

## 门诊二次分诊方案的建立及应用效果评价

范清秋 方良玉 金静芬

**【摘要】 目的** 建立门诊二次分诊方案,评价其在门诊护理质量管理中的应用效果。**方法** 确定二次分诊安全管理、制度、设立二次分诊和巡诊岗位、完善与应用二次分诊管理软件、制订二次分诊流程。比较门诊二次分诊方案实施前后门诊患者的就诊满意度、护士护理风险预警评估及护理安全管理项目的执行情况。**结果** 门诊二次分诊方案实施后,门诊患者就诊满意度得分从实施前(4.00±0.89)分提高到实施后(4.67±0.37)分;护士护理风险预警评估指标中,抢救物品的合格率从84.55%(实施前)提高到95.91%(实施后);护理安全管理项目中,爱心通道使用率从5.22%(实施前)增加到20.45%(实施后),自助血压测量率从1.94%(实施前)提高到54.33%(实施后),高危跌倒患者预先识别率从13.82%增加到43.36%(实施后),差异均有统计学意义( $P<0.05$ )。**结论** 实施门诊二次分诊方案有利于提升门诊患者的护理满意度,提升门诊护理质量。

**【关键词】** 二次分诊; 安全管理; 护理质量审核; 门诊医疗

**Establishment and application of two grade triage safety management mode in outpatient department/FAN Qingqiu, FANG Liangyu, JIN Jingfen**

**【Abstract】 Objective** To establish two grade triage safety management mode in outpatient department, and to evaluate its effects of application for outpatient nursing quality management. **Methods** Two grade triage safety management mode was established: improving management system for two grade triage, establishing nursing position for two grade triage, improving patient triage management software and triage management scheme. The convenience sampling method was adopted to extract the two grade triage safety management model. Satisfaction of outpatients, nursing risk warning evaluation and nursing safety management were evaluated before and after the implementation of two grade triage safety management mode. **Results** After the implementation of two grade triage safety management mode in outpatient department, the overall satisfaction of outpatients was improved from (4.00±0.89) points to (4.67±0.37) points ( $P<0.05$ ). The overall compliance rate of nursing risk warning evaluation index showed significant increases ( $P<0.05$ ), and the qualification rate of rescue items was increased from 84.55% to 95.91% after the implementation. For nursing safety management program, the utilization rate of prior passages was increased from 5.22% to 20.45%. The usage rate of self-service blood pressure measurement was increased from 1.94% to 54.33%. The identification rate of high-risk fall patients was increased from 13.82% to 43.36%. All differences were statistically significant ( $P<0.05$ ). **Conclusion** The implementation of two grade triage safety management mode is helpful to improve satisfaction of outpatients, and promote outpatient safety quality management.

**【Key words】** Two Grade Triage; Safety Management; Nursing Audit; Ambulatory Care

门诊患者就诊人数众多、疾病类型和结构复杂多变、医疗服务项目多样、患者流动性大、意外的发生率高。如何减少门诊护理的不良事件,建设优质、高效的门诊护理体系,是门诊护理质量管理的难点<sup>[1-3]</sup>。

门诊分诊是指根据患者的主诉及主要症状、体征,初步诊断疾病的轻重缓急及隶属专科,安排救治程序及分配就诊科室<sup>[4]</sup>。在传统的门诊分诊管理方案下,分诊护士忙于维持就诊次序,难以落实门诊患者的安全管理,患者的无效流动增加了门诊不良事件的发生率<sup>[5]</sup>。门诊分诊作为门诊护理的重要环节,如何促使分诊护士实施科学、高效的患者安全管理,对于保障患者安全、改善门诊的护理服务质量具有重要意义<sup>[1-2]</sup>。二次分诊指分诊护士根据患者的病情,通过专业的护理评估将患者二次分配,可减少患者的诊治时间,提高诊疗效率<sup>[6]</sup>。在欧美等国家,门诊分

DOI:10.3761/j.issn.0254-1769.2018.02.011

基金项目:浙江省教育厅课题资助项目(Y201636380)

作者单位:310009 杭州市 浙江大学医学院附属第二医院门诊  
(范清秋,方良玉),护理部(金静芬)

通信作者:金静芬, E-mail:zejzkh@zju.edu.cn

范清秋:女,本科,副主任护师, E-mail:zyfqq@zju.edu.cn

2017-07-10收稿

级诊疗体系较成熟<sup>[7]</sup>,但因国情不同,国外方案难以直接借鉴。2015年,我院护理部联合信息科构建了门诊二次分诊方案,经过2年的临床实践,效果良好。现报告如下。

## 1 门诊二次分诊方案的构建

由医院质量管理办公室、门诊客户服务中心、医务部、护理部和信息科人员共同成立门诊改进团队,改进团队现场跟踪观察,分析门诊护士分诊过程,建立了门诊二次分诊方案,包括:确定二次分诊安全管理制度、设立二次护理分诊和巡诊岗位、完善与应用二次分诊管理软件、制订二次分诊流程。

### 1.1 确定二次分诊安全管理制度

改进团队结合国际医疗卫生机构认证联合委员会发布的门诊管理要求及门诊患者需求调查结果,制订门诊二次分诊安全管理制度,包括门诊患者分诊评估制度、门诊患者高危跌倒评估管理制度、门诊高风险患者转急诊制度、门诊发热患者转诊流程、门诊患者突发意外事件抢救管理制度、门诊患者跌倒管理制度、隐私制度等<sup>[8]</sup>。

### 1.2 设立二次分诊和巡诊岗位

分诊岗位工作内容包括按照分诊评估制度及标准评估患者病情、测量并记录生命体征、将患者转诊到相应专科、评估患者、负责专科区域突发意外事件的抢救。巡诊岗位工作内容包括门诊诊间和候诊区患者的管理、疾病健康教育与指导、管理和维护诊间设备、落实高风险患者的转诊和照护、处理突发事件。

### 1.3 完善与应用二次分诊管理软件

分诊护士根据患者就医过程中的排队规律和需求完善了二次分诊管理软件。二次分诊管理软件将操作平台分为门诊患者分诊界面、管理员后台管理界面。门诊患者分诊界面由门诊患者二次分诊排队模块、特殊号和复诊号优先就诊模块、生命体征数据记录检索模块、高危跌倒患者评估模块、急危重症患者转送管理模块、慢性病及专科疾病门诊健康教育及随访模块、慢性病健康管理效果评价模块组成。分诊护士利用软件系统,根据当天医生的排班进行分诊,同时处理特殊情况,如病情危急、年老体弱、当天复诊患者和本院职工就诊等情况,二次分诊管理软件中的所有信息可通过无线射频技术扫描录入,并

与门诊医生诊间信息系统相关联,实现数据共享,对门诊特殊号使用、高危跌倒识别、门诊患者转急诊就诊等数据进行实时统计、监控。

## 1.4 制订二次分诊流程

门诊改进团队在文献回顾的基础上,针对门诊患者流量,结合门诊分诊护士、门诊医生问卷调查的结果,通过专家讨论,最终确定二级分诊工作流程:①患者自助挂号或预约取号后到各专科候诊大厅;②二次分诊护士登记并核对患者的身份信息,初步评估患者的病情,发现病情危重或变化时及时联系急诊护士,并协助转运;③二次分诊护士按挂号序号及人流量依次安排患者进入二级候诊区;④二次分诊护士询问患者的主要症状、病史,将评估信息录入二级分诊排队叫号系统;根据患者病情判断并核对患者的就诊专科,确保患者得到相应的专科医生诊治;⑤二级分诊护士为患者测量生命体征,将发热患者转诊至发热门诊,评估筛查跌倒高危患者并采取防跌倒举措,为年老体弱患者及本院职工开通优先就诊通道,为疾病与专科不符的患者进行科内转诊,安排当天复诊的患者就诊,负责专科区域突发意外事件的抢救以及管理区域抢救设施。

## 2 门诊二次分诊方案的应用及效果评价

### 2.1 门诊二次分诊方案的应用

经浙江省某三级甲等综合性医院伦理委员会批准,本研究采用便利取样法,选取2013年1月—2016年12月本院就诊的患者。纳入标准:①门诊就诊的患者。排除标准:①肠道门诊接诊的群体食物中毒患者;②发热门诊接诊的患者;③义诊患者。门诊二次分诊方案实施前(2013年1月—2014年12月)纳入患者6 091 948例,门诊二次分诊方案实施后(2015年1月—2016年12月)纳入患者7 284 112例。所有患者均知情同意参与本研究。

### 2.2 评价指标

#### 2.2.1 门诊患者满意度调查问卷

由医院门诊质量管理办公室制订。问卷包括患者一般资料 and 满意度2部分。患者一般资料包含患者的性别、年龄、就诊科室、医保情况、是否为初诊等基本信息;满意度条目共10项,所有条目采用Likert 5级评分,从“非常不满意”到“非常满意”分别为0~5分。问卷的内部一致性信度为0.878,结构效度为0.824。

由志愿者完成问卷的发放和收集,数据收集后相关资料由医院质量管理办公室统一保管。共发放问卷 6 400 份,回收 6 054 份,有效回收率为 94.6%。

### 2.2.2 门诊护理风险评估项目

采用诊间管理合格率、抢救物品合格率、药物保管合格率、消毒隔离执行率、身份辨识执行率、手卫生达标率作为评价指标,具体内容见表 1。每月由护士长/科室护理组长对相关项目进行检查并评价。

### 2.2.3 门诊护理安全管理服务项目

采用优先就诊通道使用率、自助血压测量率、门诊患者转发热门诊就诊率、门诊患者转急诊就诊率等作为评价指标。优先就诊是指有特殊情况的门诊患者,包括病情变化、年老体弱(年龄>80岁)及本院职工等,给予提前 10 个号源就诊,优先就诊通道使用率是指优先就诊安排人数占总人数的比例;自助血压测量率是指门诊 35 岁以上首诊患者以及心血管内科、心脏大血管外科、神经内、外科就诊患者的血压测量人数占总人数的比例;门诊患者转急诊就诊率是指患者在门诊就诊期间,二次分诊护士评估患者病情属于急诊诊治范畴,由门诊医生判断确定需要转至急诊就诊的人数占总人数的比例。相关数据由护士长/科室护理组长直接在门诊分诊管理系统中调取数据。

## 2.3 统计学方法

采用 SPSS 22.0 统计软件对数据进行统计分析,计量资料均符合正态分布,采用  $\bar{x} \pm s$  表示,采用  $t$  检验分析;计数资料采用例数、百分比表示,采用  $\chi^2$  检验分析;等级资料采用秩和检验分析。 $P < 0.05$  为差异具有统计学意义。

## 2.4 效果评价

### 2.4.1 门诊二次分诊方案实施前后患者一般资料的比较

本研究共 13 376 060 例门诊患者,方案实施前 6 091 948 例,年龄(50.06±20.66)岁,男 2 802 296 例(46.7%),女 3 289 652 例(53.3%),内科患者 2 814 500 例(46.2%),外科患者 2 954 596 例(48.5%),妇科患者 322 873 例(5.3%);方案实施后

7284 112 例,年龄(52.55±20.59)岁,男 3 423 533 例(47.0%),女 3 860 578 例(53.0%),内科患者 3 401 681 例(46.7%),外科患者 3 445 384 例(47.3%),妇科患者 437 047 例(6.0%)。门诊二次分诊方案实施前后患者年龄( $t=-0.549, P=0.583$ )、性别( $\chi^2=-0.489, P=0.692$ )、科室( $\chi^2=-1.066, P=0.286$ )的比较,差异均无统计学意义( $P < 0.05$ )。

### 2.4.2 门诊二次分诊方案实施前后患者就诊满意度的比较(表 2)

### 2.4.3 门诊二次分诊方案实施前后护理风险评估项目合格率的比较(表 3)

### 2.4.4 门诊二次分诊方案实施前后护理安全管理项目执行率的比较(表 4)

## 3 讨论

### 3.1 实施门诊二次分诊方案能提高门诊患者的护理服务满意度

门诊二次分诊方案实施后,患者对就诊流程安排、环境设施安全及提供便民措施等满意度均有不

表 1 门诊护理风险评估项目

指标	定义	合格要求(%)
诊间管理合格率	合格诊间数/总抽查诊间数	≥90
抢救物品合格率	抢救物品合格项目数/抽查抢救物品项目总数	≥95
药物保管合格率	药物保管检查合格项目数/抽查项目总数	≥95
消毒隔离执行率	正确执行消毒隔离制度人次/总抽查人次	≥95
身份辨识执行率	正确执行身份辨识制度人次/总抽查人次	≥95
手卫生达标率	接触患者或操作前后洗手或使用快速手消毒剂人数/总抽查人数	≥88

表 2 门诊二次分诊方案实施前后患者就诊满意度的比较(分,  $\bar{x} \pm s$ )

项目	实施前	实施后	$t$ 值	$P$ 值
各项环境设施的安全程度	4.25±0.68	4.50±0.63	-3.676	0.001
血压测量方便,操作简单	4.22±0.79	4.46±0.70	-4.849	<0.001
诊疗前护士会核对您的身份	4.08±0.37	4.43±0.75	-11.899	<0.001
医护人员关注您的生命体征和疼痛情况	4.25±0.86	4.44±0.66	-7.596	<0.001
医护人员详细向您进行就诊指导和说明	4.00±0.47	4.46±0.80	-2.745	0.004
医护人员会倾听您的诉说和关注您的不适	3.97±0.29	4.52±0.70	-5.927	<0.001
医护人员在治疗过程中会保护您的隐私	4.25±0.37	4.68±0.82	-12.576	<0.001
医院提供各种便民设施(如平车、轮椅等)	4.06±0.52	4.13±0.75	-2.098	0.029
医护人员的服务态度	3.92±0.48	4.44±0.81	-3.183	0.001
就诊过程的流程安排	4.05±0.95	4.34±0.65	-2.467	0.018
总体满意度	4.00±0.89	4.67±0.37	-6.775	<0.001



表3 门诊二次分诊方案实施前后护理风险评估项目合格率的比较  
[合格次数(百分比, %)]

项目	抽查 次数	实施前 (n=6 091 948)	实施后 (n=7 284 112)	$\chi^2$ 值	P 值
诊间管理合格率	3 480	3 315(95.25)	3 358(96.50)	6.720	0.010
抢救物品合格率	220	186(84.55)	211(95.91)	16.109	<0.001
药物保管合格率	220	199(90.45)	212(96.36)	6.239	0.012
消毒隔离执行率	1 200	1 113(92.75)	1 153(96.08)	12.646	<0.001
身份辨识达标率	1 200	1 107(92.25)	1 145(95.38)	10.398	0.001
手卫生达标率	1 200	985(82.08)	1 066(88.83)	21.998	<0.001

同程度的提高;就诊总体满意度从实施前的(4.00±0.89)分提高到实施后(4.67±0.37)分。研究<sup>[9-10]</sup>表明,患者从医护人员中获得足够的咨询信息和相关的解释有利于提高患者的满意度,本研究设立了巡诊护士岗位,对患者病情进行动态巡视、观察,同时积极开展健康教育,增进患者与医护人员的有效沟通,良好的沟通可以减少医疗纠纷的发生,提高患者护理服务满意度<sup>[11]</sup>;分诊岗位护士关注每例就诊患者,对年老体弱等特殊情况的患者优先调整就诊秩序,提前安排就诊,分诊过程中关注患者的生命体征以及疼痛等情况,耐心倾听患者的表述,减轻患者的焦虑,增进医护人员与患者之间的信任。门诊二次分诊方案的实施,不仅关注患者的疾病,同时更加重视患者在就诊过程中的隐私保护,满足患者的人文需求。

### 3.2 实施门诊二次分诊方案能提高护理风险评估项目的合格率

护理风险管理是指对现有的或潜在的护理风险进行识别、评估和控制,避免或减少护理风险事件的发生及其对护患双方的危害<sup>[12-13]</sup>。研究<sup>[14-16]</sup>表明,科学的风险管理体系能帮助护理人员识别、预测护理风险,提高风险防范意识和应对风险的能力。本研

究在医院患者十大安全目标的基础上制订了相关护理安全管理制度,明确了分诊护士和巡诊护士的岗位职责,将患者的安全措施设计在分诊工作流程中,分诊护士借助分诊管理软件落实安全评估制度,并及时采取护理措施。护士长、护理组长进行定期检查与不定期抽查,发现问题及时反馈和纠正。近年来,安全隐患自查方案广泛应用于风险管理中,其提

高了护士安全行为,减少不良事件的发生<sup>[17]</sup>。门诊二次分诊方案实施后,抢救物品的合格率从实施前的84.55%提高到实施后的95.91%,药品保管制度执行率、消毒隔离执行率和手卫生执行率也得到了不同程度的改善,护理风险评估指标总体符合率上升。同时,二次分诊安全管理软件将门诊患者的评估、就诊、转归信息、门诊护理风险评估结果、高危跌倒评分结果、生命体征测量结果通过安全管理运用界面录入,并与医院信息系统相关联实现了各种数据的自动化,保证了信息的完整性、连续性,提高护理安全管理质量。

### 3.3 实施门诊二次分诊方案保障了门诊患者的安全

门诊患者在等候诊治的过程中易发生高危情况<sup>[18]</sup>,危重症患者的管理更是门诊医疗服务质量管理的核心<sup>[19]</sup>,及时有效的救治十分重要<sup>[20]</sup>。门诊二次分诊方案的实施,确保每例患者均接受分诊评估和专科指导,完善的评估系统指导分诊护士在分诊过程中早期识别和干预高风险患者,动态调整就诊秩序,使患者尽早得到救治。门诊二次分诊方案实施后,门诊患者转急诊就诊率从0.03‰提高到0.06‰,优先就诊通道使用率从5.22%增加到20.45%,自助

表4 门诊二次分诊方案实施前后护理安全管理项目执行率的比较[人次(百分比, %)]

项目	实施前 (n=6 091 948)	实施后 (n=7 284 112)	$\chi^2$ 值	P 值
跌倒高危患者预先识别率	840 769(13.82)	3 154 331(43.36)	1.379	<0.001
门诊定岗定位抢救小组服务率[人次(千分比, ‰)]	5(<0.01)	97(0.01)	67.931	<0.001
门诊患者转发热门诊率	17 550(0.29)	36 990(0.51)	3 944.393	<0.001
门诊患者转急诊就诊率[人次(千分比, ‰)]	182(0.03)	432(0.06)	62.606	<0.001
优先就诊通道使用率	318 149(5.22)	1 489 582(20.45)	210 546.621	<0.001
自助血压测量符合率	118 383(1.94)	3 957 652(54.33)	4.298	<0.001

血压测量符合率从1.94%提高到54.33%，高危跌倒患者预先识别率从13.82%提高到43.36%，门诊患者转发热门诊或急诊就诊率从0.29%提高到0.51%。分诊护士主动评估，甄别高风险患者，巡诊护士主动巡视，帮助高风险患者及时转运并尽早救治，充分保障了门诊患者的候诊安全。

#### 4 结论

门诊二次分诊方案的实施有利于提升门诊患者的护理满意度，提升门诊护理质量。由于本研究仅在1所医院实施，研究时间尚短，评估指标的可推广性仍需要进一步分析。

#### 参 考 文 献

- [1] 姚峥,安凤梅,汉业旭,等.大型综合医院门诊患者安全管理实践[J].中国医院,2014,18(1):73-76.
- [2] 李敏华,李燕华,张旻旻.门诊急救绿色通道体系的建立及效果评价[J].中国医院,2014,18(9):38-40.
- [3] 顾跃英,徐雪珍,钱小玫,等.综合医院门诊急救体系构建及三级管理实践[J].中华急诊医学杂志,2015,24(12):1476-1477.
- [4] 姚淑云,邢晓刚.促进分诊的建议[J].护理研究,2007,21(7):1654.
- [5] 姚秀萍,张子荣.浅谈医院门诊排队叫号系统的建设实施[J].价值工程,2012,31(35):176-178.
- [6] 齐鑫,危淑梅.二次分诊、二级候诊流程在门诊分诊排队系统中的应用[J].中国护理管理,2010,10(8):13-14.
- [7] Wright E,Hagmayer Y,Grayson I. An evidence-based referral management system:insights from a pilot study[J].Prim Health Care Res Dev,2015,16(4):407-414.
- [8] 朱紫英.情景模拟急救演练提高门诊护士应对意外事件中的作用[J].上海护理,2015,15(2):86-88.
- [9] Wiechula R,Conroy T,Kitson AL,et al. Umbrella review of the evidence:what factors influence the caring relationship between a nurse and patient[J].J Adv Nurs,2016,72(4):723-734.
- [10] Briner M,Manser T,Kessler O. Clinical risk management in hospitals:strategy,central coordination and dialogue as key enablers[J].J Eval Clin Pract,2013,19(2):363-369.
- [11] 任俊翠,袁修银,张武芝,等.良好的护患沟通及制度化管理对护理质量的影响[J].中华护理教育,2011,8(1):29-30.
- [12] 李继平.护理管理学[M].北京:人民卫生出版社,2012:212.
- [13] 冷育清,李玉芬,商月娥,等.门诊高危患者就诊过程中的风险管理[J].中华护理杂志,2010,45(11):1006-1008.
- [14] 陶宝英,朱紫英.护理风险管理在门诊高危患者就诊中的应用[J].护士进修杂志,2014,29(23):2149-2151.
- [15] 张立新.医院管理信息化对推进优质护理服务的作用——访北京大学人民医院院长王杉[J].中国护理管理,2011,11(4):19-20.
- [16] 杨连荣,戴青梅.护理人员风险意识及护理风险相关因素调查分析[J].中国护理管理,2008,8(5):59-61.
- [17] 田敏,刘峰,陶俊荣,等.影响患者安全的护理组织因素及其权重分析[J].中华护理杂志,2014,49(6):696-699.
- [18] 孟娟娟,绳宇.病人安全文化及其在护理管理中的应用[J].中华护理杂志,2007,42(10):942-945.
- [19] 李冬梅,曹慧梅,魏文萍. MEWS评分在识别门诊“潜在危重病”患者的实践应用[J].World Latest Medicine Inf(Electronic Version),2016,16(86):70-72.
- [20] 甘丽珍,陈卓丽,吴慧红.门诊分诊工作的探讨[J].国际医药卫生导报,2006,12(18):114-115.

(本文编辑 周 晔)

#### 通 知

### 2018年《中华护理教育》专题报道计划

《中华护理教育》编辑部根据2017年专题策划的预设及完成情况,结合国家相关文件,通过专题策划会专家讨论,确定2018年《中华护理教育》专题报道内容,计划刊出时间见下表。详细征稿要求请登录中华护理杂志社官网([www.zhlzss.com](http://www.zhlzss.com))查阅。

请广大读者积极关注、宣传并踊跃投稿,专家审稿和推荐稿件请与编辑部联系。

联系人:李晓宁;电话:010-53779542;E-mail:[cnalxn@163.com](mailto:cnalxn@163.com)。

#### 2018年《中华护理教育》专题报道计划

专题	截稿时间	计划刊出时间
人文护理	2017年12月31日	第一季度(首期)
职业教育改革	2017年12月31日	第一季度(首期)
教育信息化	2018年2月28日	第二季度(首期)
实践教学改革	2018年2月28日	第二季度(首期)
专科/专向人才培养	2018年2月28日	第二季度(首期)
双师型教师培养	2018年2月28日	第二季度
教育质量评估与认证	2018年4月30日	第三季度
健康教育与促进	2018年4月30日	第三季度