

# 全院床位调配下跨科护理实施影响因素的质性研究

张欢, 彭睿, 谢铄, 杨木娣, 钟秋媚, 贾玉娥, 王丽姿

**摘要:**目的 探讨医院床位调配下实施跨科护理的影响因素。方法 采用现象学研究方法,通过目的抽样法选取 10 名护士进行面对面半结构式访谈,运用 Colaizzi 7 步分析法对资料进行分析。结果 提炼出 4 个主题,分别是培训体系缺乏系统性、跨科收治制度有待健全、跨科医护沟通协作不顺畅、跨科护理绩效未透明化。结论 医院在开展床位调配的过程中,跨科护理的实施受多种因素影响,可通过加强跨专科培训、完善跨科收治制度、加强医护协作、合理体现护理绩效等举措,以实现跨科护理同质性,推动床位的高效管理。

**关键词:**床位调配; 跨科护理; 跨科收治; 影响因素; 质性研究

**中图分类号:**R47;C931.2 **文献标识码:**A **DOI:**10.3870/j.issn.1001-4152.2020.08.057

**A qualitative research on influencing factors of the implementation of trans-department nursing care under intra-hospital bed allocation policies** Zhang Huan, Peng Rui, Xie Shuo, Yang Mudi, Zhong Qiumei, Jia Yu'e, Wang Lizi. Admission Management Center, Zhujiang Hospital of Southern Medical University, Guangzhou 510280, China

**Abstract: Objective** To explore the influencing factors of the implementation of trans-department nursing care under intra-hospital bed allocation policies. **Methods** With phenomenological method, ten nurses were enrolled by purposive sampling method, and joined face-to-face and semi-structured interviews with researchers. Interview data were analyzed by Colaizzi's 7-step analysis method. **Results** Four themes were extracted: there was a lack of systematic training support mechanism; trans-department treatment system remained to be strengthened; there were poor doctor-nurse cooperation across departments; trans-department nursing performance-based salary distribution was not transparent. **Conclusion** In the process of intra-hospital bed allocation, the implementation of trans-department nursing care was hindered by multiple factors. Measures including ramping up trans-department trainings, improving the trans-department treatment system, strengthening the cooperation between doctors and nurses, carrying out performance-based salary distribution for nurses, should be sought to realize the homogeneity of nursing care across varied departments and promote efficient bed management.

**Key words:** bed allocation; trans-department nursing care; trans-department treatment; influencing factors; qualitative study

随着健康中国政策和公立医院改革的推进,加强床位高效管理能够促进诊疗水平提高、改善医疗服务流程、满足患者就医需求<sup>[1-2]</sup>。我国各省市医院陆续开展床位统筹管理和集中调配的实践,以实现全院床位资源共享,提高医院管理效能<sup>[3-4]</sup>。我院 2017 年 9 月起实施全院床位统一调配,提高了床位利用率,提升了患者的就医满意度,达到社会和经济效益的双提升<sup>[5]</sup>。但由于床位调配促使收治模式向跨科收治转变,相应地给跨科护理带来新的挑战。如何保障床位调配下的跨科护理质量,提高护理人员对床位调配的接受程度,有必要了解护理人员的真实意愿与想法。因此,本研究通过质性研究方法,探讨实施跨科护理的影响因素,旨在采取针对性措施,以保证跨科护理同质化,为床位调配高效运行提供参考。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 采取目的抽样法,于 2018 年 12 月至 2019 年 1 月选取我院实施跨科护理的临床护士为研究对象,样本量以信息达到饱和为准。为充分考虑样本的代表性,保证资料有效,受访者分属于不同病区,

且所在病区接受跨科调配量超过 200 例次。纳入标准:本院护理岗位工作年限 2 年以上;参与跨科护理 1 年以上;知情同意,自愿参加本研究。排除标准:护士长;休病假或产假的护士。最终纳入护士 10 名,均为女性;年龄 25~43 岁,平均 29.6 岁;学历:大专 5 名,本科 5 名;职称:护士 5 名,护师 4 名,主管护师 1 名;所在病区:心血管内科、关节骨科、创伤骨科、脊柱外科、脑血管病外科、眼口科、肝胆外科、妇科、放疗科、急诊留观病房。

## 1.2 方法

**1.2.1 资料收集** 本研究采用半结构式访谈法收集资料,访谈前向受访者解释研究目的与研究方法,取得其知情同意,并预约访谈时间与地点。于受访者当天当班结束休息 30 min 后,在病区护士休息室进行,访谈时长 25~60 min,全程录音并注意观察记录其表情、语气及肢体动作等。访谈过程中研究者始终保持中立的态度,采取相似的沟通方式、不加以评判、尊重受访者观点。访谈提纲:①您对于全院开展床位调配的看法是什么? ②您认为跨科护理工作中存在哪些问题? 您是如何解决的? ③您在与跨科收治的主管医生沟通过程中,存在哪些问题? 您是如何解决的? ④您觉得护理跨科调配的患者,是否应有相应的绩效奖励? 从哪些方面进行评估? ⑤您认为还有哪些因素会影响跨科护理的实施? 以上提纲根据文献回顾、

作者单位:南方医科大学珠江医院入院管理中心(广东 广州, 510280)

张欢:女,硕士在读,护士

通信作者:王丽姿, wang\_l\_z@sina.com

科研项目:2018 年广东省医学科学技术研究基金(A2018533)

收稿:2019-11-19;修回:2019-12-25

前期床位调配中存在的问题及本研究目的等初步拟定,然后经过课题组3次讨论修改确定。

**1.2.2 资料分析** 采用 Colaizzi 7 步分析法<sup>[6]</sup> 对访谈资料进行分析,于访谈结束后 24 h 内将录音进行逐字逐句转录。为保护受访者个人隐私,按照从 N1~N10 依次编码每份访谈记录。在充分熟悉原始陈述后,辨识反复出现、与研究问题相关的重要观点,并对其进行构建意义单元。经过推敲、反思,类聚主题雏形,反复比较并抽取相似的观点进而形成主题,将结果返回访谈对象进行求证以保证准确性<sup>[7]</sup>。

## 2 结果

最终提炼 4 个主题,分述如下。

**2.1 培训体系缺乏系统性** 尽管病区护理组会组织相关培训,护士个体也会寻找途径来提高跨科护理水平,但培训和自主学习的内容往往以解决当前临床需要为主,存在缺乏专业医护指导、未实施系统化考核与评价、跟不上专科护理进展等问题,进而导致护士在掌握程度上存在差距,难以把控质量和效果。N9:“护理组会在早交班后集中学习跨科相关护理问题,但感觉不够专业,效果不是很好,有专科医生来讲解应该会更好。”N3:“对耳鼻手术,术前准备如剪鼻毛、鼻腔清洗、耳部备皮,以及手术的方式,护士长会组织观看视频。”N6:“跟着相关专科医生查房可以学到很多技能和知识,提升了自己的能力,是一件好事……但是总感觉有所局限,有些也理解不透,又没有考核,就不会特别督促自己,所以还是没有掌握透彻。”N5:“使用一些特殊药物如生物制剂,其配制及使用方面需要请教医生,还有作用、注意事项以及不良反应这些,不太明白的地方我也会自己先到局域网上查一下。也会利用休息时间参加院里的护理技术培训,如静疗、造口伤口护理,还有像乳腺肿瘤切除术后术侧肢体早期康复,目前还是会多问问该科的护士。”

### 2.2 跨科收治制度有待健全

**2.2.1 落实床位调配制度** 医院规定床位调配以“疾病相近、楼层相邻”为原则,对跨科收治的范围进行限制,但由于床位资源紧缺、患者治疗及时性需要,有时会出现某个病区跨科收治的病种较多且不固定,导致护理人员短时间内难以应对,出现相关专科操作不熟练、无法准确评估病情等问题,影响跨科护理的质量。N3:“跨科收治的病种比较多,像肝胆、普外、内分泌、耳鼻喉,没法熟练掌握各个专科的护理技术,有时候观察病情不到位,不同专科的护理流程不清楚……尤其是血液病患者,专科性太强。”N4:“虽然我们也知道入院管理中心是根据一定的原则调配床位,但的确我们科收的病种相对有点杂,有一些专科的患者就只收治过一次,再也不见第 2 例来,感觉掌握了护理技能又没有施展的机会,跨科护理实施起来有难度,我觉得病种固定一些,我们护理起来也会感

兴趣、更熟练。”

**2.2.2 建立迂回专科制度** 由于医院层面尚未制定相关迂回专科的规定,专科往往根据自身空床情况,自行决定患者的迂回时间,随意性较强;跨科收治病区的床位收容情况及护理人力配置是否得到补充,也导致其对于患者迂回的要求不一致。①跨科收治若影响了病区的收治空间,病区就会要求尽快转走。N7:“有的患者一直住到出院,我们科的患者收不进来。”②短时间内迂回增加护理工作量,浪费成本,要求尽量不要频繁迁走。N4:“上午调床,下午就迁回去,浪费人力,还增加工作量。”N3:“没住多久就又迁回去了,又得重新擦柜子、换床单被套,很浪费,也得转科交接患者。”N8:“如果不是特殊要求迂回的,一直住在这儿也可以啊。”

**2.3 跨科医护沟通协作不顺畅** 跨科收治使得护理人员与专科医生在沟通协作方面存在一定的不便或障碍,增加了护理人员的心理负担与相应的护理风险。①不清楚专科医生分组情况,联系不顺畅。N4:“不知道找谁(哪位主管医生),先联系护士站,护士站让打电话给医生,但医生的电话又打不通。有时候一次解决不了,还得再次电话联系,感觉比较麻烦。”N2:“我们也没有医生的电话,也不知道组中其他医生的联系方式,很不方便联系,特别是有时候对医嘱有疑问,好焦急的。”②专科医生和护理人员对病情的掌握不对等,护士认为专科医生处理不及时。N1:“给医生反映问题后,没那么快能赶过来。”N2:“有时患者血压高、胃痛,比较着急就得执行口头医嘱,确实有风险。”③专科医生开具的医嘱与护理人员执行医嘱的习惯不相符。N6:“抽血医嘱我们都是第 2 天早上空腹执行的,除非特别紧急情况下才立即执行,但有些专科医生要求这个医嘱必须立即执行,在原本不小的工作量上又增加非计划性工作,如果再多些医生有这样的要求,我们确实忙不过来。”

**2.4 跨科护理绩效未透明化** 护理人员大多不清楚跨科收治的收入分配问题,甚至认为相关收益计入专科,并且由于增加了跨科护理工作量,表现出对绩效分配的困惑,希望能有相应的绩效奖励,建议从跨科护理工作量、专科技能掌握程度、护理质量评价等方面进行衡量。N7:“这些活(跨科护理)都是我们干的,按理来说(跨科收入)应该归本科室吧。”N3:“工作量增加,又没有绩效体现。”N1:“我觉得可以从护理工作量、专科技能掌握情况等方面体现绩效。”

## 3 讨论

### 3.1 建立系统化培训体系,保证跨科护理的同质性

本研究结果显示,实施跨科护理的过程中,通过护理组自主组织培训、护士自行寻求支持的方式,相应地解决一些专科护理难题,但由于培训内容、培训形式以及个体采取的方式不同,难以满足从提高全院跨科护理水平的视角进行培训,以解决普遍存在的跨科

知识和技术掌握不足的现象,未实现同质化护理的要求。访谈中也感受到,护理人员希望医院能进一步加强有计划、系统和规范的培训,以取得事半功倍的效果。因此,有必要建立系统的培训支持体系,一是护理部、中心、专科医护等多部门加强合作,首先通过对既往跨科患者进行分析,找出潜在风险较高、护理难度较大、易造成护理人员心理负担的疾病种类,据此制定详细的培训方案,包括从师资、内容、时间、考核等方面严格把控,可优先对跨科收治病种相对较多的护理组进行培训,不断完善培训方案,进而普及到全院护理人员,有目的地提高全科护理能力和水平。二是对于较复杂、难度较高的专科护理技术,可通过组建相应的护理专科小组,如血液疾病、胃肠外科和耳鼻喉科等小组,当跨科护理遇到相应护理专科问题时,能在最短时间内得到护理会诊和指导,这不仅可以提高专科护士的技术水平和职业成就感,也是使得患者得到同质化护理、接受更专业护理的重要途径<sup>[8]</sup>。

**3.2 不断完善跨科收治制度,降低床位调配成本**

医院虽然制定出台床位调配制度,但入院管理中心成立初期比较注重患者的治疗及时性、床位资源的充分利用,忽视了护理人员的跨科护理水平,给跨科护理带来病种多、护理难的困扰。尽管如此,护理人员想方设法解决难题,调配实施以来未出现过跨科护理安全问题。目前入院管理中心已通过提取近 2 年的调配数据,对跨科收治规律进行分析,调整调配人员的排班模式,使调配更具连续性、计划性,保证调配制度执行的严格性、以及内外专科相对固定调配,避免了病种多杂的现象;调配带来床位使用率的不断提高,入院管理中心也根据病例组合指数(Case Mix Index, CMI)、手术、疑难重症等指标筛选跨科收治的病种,进一步落实分级诊疗;同时,对床位使用率不到 85% 的专科,将采取缩减床位数量等办法,以降低床位调配的成本。既往研究表明,对于跨科患者何时转回专科意见不一。有研究者认为,跨科收治患者无特殊原因一般不转床;也有研究者认为,专科一旦出现空床,则应将患者转回<sup>[9-10]</sup>。我院入院管理中心在前期总结和分析的基础上,将专科与跨科收治病区进行配对,对于住院时间短或首选迁回的专科,将其调配至床位周转快、空床时间短的病区;对于住院时间较长的专科,调配到空床数量多且床位空闲时间较长的病区,以便合理有计划安排患者迁回。因此,一方面通过加强与专科医生的沟通,了解治疗需要、跨科收治的天数等,找准配对。其次,建立跨科患者迁回记录表,做好计划,并登记迁回原因、迁回的难易程度等,每月进行分析。再者,根据计划按时将患者迁回,保障床位调配不影响或少影响他科收治,进而形成并规范迁回制度。总之,床位调配需做到既不影响各专科收治,又要推动各专科加速发展。

**3.3 丰富跨科医护协作手段,建立安全高效的合作机制**

床位调配打破了原本同一专科默契的医护合作,变为需要跨科医护双方经历从生疏、熟悉到适应的合作过程,其中包括工作职责与方式、诊疗和护理的要求。本研究发现,跨科收治病区的护理人员不熟悉专科医生的分组情况,如有疑问或病情变化,难以第一时间准确联系专科医生;再者,专科医生和护理人员缺少交流,导致双方对病情信息掌握的不对等;另外,专科医生往往根据习惯开具医嘱、处理病情,未关注跨科护理的不同之处,如不能及时交代执行医嘱的注意事项,导致护士无法按时准确执行医嘱,从而存在差错、延误病情处理的潜在风险<sup>[11]</sup>。有研究显示,良好的医护合作可以提高护理质量,改善护理结局<sup>[12]</sup>。因此,建议将同一专业组的患者收治在同一病区,利于护理人员与主管医生在短时间内熟悉,进而建立良好的合作关系,也有利于缩小专科技术、医嘱开具与执行、联络方式等培训的范围;并从医院层面建立专科医生、联络护士的微信工作群,定期组织协调会,引导及时进行医护之间、护护之间的联系和交流,解决沟通不顺畅的障碍,减轻护理人员的心理负担,降低跨科护理风险。也可以利用掌上 App 实时知晓检查结果、治疗情况以及生命体征等,当患者出现危急情况时,此 App 将第一时间提示医生查看相关信息,并由信息科通过后台对此类情况进行监督<sup>[13]</sup>,从而达到跨科医护协作的和谐高效,提高诊疗和护理质量。

**3.4 合理分配护理绩效,促进专业价值提升**

调查结果发现,不匹配的绩效使得护理人员感到付出与收入不成正比,不能充分体现自我价值和提高心理获得感,从而影响了护理人员主动学习的求知欲和实施跨科护理的积极性,这些因素都不利于床位调配开展。有学者也指出缺乏有效的护理也将影响床位统筹管理的灵活性<sup>[14]</sup>。因此,第一,医院应制定床位调配的绩效核算方案,详细制定各项收入的分配明细,将跨科护理绩效分配给护理组;同时广泛宣传床位调配绩效核算方案,动员和接纳医护人员参与制定绩效方案,让医护人员知晓分配制度,提高其对床位调配的支持以及跨科收治的主动性与满意度。第二,建立综合病区,探索医护绩效分开核算方案,建议根据床位使用率、护理工作量、护理操作的难易程度、个人表现等核算护理人员的绩效<sup>[15]</sup>,充分体现按劳取酬,提升职业成就感,提高护理能力;使护理人员主动作为并有所作为,真正体现护理的专业价值与能力。

#### 4 小结

本研究采用现象学研究方法,深入了解床位调配下实施跨科护理存在的影响因素。实施跨科护理受到制度、人力资源、床位资源、患者需求、信息系统等多方面的制约,需要从医院层面建立可持续发展的跨科收治相关制度,确保跨科患者的安全,推进床位高