县级医院综合护理门诊的服务定位与区域适配性探讨 随着中国老龄化人口的迅速增长,老年慢性病发病率不断上升,门诊各类急慢性伤口、各类导管维护等需求呈上升趋势^[5],医疗机构建立以护理主导的专科门诊已成为必要。区县级医院综合护理门诊的设立,应充分考虑当地患者需求、医院护理人员现况、医疗需求、门诊就诊人次及常住人口量等因素,找准护理门诊的服务定位,选择与区域适配度高的模式。重庆三级甲等医院护理主导的专科门诊类别多、

专科独立性强^[6],但距离、主城医院一号难求等问题,给山区人民就诊造成了不便。如何缓解重庆“大医院拥挤、基层医院闲置”的结构性矛盾,实现基层医疗资源优化,是区县级医院值得探索的问题。本院作为一所综合性区县级医院,虽不断拓展及提升本院业务范围和能力,但仍然面临着门诊患者多样化需求,专科护士配备不足,距离重庆市区直属三甲医院较远等诸多问题,而综合护理门诊的建立能助力医院更好实现“承上启下”的中枢作用。在综合护理门诊建立前期,院方开展了多次门诊患者需求调研,分析发现随着重庆市老龄化的加剧^[7],国家鼓励生育政策的推广,现代医疗护理技术的快速发展,带各种管道(中心静脉、胃管、尿管等)出院的患者、带仪器(胰岛素泵、血糖监测仪等)出院的患者、多胎产妇等在区县级医院中占比越来越大,门诊患者的需求远不止以往单纯的清创换药,还包括老年病人慢病管理、母婴喂养等。此外,通过对本院专科护士岗位使用情况、医护人员对护理门诊业务需求的调研,最终在前期门诊换药室的基础上,改建设立了由专科护士主导的综合护理门诊。通过实践,本院综合护理门诊的设立能基本满足目前区

域内患者的需求,承接三级医院下转的慢性病管理、术后康复患者,处理乡镇及社区不能解决的护理需求,免去了往返重庆主城的奔波劳累,给区县人民看病带来便捷以外,推动分级诊疗落地,也实现了山区患者延续性护理的可及性突破。

3.2 多利益相关者视角探讨综合护理门诊意义 区县级医院综合护理门诊的建立,将直接对患者、护士和医院造成影响。对于患者而言,因地处重庆山区,综合护理门诊的设立能减少患者跨区就诊成本,通过优化健康管理路径改善就医体验。研究表明,区县级医院覆盖的慢性病患者(如糖尿病、高血压)通过护理门诊的定期随访,用药依从性提高 32%,并发症发生率下降 19%^[8]。与传统门诊相比,本院综合护理门诊使患者平均候诊时间缩短 52%,特别是术后康复患者,能在伤口护理、管路管理等方面获得连续性服务,降低再次入院率^[9]。但由于本院专科护士人员、专业范围有限,部分患者的专科服务需求未完全满足,需在后期进一步加强专科护士培养,进一步拓展综合门诊服务范围,提升基层患者健康服务的可及性。

对于护士而言,综合护理门诊的建立重构了护士的职业角色定位。研究表明,通过开展独立接诊、制订护理方案等高级实践,护士的核心能力评分提升 28.7 分($P < 0.01$)^[10],其专业自主权得到制度性确认。参与门诊的护士职业倦怠量表评分从 68.5 分降至 52.3 分,显著优于传统病房护士($P = 0.003$)^[11]。同时,护理专业价值得以提升,护理角色从“辅助执行”向“独立决策”的转变,如伤口造口护士通过参与门诊,其循证决策能力提升 41%^[12]。但目前国内护理专科门诊普遍面临绩效管理体系未明确^[13],门诊专科护士处方权范围等问题。科学的绩效管理通过量化护理人员工作量与质量指标可显著提高门诊运行效率^[14]。本院综合护理门诊的绩效管理方案充分征求了出诊护士的意见,护士对绩效方案基本满意,后期会在精细化管理方面进一步加强。门诊专科护士处方权一方面有利于为患者提供更加优质的服务,另一方面可以缓解就医压力,增加初级医疗服务的可及性。但目前区县医院专科护士门诊处方权的落实及范围均待进一步的论证优化。

对于医院而言,综合护理门诊的设立能提升服务效能,落地分级诊疗。从运营管理维度来看,综合护理门诊能使区县级医院的门诊服务容量扩大 18%~23%^[15]。DRG 支付改革背景下,护理门诊通过精细化护理成本核算,可以使单病种耗材浪费下降 18%,人力成本节约 12%^[16]。此外,这种模式有效承接了三级医院下转患者,如某县域医共体内下转率从 7.2% 提升至 21.8%,推动“急病到三级,慢病回基层”的就医新秩序。本院综合护理门诊设立后,门诊就诊量逐月递增,就诊等候时间逐渐缩短,患者满意度明显提升,服务了更多上下级医院患者的同时,提升了护理经济效力^[18]和医院服务效能,在落实分级诊疗中发挥了重要的作用。

3.3 本研究的局限性及展望 本研究虽探讨了区县级医院机构建立综合护理门诊的意义及影响,但也存在以下局限:第一,本研究数据仅纳入单中心样本,且缺乏长期随访数据支撑。第二,重庆地区的医改新政可能影响结论普适性。

综上所述,在后期的研究中,可开展多维度多中心对综合护理门诊作为分级诊疗“粘合剂”的角色验证,并进一步探索护理门诊成本效益分析及护士处方权试点在重庆落地的可行性等。

参考文献

- [1] 国家卫生健康委. 全国护理事业发展规划[Z]. 2025-01-01.
- [2] 刘婷,王妤,赵宝婕. 国内专科护理门诊实践模式的研究进展[J]. 循证护理,2022,8(16):2202-2205.
- [3] 滕莉,徐苗苗,肖月平,等. 专科护士主导的综合护理门诊的建立与实践[J]. 护理学报,2023,30(16):37-40.
- [4] 孟祥宇. 日本护理门诊及专科护士培养现状[J]. 中国护理管理,2019,19(1):9-12.
- [5] 何芳,蒋庆丽,肖桃,等. 专科护士主导的全程化伤口护理路径探讨[J]. 中国卫生质量管理,2024,31(10):67-71.
- [6] 邵燕,孙志琴,丁彩艳. 江苏省护理专科门诊开设情况调查与分析[J]. 中国卫生质量管理,2020,27(3):69-72.
- [7] 重庆市统计局,国家统计局重庆调查总队. 重庆统计年鉴-2023[M]. 北京:中国统计出版社有限公司,2023:62-63.
- [8] ZHANG S, et al. Chronic disease management in primary care settings: a 5-year cohort study[J]. Lancet Regional Health Western Pacific, 2021, 15, 100235.
- [9] CHEN Y. Postoperative nursing interventions in county-level hospitals: a randomized controlled trial[J]. J Clin Nurs, 2023, 32(5):678-685.
- [10] GUO R. The impact of nurse-led clinics on professional competence development[J]. Int Nurs Rev, 2020, 67(4): 512-519.
- [11] 刘军,王丽,张涛,等. 县级医院护理门诊对护士职业倦怠的干预效果分析[J]. 中国护理管理,2021,21(5):678-682.
- [12] LI H, WANG D. Time efficiency analysis of integrated nursing clinics[J]. BMC Health Serv Res, 2022, 22(1): 1-9.
- [13] 司龙妹,张佩英,刘瑾,等. 三级甲等医院造口专科护理门诊建设标准指标体系的构建[J]. 中国护理管理,2021,21(8):1163-1168.
- [14] 王敏,刘涛,赵雪,等. 绩效管理在护理门诊中的应用效果分析[J]. 中国护理管理,2022,22(6):889-893.
- [15] WANG X. Operational efficiency improvement through nursing outpatient services[J]. Health Care Manag Sci, 2023, 26(1):123-135.
- [16] 陈丽,王强,孙红. DRG 改革背景下护理成本控制策略[J]. 中国医院管理,2020,40(12):78-81.
- [17] 李慧霞,张丽娜,黄隽英,等. DRGs 支付改革背景下护理管理新思路[J]. 中国临床护理,2023,15(5):302-306.