

出國報告（出國類別：進修）

UCLA 個案管理與臨床複合式照護模式

服務機關：國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

姓名職稱：黃美玲 督導長

派赴國家：美國

出國期間：103 年 9 月 1 日至 103 年 11 月 30 日

報告日期：103 年 12 月 29 日

摘要

此次奉派至美國加州大學洛杉磯分校(University of California Los Angeles, UCLA)進行短期進修，主要學習個案管理及混合式護理照護模式，進修期間為 102 年 9 月 1 日至 102 年 11 月 30 日，透過參與臨床護理專家學程之急性照護之成人護理及品質改善兩門課的課室教學，同時，至全美排名第五及西部第一的洛杉磯兒童醫院及 UCLA 附設之全美第五西部第一的雷根醫學中心進行實地的醫院見習，透過一對一的指導模式了解醫院護理作業之相關運作過程。經過三個月短期的學習了解到醫院設備運作模式與醫院現行差異不大，護病比在美國是用法律及保險給付牽制故不能與臺灣相比，不論臨床或教學方式最大還是在文化上的差異。

目次

壹、 目的	1
貳、 過程	
一、 出國前的協調與溝通	1
二、 UCLA 護理學院簡介	2
三、 Children's Hospital Los Angeles (CHLA)簡介	3
四、 Ronald Reagan UCLA Medical Center 簡介	3
五、 個案管理制度的學習經過	4
六、 複合式照護模式學習經過	6
七、 臨床護理的學習過程	12
八、 護理系上課學習過程	19
參、 心得及建議	20
肆、 參考文獻	23

壹、 目的

2012 年計畫送審結果委員建議該項目學習的地點為美國加州洛杉磯大學(University of California Los Angeles, UCLA)，所以不需特別花時間挑選學習場所，學習進修目的分為兩大部分：

一、 個案管理(Case Management)

- (一) 了解個案管理模式運作、服務流程及角色功能，提升醫療照護的水準。
- (二) 學習個案管理之評估、診斷、計劃、執行與評值的連續性的過程，提供連續性的照護服務。
- (三) 學習個案管理之團隊溝通協調，整合多專業照護計畫，以確保病人獲得所需的照護。
- (四) 學習個案管理之品質管理指標監測及應用研究，提升專業發展及滿意度。
- (五) 了解個案管理師的養成訓練與人才的培訓。
- (六) 了解醫療保險制度，保障病人與院方的權益。

二、 複合式照護模式(Skill Mix Nursing Model)

- (一) 了解臨床複合式照護模式運作與現況之差異
- (二) 瞭解團隊中各個角色功能及如何分工
- (三) 學習人員如何培訓與留任
- (四) 了解照護品質指標與監測

貳、 過程

一、 出國前的協調與溝通

2012 年出國進修申請通過後，得知院外委員建議至 UCLA 學習便開始打聽是否有人曾經到過 UCLA，結果令人失望。在護理部蔡主任的協助下得知國內有人辦理 UCLA 短期進修學習參訪活動，於是在出國前一年暑假先行自費自假參加為期兩周的 UCLA 遊學參訪團，先建立好人脈、了解大略環境及當地住宿、交通...等狀況為來年鋪路準備。

今年初就開始計畫進修時間，心想花些錢全部交由仲介辦理手續比較方便，幾次接洽後，對方不願意收取仲介費，她希望我能自己完成，必要時會協助溝通聯繫。原計畫三個月全部進醫院見習，但卻因費用高昂(200 美金/日)實在負荷不起，故更改為課室教學為主、臨床見習為輔的修訂。從體檢、檢附證明文件(保險證明、存款證明)、詳細學習計畫到完成美國簽證，以 Mail 來來回回

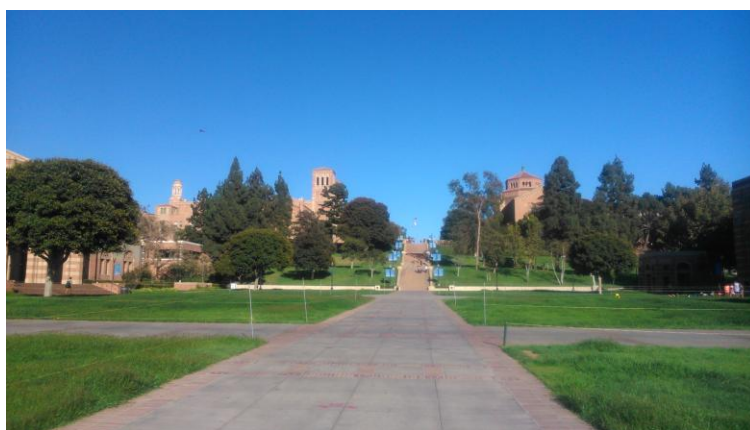
無數次，確認學費、住宿費後於 8 月 30 日獨自啓程到美國洛杉磯。下機後，不見接我的人，不知長相又沒留下電話...完蛋了，告訴自己不要慌，環顧四週看看站在這裡安全嗎?心裡開始盤點萬一沒來的解決方法有哪些?我要等多久才要啓動我的行動?方法執行後要多少成本?最糟情況是如何?工作中被訓練的思維模式竟然用在這時候，不知該哭還是要笑...，經過 30 分鐘終於人出現了，危機解除、冒險之旅開始囉！後來幾次的危機都是用同樣方法克服，還蠻有用的。

二、UCLA 護理學院簡介

UCLA 成立於 1919 年，屬於公立大學，2013-14 年英國「泰晤士高等教育」世界大學排名第 12 名，2014 年「美國新聞與世界報導」全美排名第 23 名(護理學院 21 名)，擁有約 38,000 學生。

護理學院於 1949 年成立大學部，1950 年開設碩士班，1986 年開設博士班，每年可招收約 600 名護理系學生。學生種族具多樣性分別爲白人 40%、亞裔美國人（包括菲律賓）33%、西班牙（墨西哥裔/拉丁美洲）15%、非裔美國人（黑人）8%、美國印第安人/阿拉斯加原住民及波利尼西亞 1%。性別比例爲：男 12%、女 88%。居住地分別爲：加州 96%、外州 2%、國際 2%。

護理學院的願景「發展護理領導者，激發個人在整個生命週期，以達到健康，健康和生活質量顯著的力量」。使命「培育護理和學術領導，並透過學術卓越，創新性研究，應用於臨床中，與社區成爲合作夥伴關係，以因應全球的瞬息萬變、多樣化和複雜化的醫療環境」(圖一、二)。



圖一 UCLA 校園



圖二 UCLA 護理系大樓

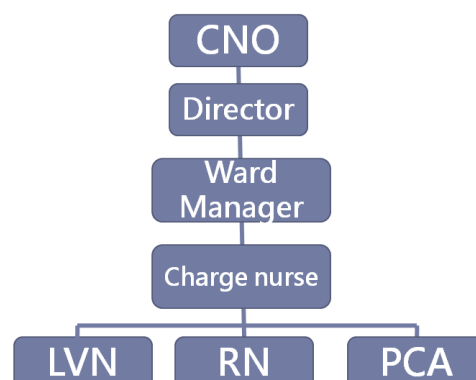
三、 兒童醫院洛杉磯(Children's Hospital Los Angeles； CHLA)簡介

CHLA 是一家非營利性醫院。被評定為西部第一、全國第五位的兒童醫院、且 2008 年起通過 Magent 認證迄今(Magent 認證通代表具有”最佳護理品質”的含義；認證單位為美國護理認證中心，確保醫院保持適當的護病比例，護理的決策過程和支持繼續教育和能力培訓...等)。CHLA 醫院的起源為 1895 年被稱為”國王的女兒”一個服務組織成立了一間日間托兒所，幫助貧困家庭，於 1900 年由 7 位女士成立基金會申請設立醫院，於 1901 年 4 月 1 日洛杉磯兒童醫院成立，當時只有兩間臥室和四個床位。1906 年，洛杉磯居民 Mrs. Emma Phillips 在她的遺囑內寫著，將日落大道和佛蒙特大道上將近四畝土地捐給兒童醫院。1994 年，洛杉磯發生強烈地震。隨後，加州通過法案，要求所有醫院在 2008 年前將急性和重症監護病房搬遷到具有抗震功能的建築。於 2012 年搬遷新住院大樓(圖三)。

這是一家百年歷史的公立醫院，經費來源多數靠社會福利金及各界捐款，醫院申請總床數為 603 床，目前僅開放使用急性 253 床，加護病床 106 床，全院員工達 4800 人。年業務量住院病人 13,800 人次、門診量 319,400 人次、急診 70,000 人次、平均住院天數 7.5 天。護理部組織架構如圖四。



圖三 CHLA 住院大樓



圖四 CHLA 護理部組織架構

四、 Ronald Reagan UCLA Medical Center 簡介

1945 年，加州大學董事會決定在加州大學洛杉磯分校(UCLA)建立醫學院。1955 年 7 月，UCLA 醫學中心正式開業。1994 年，洛杉磯發生強烈地震後，UCLA 醫學中心新址於 1999 年動工興建，2004 年完工，耗資超過 8 億美元（其中美國前總統羅納德·雷根募資 1.5 億美元），可抵抗 8 級地震，被稱為“世界上技術

最先進的醫院”。2008 年 6 月，新址正式開業，並被命名為羅納德·雷根醫學中心。同時，兒童醫院和神經精神疾病醫院也在新院址開業(圖五)。

1990-2015 美國年度最佳醫院排行榜排名第五。床位數 500 床，年入院人次 25,834，年急診人次 44,466，平均住院天數 6.79 天。UCLA 廣場（UCLA Medical Plaza，包括 80 個專科診所）提供門診服務，年門診人次 750,211。2005 年，羅納德·雷根醫學中心被美國護理認證中心認證為具有最佳護理品質的“Magnet 醫院”，護理部組織架構如圖(圖六)。

醫院的願景「醫治人類，及時幫病人改善健康狀況，減輕痛苦，並提供善良的行為」；使命「提供領先的病人照護，研究和教育」。價值觀「誠信，愛心，尊重，團隊合作，每天在卓越和探索中工作」。期望每一個團隊成員實踐準則 **CICARE**（讀作“**See-I-CARE**”）

Connect” 連接” 使用先生/小姐病人或家屬或者他們喜歡的名字。

Introduce” 介紹” 自己和自己的角色。

Communicate” 溝通” 說明打算做什麼，對病人的影響，以及其他需要的信息。

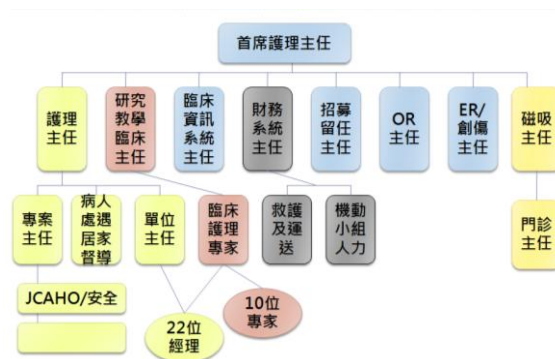
Ask” 問” 能事先看見病人和/或家庭的需求、問題或疑慮。

Respond” 反應” 對病人或家庭的問題能即時性處理。

Exit” 退出” 禮貌解釋接下來會發生什麼，或當你將離開時。



圖五 Ronald Reagan UCLA Medical Center



圖六 護理部組織圖

五、個案管理制度的學習經過

當初 UCLA 護理系依進修計畫，確認我的學習課程是 Master of Science in Nursing Advance Practice program 的 Adult/Gerontology concepts for advanced practice nurses in acute care 及 Quality Improvement and Population-based Quality of Practice 兩門課程時，心裡一直有個疑問“這和我要學習的 Case Management 有何關係?”。經

過教授的說明解釋、醫院的觀察及詢問同學後得知，原來是要成 Manager 就要先具備碩士學位，所以才會要我參加他們的相關課程。

The Post Master 's Program 等同臺灣護理研究所的在職專班，每位學生都是臨床護理師，此課程分 6 學期約 2-3 年完成，畢業後可考 CNS(Clinical Nurse Specialist)或 NP(Nurse Practitioners)執照，取得 CNS 執照後可選擇走疾病管理如疼痛管理專家、糖尿病管理專家、護理指導專家、腫瘤護理專家、敗血症護理專家、單位/部門管理人或專案經理人...等。因我是三個月短期進修無法學習所有課程，只能選擇這學期的相關課程上課，雖護理系只給 2 門課，我透過跟我同樣身分的同學及兒童醫院的 Lori 的幫忙，我額外去旁聽 Global Health, Human Rights, and Social Justice 和 Theories of Instruction and Learning in Nursing，這兩堂課也是 The Post Master 's Program 的課程，只是多數是一年級生上的課。

課程目的是要 Manager 具備(一)專案規劃、執行、評值能力、(二)研究的能力、(三)實證為基礎的能力、(四)組織能力、(五)系統性思考的能力等五大能力。到臨床上履行的職務範圍包括病人的治療效果及護理持續改進、透過與護理人員合作提供優質的護理、評估目前的做法，檢討替代方案，與病人、護理管理者協商、提供員工教育、適當分配人員和資源、建立病人檢查及治療計劃、教育病人和家屬管理自己的健康、結合實踐以促進員工的團隊精神、分析病人的數據和成果、參與研究...等。2013 年票選全美最好的職業第二名為 CNS。

在 CHLA 見習時，了解到該醫院 Case Management 的職稱種類有 Ward Manager、Case Manager、糖尿病衛教師、疼痛管理師、傷/造口管理師，還有 Lori 的角色功能也是一種 Manager(Lori 是多元文化的衛教中心管理者)，他們管理單位及主要工作內容如下表(表一)：

表一 CHLA Case Management 種類及工作內容一覽表

類別	管理單位	工作內容
Ward Manager	首席護理主任	每個單位至少有 2-3 位 Ward Manager，分別負責該單位人員考核屬共通性工作(依單位人數分配)，再分行政、品管及教學研究等三大業務。從招募、品管監測、教育訓練都是 Ward Manager 負責。
Case Manager	不屬於護理部人員	最主要是了解病人治療進展、後續照護需求、控制住院天數，控制每一病人成本在保險給付範圍內。
糖尿病衛	業務：醫療科	糖尿病病人收案評估、追蹤、護理指導、

類別	管理單位	工作內容
教師	管理：門診 Manager	還有社區、學校的健康促進...等活動都需配合。
疼痛管理師	業務：醫療科 管理：門診 Manager	具有疼痛的病人之收案評估、團隊討論、效果評估、護理指導等。
傷/造口管理師	業務：醫療科 管理：門診 Manager	接受病房單位照會，進行評估、協助指導換藥方式。 門診傷/造口病人的換藥、護理指導等。
靜脈導管護理專家 CNS	病房	屬於病房 RN 人力。 主要負責靜脈導管護理相關的政策制定、護理人員教學及發現及解決問題。 制定相關海報供單位使用。
衛教中心管理者	不屬於護理部人員	管理單位家庭資源中心、翻譯中心、資訊系統的病人/家屬指導說明的內容開發、維護及成效...等。

在 Ronald Reagan UCLA Medical Center 見習時，了解到每個單位有一位 CNS 如 MICU 有一位敗血症臨床護理專家、腫瘤病房有一位腫瘤臨床護理專家，上班時間為 8-5 班，不需分配照顧病人，隸屬該單位 Ward Manager，主要工作職責負責相關領域的文獻閱讀、規範或作業準則的修訂、規範及作業準則之全院相關人員的教育訓練、監測執行狀況並隨時解決相關問題處置、及成效監測，是一個知識背景豐富且即時更新又完全獨立自主的一個角色。

六、複合式照護模式學習經過

複合式照護模式(skill mixed Nursing model)主要是透過醫院見習的方式進行學習，分別說明如下：

(一) CHLA-5west

5west，32 床，以傳染病(肺結核，百日咳和川崎病)、肺部疾病、風濕病糖尿病，內分泌和代謝性疾病為主，佔床率達 90%以上，以病人為中心的照護團隊有醫療、護理、社工、營養...等，詳細見圖(圖七)。複合式照護模式的人員種類、每班人數、工作時間及主要工作內容如下表(表二)。經過臨床實際觀察後，運用訪談方式了解單位此照護模式的優缺點，訪談內容如下：

Q(RN)：此種照護模式的優缺點？

A：此種照護模式十多年前在這家醫院當 PCA(Patient Aare Assist，PCA)開始就是如此，行之有年，沒有 PCA 協助那這些工作誰做？回歸護理？那是不可行對病人安全有很大疑慮喔...

優點是 RN、LVN、病人及家屬的滿意度會高；減少 RN、LVN 的工作負擔。

Q(RN)：每班兩個書記是不是可以省掉 1/2 的人力，尤其是第四個護理站那位人力？

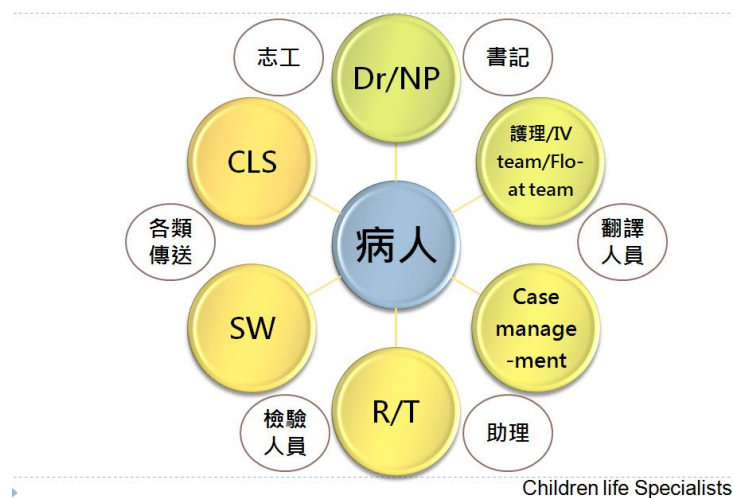
A：用人成本不需我們擔憂，我們不會主動提及這些事情，他最主要是協助觀察 16 床的監視器，一個單位有 5 個護理站，每個護理站約 2-3RN/LVN，有可能同時離開護理站，監視器出現”異常”鈴響無人可立即查看，這對病人而言是危險的。

Q(Manager)：此種照護模式的優缺點？

A：當初 PCA 的產生是因應人力短缺的方案，隨著醫院福利改善、護理人力增加再加上現今保險的給付制度，確實曾經想過還要不要存在的問題。如今 PCA 存在最大優點是與人才招募有很大相關，醫院現在接受護理學校第二學期(含)以上學生來半工半讀，透過這個機制可以事先評估適用性，若是適用在畢業時會留任在原單位的比率非常的高。

Q(Manager)：LVN 與 RN 差異不大，是否有考慮提升護理素質？

A：LVN(佔護理人力的 6%)都是在醫院工作很久的員工，我們已經沒有新招募 LVN(在 Ronald Reagan UCLA Medical Center 也是同樣的答案)。在病房單位才會 RN 與 LVN 工作內容差異不大，在加護單位會是 LVN 執行 PCA 的工作，會視單位嚴重性調整。



圖七 5west 醫療照護團隊

表二 CHLA 5W 複合式照護模式的人員種類及主要工作內容一覽表

職稱	上班制	每班人數	工作內容
Ward Manager	W1-5 8-5 假日輪流電話 on call	日 3	✓ 共通性：人員考核。 ✓ 獨立性：分行政、品管及教學研究等三大業務。 ✓ 參與日夜班 Charge Nr 交班。 ✓ 多數時間在自己辦公室及開會。 ✓ 專案推動執行監測及評價。 ✓ 每班巡視護理站 1-3 次。
Case Manager	W1-5 8小時 責任制	日 2	✓ 病人照護規劃，主要是對保險公司的給付業務。 ✓ 每日與醫療科 ward round meeting。 ✓ 每日與 Charge Nr、SW、RN/LVN ward round meeting。
Charge Nurse	7-7	日 1 夜 1	✓ 一位主 Charge Nr。 ✓ 培訓多位夜班 Charge Nr 及主 Charge Nr Off 代理人。 ✓ 培訓者優先擔任每班 resource RN。 ✓ 負責病人狀況掌握、病人分級、人力安排、臨床監測。
resource RN	7-7	日 1 夜 1	✓ 遞補臨時無法上班的人力(每位同仁 3 次/年的機會可以在 4AM 及 4PM 前因身體不適打電話請假。 ✓ 當班不穩定病人的檢查、手術、治療時的運送。 ✓ 協助忙碌的 RN/LVN。
RN	7-7	11	✓ 護病比 1：3。 ✓ 病人臨床 Total Care。 ✓ 11:30 參與 ward round meeting。 ✓ 參加床邊查房。 ✓ Cover LVN 侵入性治療。 ✓ 新進 RN 由 preceptor 帶領 22 週。
LVN	7-7	1	✓ 護病比 1：3。 ✓ 病人臨床 Total Care。 ✓ 11:30 參與 ward round meeting。 ✓ 參加床邊查房。 ✓ 不能執行侵入性治療。
PCA	7-7	日 4 夜 4	✓ 護病比 1：8。 ✓ 測量生命徵象。 ✓ 協助日常生活事物有：餵食(不含灌食)、擦澡、沐浴、更衣、單位清潔等。 ✓ 收集小便、大便檢體。
書記	7-7	日 2 夜 2	✓ 門禁管理。 ✓ 注意全病室的生理監視器，通知 RN

職稱	上班制	每班人數	工作內容
			處理(2 處)。 ✓ 製作新病歷。 ✓ 列印病人 Active Order Profile 供 RN 交班使用。 ✓ 借單位所需醫療儀器。 ✓ 護理站整潔維護。
助理	W1-5 8-5	日 1	✓ 補充治療室及病室門口的隔離物品。 ✓ 領醫療儀器。 ✓ 不包括送病人做檢查、領藥物、補一對一醫材。
清潔		日 2 夜機動	外包

(二) CHLA-BMT(Blood and Marrow Transplantation)

骨髓移植單位有 14 床，包含血液科/腫瘤科兩大科別，病房設備皆有前室準備區，單位除了照顧 14 床病人外，還要接收出院病人掛急診時的照護(此類病人免疫力低，故不希望在 ER 停留，病人掛號、ER 醫師初步評估後立即上病房等待下一步處理)，故每班會有一位 RN 只照護 1 位病人及此必要時人力。複合式照護模式的人員種類、每班人數、工作時間及主要工作內容如下表(表三)。

表三 CHLA BMT 複合式照護模式的人員種類及主要工作內容一覽表

職稱	上班制	每班人數	工作內容
Ward Manager	W1-5 8-5 假日輪流電話 on call	日 2.5	✓ 教學研究為 4W+BMT 1 人 ✓ 共通性：人員考核。 ✓ 獨立性：分行政、品管及教學研究等三大業務。 ✓ 參與日夜班 Charge Nr 交班。 ✓ 多數時間在自己辦公室及開會。 ✓ 專案推動執行監測及評價。
Case Manager	W1-5 8 小時 責任制	日 1	✓ 病人照護規劃，主要是對保險公司的給付業務。 ✓ 每日與醫療科 ward round meeting。
NP	7-7	日 2 夜 2	✓ 協助醫師的工作。
Charge Nurse	7-7	日 1 夜 1	✓ 一位主 Charge Nr。 ✓ 培訓多位夜班 Charge Nr 及主 Charge Nr Off 代理人。 ✓ 負責病人狀況掌握、病人分級、人力安排、臨床監測。
RN	7-7	7	✓ 護病比 1：1.5。 ✓ 1 位病人臨床 Total Care。1 位負責給藥。

職稱	上班制	每班人數	工作內容
			✓ 參與 ward round meeting。
LVN	7-7	4	✓ 護病比 1：2 個半的病人。 ✓ 兩位病人除給藥外的的工作。
書記	7-7	日 1 夜 1	✓ 門禁管理。 ✓ 注意全病室的生理監視器，通知 RN 處理。 ✓ 製作新病歷。 ✓ 列印病人 Active Order Profile 供 RN 交班使用。 ✓ 借單位所需醫療儀器。 ✓ 護理站整潔維護。
助理	W1-5 8-5	日 1	✓ 補充治療室及病室門口的隔離物品。 ✓ 領醫療儀器。 ✓ 不包括送病人做檢查、領藥物、補一對一醫材。
清潔		日 1 夜機動	外包

(三) Ronald Reagan UCLA Medical Center-6E

6E 屬骨髓、幹細胞移植及血液腫瘤病房，配置 26 床單人床，主要疾病以白血病、淋巴癌及血液腫瘤疾病為主，幾乎都是滿床狀態，複合式照護模式的人員種類、每班人數、工作時間及主要工作內容如下表(表四)。

表四 6E 複合式照護模式的人員種類及主要工作內容一覽表

職稱	上班制	每班人數	工作內容
Ward Manager	W1-5 8-5	日 1	✓ 屬病房老闆，等同本院的護理長工作內容。
Charge Nurse	7-7	日 1 夜 1	✓ 負責病人狀況掌握、病人分級、人力安排、臨床監測。
CNS	W1-5 8-5	日 1	✓ 負責腫瘤相關領域的文獻閱讀 ✓ 規範或作業準則的修訂 ✓ 規範及作業準則之全院相關人員的教育訓練 ✓ 監測執行狀況並隨時解決相關問題處置、及成效監測
RN	7-7	日 9 夜 9	✓ 護病比 1：3-4。 ✓ 其中 1 名不分配個案，完全用於用餐的支援人力。
CCP (Clinical Care Partner)	7-7	日 4 夜 4	✓ 護病比 1：8。 ✓ 測量生命徵象。 ✓ 協助日常生活事物有：餵食(不含灌食)、擦澡、沐浴、更衣、單位清潔等。 ✓ 收集小便、大便檢體。

(四) Skill mix nursing 文獻閱讀學習

1. Skill mix 定義：

「Skill mix」通常用來形容的搭配在一個組織中的職位，等級或職業（嚴格來說，這是更準確地稱為“級混合”），例如 CHLA 的護理人員層級有 RN、LVN 及 PCA，此三種職位人員搭配在病房，提供護理照護活動(James & Mario, 2002)。

2. 醫院推動「Skill mix」的理由(Buchan, Ball & O' May, 2000)：

- (1) 技術短缺
- (2) 成本維持
- (3) 品質改進
- (4) 技術的創新或新的醫療技術
- (5) 新的健康促進課程或活動
- (6) 健康預防措施的改變
- (7) 法律、環境的改變。

3. Skill mix nursing 的作法有(Gardner, 1991；Krapohl, Larson, 1996)：

- (1) 傳統的助手，主要是受過訓練的工作，進行簡單的護理任務支持註冊護士。
- (2) 非臨床助理/文書，主要從事非臨床文職工作。
- (3) 技術助理用於複雜的技術，協助護士。
- (4) 夥伴護理助理，搭配主護護士提供初級護理。
- (5) 訓練有素的職業訓練/合格護理人員，傳統的護士助手經歷了幾個額外的培訓計劃週或數月，承擔了護理責任註冊護士或其他醫療專業人士的指導。

4. 推動「Skill mix nursing」的成果：

正面影響有：每增加 **10%**護士的比例，病人死亡率及 **30** 天內再入院可下降 **5%**。提升病人滿意度。降低感染率。

Skill mix nursing 負面影響：助理的百分比上升，並結合增加病床，醫院標準化死亡率上升。護士每增加一位病人的工作量存在死亡的風險增加 **7%**。

與醫院用護理人員的成本無明顯差異。

Skill mix nursing 不是唯一的選擇，用人單位還應該檢查其他的可能性，比如提高使用病床，資本設備和其他資源;提高編制模式相對於日常的波動的工作量和病人的依賴;和調整資源的分配(Bostrom & Zimmerman, 1993; Aiken, 2003; Aiken, 2002; Yang, Hung, Chen, Hu, Shieh, 2012)。

七、臨床護理的學習過程

(一) 對一位初到醫院參訪的訪客，也是需要了解當地法規、醫院的政策及緊急狀況應變。

還沒到 CHLA 報到前，已先收到好幾份文件要求我必須詳細閱讀，經過閱讀後發現原來內容是申請表、保密聲明、維護病人隱私的責任、法規及測試卷、免疫/結核病體檢聲明、醫院的緊急代碼及火災初步應變計畫、遵守醫院規定的同意書。RR UCLA Medical Center 也是要先填遵守醫院規定的同意書。

(二) 醫院門禁管理措施

CHLA 整個醫院僅有大門及急診室兩個出口，每位進到醫院的訪客、病人皆須在入口處取得適當的通行證(圖八)後方可入內，適當的通行證是依訪客停留時間有不同顏色的管理，通行證上還註明單位，例如：每天上午到醫院時要先排隊接受盤問，問我是誰?做什麼的?我要去哪裡?找誰?電話呢?;問完後他會打電話確認是不真有這一位訪客;確認有後我會得到一張藍色貼紙，上面寫當日日期、單位;搭電梯前還有一位人員會檢查是不是要去的單位(第一次換了衣服忘記將貼紙戴上，到一樓買午餐後在電梯口就被攔住了，我手上拿午餐又穿工作服，不放行就是不放行，只好重新回登記處從頭開始…)。10 月中美國出現首例伊波拉(Ebola)病人後，在此處立即增加詢問訪客的旅遊史，確實真的很落實門禁管理。

RR UCLA Medical Center 住院、門診是在不同大樓，住院門禁管控全在各單位，單位有大門有位書記會詢問到訪原因後才進入病人區。

(三) 護理單位人員訓練、在職教育及考核

以 CHLA 的 5W 病房為例，應屆畢業新進 RN 會接受 22 周的帶領指導，22 周期間，開始會有較多的上課，與帶領者先分配簡單病人開始到複雜嚴重病人，應照顧病人數仍是 2-3 位病人。

在職人員每年應完成的時數因所持證照種類不一，故應完成時數不一致，但要完成的教育訓練、維持證照的有效性都是自己的責任，醫院會在年初開始將醫院一整年所需開的訓練課程一次公布如兒童加護護理訓練，自己依所需時間安排假期學習。在醫院所開立的訓練課程院內兼職或全職人員全部免費，另外醫院每年補助全職人員教育訓練 16 小時及 250 美金；兼職人 8 小時及 125 美金。

每位 RN 到醫院報到日就是往後的考核日，一年一次，考核前所屬的 Ward Manager 會給兩份同儕互評考核表，由當事者找兩位同仁協助評核，Ward Manager 也會給單位兩位同仁請他們對他進行評核(當事者不知此兩位同仁是誰)，一份自我評核表。考核面談時，被考核人員還須舉證這一年的優良事蹟紙本如：新取得學歷、證照、指導誰完成困難技術…等。考核結果與下一年度的時薪連結，有調降、維持、提升時薪等三種。

RR UCLA Medical Center 每年補助全職人員教育訓練 40 小時。

(四)臨床給藥作業

CHLA 的 RN 沒有工作車，藥物集中在單位的兩間治療室內，每位 RN 每次只能準備一位病人的藥物，詳細給藥流程如下：

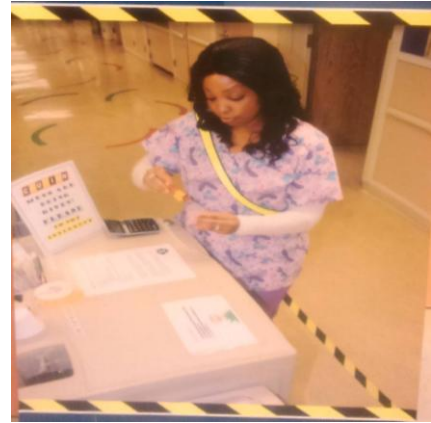
1. 夜班已先核對 Active Order Profile(等同我們的有效醫囑) 核對電腦 MAR
2. 日班 Active Order Profile 再核對電腦 MAR，將須給藥的時間點寫入工作提醒紀錄單內
3. 帶 Active Order Profile 進治療室備藥，治療室需密碼才能進入
4. 進入治療室後戴上給藥螢光帶(圖九)
5. 藥車需密碼才能開藥櫃
6. 管制藥在另一車需密碼+指紋，再請另一位密碼+指紋後方能打開，先 key 現存支數，再 key 取用支數。
7. 口服藥磨粉泡好後一律用空針抽出、再貼 stick。

此種給藥流程會增加 RN 來回出入治療室的時間，但是可以確保藥物與病人是正確的。值得學習的部分是出治療室的空針一律貼上 stick 並寫下藥名的做法。一次備一位病人的藥，為何還須戴上給藥螢光帶來避免他人干擾，一直是我所不解的?經了解後，得知最重要是在治療室備藥時，不要

和人交談，這是最主要的目的。



圖八 CHLA 通行識別證



圖九 CHLA 給藥螢光帶

RR UCLA Medical Center 的給藥作業就更安全，需要一套完整的設備才能做到如此，算是給自己長見識，詳細給藥作業如下：

1. 進入藥劑準備室(圖十)，從左到右的抽屜是口服藥、針劑、管制藥藥櫃，櫃子的正對面是以稀釋小量針劑、大量點滴及每床病人所屬的藥盒(上述藥櫃所沒有的特殊藥物會至於此，僅有此部分不需 ID 及指紋即可打開)，全部置於大型透明門冰箱內。
2. 開啓圖九左側電腦，點選病人 MAR 單，在右側電腦輸入個人 ID 及指紋驗證後，從右側電腦依 MAR 內容選藥物，一位病人的藥物一次點選完畢，鍵入完成。
3. 藥櫃會自動打開每一抽屜有 10-20 種藥物放在有蓋的小藥盒內，再自動打開小藥盒蓋，取出所要的顆數，蓋上藥盒，收回抽屜。
4. 再依 3 的動作取第 2 種藥物，...
5. 每一病人藥物取出後放入夾鏈袋。
6. 重複 3-6 的步驟，取第 2 位病人藥物...。
7. 若遇點選不到的藥物，那就是在病人藥盒，自己前去取出。
8. 到病人單位，開啓行動車上該病人 MAR 畫面(每間病房一台行動車)
9. 用 Bar-cord 掃描病人手圈
10. 再看著病人手圈念姓名、生日及病歷號
11. 用 Bar-cord 機掃描每一種藥物(同時完成給藥時間紀錄)，在給病人藥物服用或針劑使用。



圖十 從左到右的抽屜是口服藥、針劑、管制藥藥櫃

(五) 化學治療藥物給藥作業

CHLA BMT 化療藥物給藥流程如下：

1. 療程第一次時需填同意書
2. 醫師說明療程計畫(一份家屬簽名放 bedside)，同一療程每次住院都需再說明
3. 依療程計畫內容開立醫囑
4. NP 列印另一格式的 C/T Regimen 供護理給藥用，此作法的優缺點如下：
 - 優點：當天執行工作一目了然、限制時間點的藥物直接押上時間、清楚看出藥物順序、提醒抽血監測。
 - 缺點：多一次抄寫、需再 Double Check 一次。
5. 執行當日還需要確認醫師當日病程紀錄有寫執行 C/T
6. Double Check 項目有：醫囑、給藥前(含 BAS)、管路順暢 PICC、Double Lumen、Port-A(最少用的部位，外滲風險最高，q1h check 管路狀況)
給藥時的裝備有：眼鏡或護目罩、防水隔離衣(掛於病人的前室，若無髒污每天更換一次)、化療專用工作手套(圖十一)。

化療藥物溢灑包：單位沒有此溢灑包，當發生時，管制人員出入，call 專人來處理(腫瘤病房的人員帶用具前來處理，溢灑處理需熟練的人員，故不需人人都會，因帶我的指導者沒碰過故無法詳細告訴我處理過程及用物內

容)。

在 RR UCLA Medical Center 沒有機會看到實際化療給藥流程，但訪談 RN 得知化療藥物是藥劑部且排氣好送到病房，全部無紙化依電腦給藥執行，給藥時穿著防護為眼鏡或護目罩、防水隔離衣、化療專用工作手套。

化療藥物溢灑包：單位沒有溢灑包，當發生時依溢灑劑量判斷小範圍($\leq 5\text{ml}$)或大範圍。小範圍拿吸附墊吸起即可；大範圍可直接 call 電話#36 或 cord Orange，管制人員出入等待專人前來處理。故 RN 不需每年進行溢灑處理之教育訓練。



圖十一 化療廢棄桶、專用手套、防水隔離衣、加藥處需以錫箔覆蓋

(六) 單位護理品質監測與管理

品管監測項目有：例行性的 National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI)、The Joint Commission (TJC)、Magnet 三大機構要求的指標，包括人力、跌倒發生率及相關傷害率、滿意度、院內感染指標、醫院發生的壓瘡率、約束發生率...等。單位特殊性的由單位的品管 manager 自行規劃，但須每年向上報告自己的績效。監測結果須公告讓單位團隊人員皆知。

(七) 院內快速反應小組(Rapid Response Team；RRT)

CHLA RRT 成立目的：穩定病人在出現心跳、呼吸停止前、或異常事件發生時，能於第一時間介入處理。

CHLA RRT 規範：適用住院病人單位(不包括 ICU、ED、OPD)。成員：ICU Nr、ICU Fellow(ICU Attending Back-up)、RT、House Supervisor。Code RRT 10 分鐘抵達床旁。Code Blue Team 5 分鐘抵達床旁。

早期警訊評估表：PEWs (Pediatric Early Warning Score)，當評估 ≥ 4 分時須考

慮 call RRT，當評估 ≥ 5 分時一定 call RRT 前來協助處理。

CHLA RRT 還有一個功能是傾聽父母的關心(應該進一步處置，如轉 ICU)，當父母覺得病孩疾病惡化的進展處置有疑慮時，仍可直接由病室的分機 call RRT 專線。

CHLA RRT 人物結束後須完成的紀錄有完整 RRT 處置紀錄、病人醫療紀錄、RRT 滿意度調查、單位緊急處理紀錄(包含單位物品不足、分工的檢討)。

(八) CHLA 基層人員招募留任委員會(PCS(Patient Care Services) Recruitment & Retention Council)

會議內容如下：

- ▶會議目標說明
- ▶選出角色(副主席、紀錄)
- ▶Old Business : 15 minutes
- ▶點名、選出下次會議副主席、紀錄、下次會議時間
- ▶New Business : 1:45 minutes
- ▶08:15-08:25 iReport announcement(Patient Safety Program Manager)
- ▶08:30-09:00 Work Group time (邀請 HR 人員參加)
- ▶09:00-09:30 Foundation Department Overview (副院長報告)
- ▶09:30-09:40 宣導 Little GEM Award
- ▶09:40-10:00 PCS 年報更新討論

此委員會由基層人員組成(各單位推派一位基層代表，共 30 多位，其中只有一位醫院管理部分主管與會監督)，詢問為何都是基層參加?回答：主管決定的事不符合臨床實際面，例如：要落實 Break …。這樣的會議還有 5-6 個，有教學、品管、病人安全…。出席會議要給薪資，辦活動徵求志願者就不需給薪資了。

參加此會議的心得是讓我覺得東西方文化上有很大的差異，在此會議非常有效率，不管參加成員是誰勇於發言及尊重會議的態度，更驚訝的是副院長邀請同仁協助募款。

(九)降低跌倒發生率

護理單位跌倒發生率一直是護理部的一個痛，從全面地的跌倒危險性評估、在評估、每班查核預防措施、每周或更換照顧者時需再衛教、床欄警示鈴、

附加床欄翅膀…等全推上的，但就是沒見明顯的改善。故此次將跌倒預防措施列入觀察重點之一。再與老師討論此議題時，老師建議可閱讀 AHRQ 網站上的 Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses，第 10 章 Fall and Injury Prevention，文獻上與現行臨床類似。在 CHLA 的跌倒預防措施相較，差別有：1.病室門口有跌倒高危險警告標示；2.在對於家屬不願配合病孩睡兒童床時，醫院會再給家屬一份「Bed Safety Waiver and Release」。

RR UCLA Medical Center 從教育訓練開始包括 RN、LVN 及 CCP(Clinical care partner)都必須了解 5Ps 的預防跌倒的措施，5Ps 詳細說明如下：

1. Pain 疼痛~「王先生，你現在有哪個部位疼痛嗎？」
2. Personal Needs 個人需求~「我可以協助你到廁所/床邊的便盆椅？你要喝水嗎？你午餐定了嗎？你會冷嗎？」
3. Position 姿勢~「現在這個姿勢舒服嗎？你想坐在椅子上嗎？」
4. Placement 位置~「你有需要隨手可得的東西嗎？如叫人鈴、電話簿、開水、眼鏡、床上桌或電視遙控器？」
5. Prevent Falls/Injury 預防跌倒和受傷~「你答應我們你想下床的時候會拉叫人鈴？記住，你現在雙腿很無力還站不穩喔」

在 RR UCLA Medical Center 見習時，參加入常規性跌倒/跌倒傷害預防委員會會議(Fall/Fall Injury Prevention Committee)，會議主持人護理部主管，由 3 位病房 Manager、1 位 CNS、3 位 Charge Nr、1 位 RN 及 1 位物理治療師督導參加，會議中報告今年護理部的跌倒發生率、今年度加入 ICU 單位、明年加入門診單位的跌倒，其中有個單位過去 4 個月(7-10 月)發生跌倒 17 件，請該單位說明及單位具體改善措施，在場人員針對該單位措施提出意見討論，最後，護理部將過去 10 年的跌倒預防寫成文字稿請大家回去閱讀，開會 1 小時結束。

(十) SBARQ 團隊溝通模式

在 CHLA 時，會發現 SBARQ 被應用在所有可能團隊的溝通情境中如下，此做法可以讓護理師很清楚我的溝通交班模式，且是類似情境用相同作法。

1. 每日交班單，我們也自稱是利用 SBAR 的模式設計出現行的交班單，但往往護理師仍不知道護理部的交班模式是 SBAR，因為我們當初設計之初爲了省版面都已經將 SBAR 這是個大項捨去，這也難怪護理師天天拿也記不起來。

2. 穩定病人運送單。
3. 急救車上當病人狀況變差時，需與醫師溝通時的紀錄單。

八、護理系上課學習過程

(一) Adult/Gerontology concepts for advanced practice nurses in acute care

這班都是第二年的在職學生共有 23 人，由 Jo-Ann Eastwood 教授帶領，上課主題有愛滋病及伺機性感染、健康照護相關的感染、男性/女性癌症、腎臟損傷到腎衰竭、傷口管理、發燒/敗血症/休克、多重器官損傷、自體免疫系統疾病及倫理/法律/衝突處置...等都是邀請主題專家的醫師、CNS、臨床經驗豐富的 RN 來授課。這門課對我而言其實並不困難，因為上課前老師都已將報告檔放在網路上，所以我會先做事前的閱讀，這樣老師上課時就比較容易聽得懂。每周上課前的小考，題目都非常的活，都是臨床情況題，只要上課認真聽講再加上選擇題就輕鬆多了。

上課中，發現同學人人一台筆電，他們把老師說的話全部記錄下來，對於課堂上的發問那就更不用說，或許大家來讀碩班的動機不一樣(我在臺灣讀碩班時也會發現有人是為文憑而來)，那種學習態度與精神完全不一樣。還有實證文獻的運用手法確實很落實，報告的文獻是最基本的要求，還得標出 ABCD 的等級。

(二) Quality Improvement and Population-based Quality of Practice

這班也是第二年的在職學生共有 6 人(前一班 23 人中的 6 人)，由 Anna Gawlinski 教授帶領，上課主題分為三大部分，第一部分由 Anna Gawlinski 教授講授品質改善的基本概念、團隊的效能，這兩大主題時，邊上課同學需一邊分享自己的暑假專案的進行過程做經驗分享；第二部分由學生報告各種常見品管手法有 Donabedian 結構、過程、結果模式，PDSA(PDCA)改善循環模式，6 的標準差改善模式、RCA、Toyota Production System/Lean Production System 及 Failure Mode Effects Analysis (FMEA)，以介紹學理及臨床應用為報告主軸；第三部分是由學生帶領討論，討論主題皆由從 CNS 的角度出發有當一位主管要做品質改善所需的技能發展、如何提高病人滿意度、為什麼需要知道國際病人安全目標(National patient safety goals)、如何使用有意義的數據及方法、品質改善模式和策略如何提升及銜接，從微觀到宏觀層面、身為一位臨床護理專家如何建立和維持一個健康的工作環境。

這門課是我比較熟悉的領域，所以也可以聽懂討論內容及做簡要分享，同樣都是醫院環境他們也有他們在品質改善的一些困難，那些困難與我們也差不多，就是病人或家屬難配合、護理師的再教育及團隊之見的溝通...等，但可見的事最近大家極力在發展成組照護(Bundle Care)有壓瘡成組照護及成組衛教概念。這堂課也是要小考，只要不是問答題，就不會有困難。

課後，老師會指定很多文獻需閱讀，依指定路線上網搜尋後發現很多免費的資料可閱讀且都是整理過的文獻如 AHRQ-病人安全與品質手冊、IHI 組織的免費訓練課程等這是最大的收穫。

參、心得及建議

醫院培訓人才是組織發展很重要一環，但培訓人選確實是一大考量，年輕人語言不是問題但需考慮回國後留任貢獻度，中生代婚姻家庭穩固貢獻度高但害怕語言溝通不敢嘗試，後者就是我當初猶豫的點。大家說出國前一定要去補習英文會話，下班時間不定根本沒辦法去，我有免費的外語老師練習但又怕丟臉一次也沒去。所以，語言不佳的我獨自到 UCLA 來，是家人、長官最不放心之處。還好，在 CHLA 是華人帶領所以沒有溝通上的困難，上課透過課前預習及課後複習還是可以完成的，借助電腦資訊用 mail 溝通，只是沒辦法深入和別人交談是一大限制。

回想起整個學習過程，無論在醫院、在學校總是能順利渡過，只是和美國人溝通不能用中國人的含蓄，那會損失自己很多權力，例如：見習醫院參訪我知道不可能 10 天全部都在 RR UCLA Medical Center，後來得知他們的規劃是 RR UCLA Medical Center 2 天、CHLA 3 天及 Veteran Affairs Medical Center 5 天，當時也不知哪來的勇氣說我不想去 Veteran Affairs Medical Center，護理學院副院長問我理由是什麼？我說我去年已經去過這三家醫院，我也知因為價錢關係不能全部要求留在 RR UCLA Medical Center，但是希望減少去 Veteran Affairs Medical Center 的天數，那家醫院比我目前工作的醫院還不好，沒什麼值得那我學習的，且教學精神不優...等。我想當時副院長應該被我嚇到了吧，指說盡量改但沒辦法都不去。後來是完全取消去 Veteran Affairs Medical Center，慶幸的安慰自己去年的錢沒白花，要不這次學習一定會很糟。也得知副院長把後續相關安排去 Veteran Affairs Medical Center 參訪的行程全部取消(10 月份認識了南京中醫藥大學護理系的老師，經由他們口中得知，原本他們預計參訪 3 家醫院後來更改為 2 家)。還有副院長安排我去 RR UCLA Medical Center 2 天其中 1 天與我上課時間重疊，我也提出可不可以改時間我想去上課，剛開始也是說不行，後來我妥協說我會跟教授請假後，應該是副院長看錯信件內容，之後，也把時間挪開了。另一件是有關保險費的事，到美國第二個月了，突然收到保險公司的警告信件說：「我提出的保險證明不符合美國的要求，要我補買 750 美金的保險，否則…」，當時看到這封信真的很驚恐，都過完一半了

才說不行，求助臺灣朋友他也沒辦法，只好再求助副院長，我告訴她當初不是都可行通過的，現在出現這樣的信件讓我很擔心及焦慮…。後來，經副院長與經理溝通後，通融我把兩張保險的金額合併申報讓我通行。

行程上我的醫院見習只有 10 天，很幸運的在 CHLA 由華人帶領，兩人一見如故，得知我是因為經費問題，所以醫院見習時間有限，再加上她的同事、主管都知道我是臺灣來學習的，並不清楚我實際天數。副院長請我告訴南京中醫藥大學護理系的老師們，如何搭車去 CHLA，我也自告奮勇說我帶他們去，此事，應該感動了 Lori(學校與醫院的聯絡窗口)，她說有沒有興趣了解她的業務，她可以教我很多…等，真是令人興奮啊，一天下來終於知道她原來是 ward manager，表現不錯再加上有資訊背景，所以被提升為多元文化及家庭教育中心的主管，他手下有 3 位 IT 工程師負責全院衛教資訊的開發維護；她還負責家庭教育資源中心，資源中心有定期安排不同語言的衛教系列課程、教具及提供兒童天地、影印、收寄 mail、傳真…等服務；同時，翻譯中心也歸屬她管理，醫院有西班牙語、韓語、墨西哥語及華語的翻譯員。一天下來學習很多，也清楚病房電腦內的項目，更學習到一位主管如何與下屬討論工作計畫，還有，最大體會是在美國主管也是責任制，他們對工作的付出絕對不比我對工作的付出少，Lori 是如此的樂在工作中。突然增加她指導我的行程令我非常不好意思，感謝她給我的指導，沒想到，當日回家後，收到她的來信問我要不要再去，而且可以和她一起搭車回學校她有在護理學院兼課，一連串的好運，當然要好好把握，也是後來我去旁聽 Theories of Instruction and Learning in Nursing 的開始。由此可知，我去 CHLA 的天數比原計畫多出很多。經過三個月學習後，自己收穫滿滿，建議自己回醫院可學習的事項有：

一、 Skill mix nursing model 的衡量成效

醫院去年開始為解決護理人力短缺及護理人員超時問題，於內外科忙碌的病房單位增加 1 名照服員，曾被問及 1 位照服員可以代替多少的護理人力？他們的工作職責？成效指標？經過此次學習後個人建議是：

- (一) 在美國兩家醫院輔助人力不論是病房的 PCA 或是 BMT 的 LVN，皆無法省下任何一位護理人力，單位人力安排上仍是需要符合法規的規定，如 CHLA-5W 32 床，法規是 1 位 RN 照顧 3 位病人，每班人力 11 人就符合規定，但單位常規是 12 人(不含支援 RN 人數)+4 位 PCA；CHLA-BMT 14 床，屬重症單位，法規是 1 位 RN 照顧 2 位病人，每班人力 7 人就符合規定，單位常規是 7 人+4 位 LVN。臺灣南部一家醫學中心的研究也說明在護理人員用人成本上，有無增加 PCA 人力無顯著差異。

(二) 輔助人力的工作職責

工作內容	美國	本院
測量生命徵象	全面電子化，PCA 是從儀器	目前病房仍是手工測

工作內容	美國	本院
	抄下數據，再鍵入電腦，並無實際測量。	量，考慮操作準確性建議此內容暫不採行。
協助日常生活	鼻胃管灌食在醫院是不被接受，此屬 RN/LVN 的工作職責，理由是需要知道消化情形；護理之家是屬於 PCA 的工作內容。	建議病房單位不要全部歸 PCA 執行，應一天中應有一次是由護理師執行，以利進行病人消化系統評估。
蒐集大小便檢體		建議可行
協助病人移位(床、輪椅、助行器、如廁)		建議可行
維持病人單位整齊清潔		建議可行
記下病人健康議題(血糖控制、抱怨)，必要時須提供相關訊息給護理師		建議可行
教導病人在疼痛控制及疾病許可下之可以移動的範圍	PCA 照顧病人前，會一一與每位病人的 RN 確認，是否有應注意事項，PCA 會登錄下來。	建議可行，故護理師與 PCA 也需要有良好的交班方式。
基本救命術		目前已執行

(三) 以目前病房增加輔助人力後，可測得的成效指標有：

1. 降低該班之護理人員 overtime 時間。
2. 增加單位的病人滿意度。
3. 增加單位護理人員滿意度。
4. 降低單位該班跌倒發生率。
5. 降低單位 pressure ulcer 的發生率。
6. 降低單位病人/家屬的抱怨事件。

二、 個案管理制度的建立

在美國 CNS 被要求是臨床照護者、教育者、管理者、諮商者、研究者等角色功能，且須具備 ACCN 證照及碩士學位，同時是醫院建立標準、評值照護措

施的專家。廣泛的定義本院個案管理師包含感控護理師、肺結核護理師、愛滋病個案管理師、美沙酮個案管理師、癌症個案管理師…等 19 類 37 人(102.07.31 統計)，他們都是臨床的護理專家，針對這群臨床護理專家個人建議如下：

- (一) 配合醫療科業務推動，管理統一由護理部，如此作法在管理上才能一致性。
- (二) 除政策規定的指標外，提供基本品質改善手法的教育訓練(Donabedian 的結構、過程、結果指標、PDCA)，年度開始可從一人一項指標開始包含指標制訂、監測、成效評值，年初時可舉辦成果發表達到彼此觀摩學習的目的。

三、 跌倒預防措施

- (一) 本院兒科病房在過去確實有有多起家長不配合孩子睡兒科床，甚至與病孩同睡一張大床導致病人跌倒事件，建議可以學習兒童醫院對於家屬不願配合病孩睡兒童床時，給家屬一份「Bed Safety Waiver and Release」，目的不再懲罰家屬而是讓家屬也知道他們的行為其實是非常危險，我們一再告知危險性，且家屬也知道了。
- (二) 成人跌倒部分，建議可以學習 RR UCLA Medical Center 5Ps 的預防跌倒的措施，再加上經驗學習金字塔理論及批判性思考，運用臨床教案拍攝在新進人員及每年教育訓練中，透過影片、討論方式進行，來加深護理師的記憶。

四、 SBARQ 溝通交班模式

學習 CHLA 的方式，重新修訂護理師交班單，並增加病人狀況不佳時的溝通報告單，其目的是讓護理師皆知我們的交班模式是 SBAR，有讓經驗淺的護理師在遇到病人狀況不好時，可以知道要收集病人那些重點資料，以便順利與醫師報告，降低護理師的壓力。

五、 明年 4 月預計邀請 RR UCLA Medical Center MICU 的臨床專家至醫院進行演講

此機會真的是緣分，去年到 MICU 見習一天時與她有一面之緣，她只告知她是臺灣人是該單位 CNS。因為她是敗血症的臨床護理專家，故被邀請來護理續為我們上課，利用下課時間立即上前自我介紹，並邀請可否利用她回臺灣度假時，到雲林一遊，並與醫院護理師分享她在美國的護理經驗及 CNS 腳速功能分享。沒想到她一口答應並告知預計明年 4 月回臺灣，期待她的到來。

與 UCLA 確認學習計畫是 2 周醫院見習，10 周課室教學後，曾經被質疑不好，應該三個月全部在醫院比較好，其實我也喜歡全部在醫院再加上是被指定 UCLA，真正原因是學費太貴了，醫院補助的經費只夠繳交學費及來回機票的旅費，再加上 UCLA 地處精華地區又考量獨自一人的安全，所以住在離學校走路 5 分鐘的熱鬧區域相對住宿費更貴。感謝護理部蔡紋苓的鼓勵與支持及院方願意培訓護理人才的進修機會，讓我完成我自己不敢奢望的夢想，同時感謝在這三個月協助我度過生活上的難題、教導我的學校老師、同學及醫院的指導者、適時和我聯絡的家人、長官及同事們，有您們真好。

肆、 參考文獻

- Aiken L. H. et al. (2003). Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality. *Journal of the American Medical Association*, 290(12), p1617-1623.
- Aiken L. H. et al. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Journal of the American Medical Association*, 288(16), p1987-1993.
- Buchan J., Ball J., O' May F. (2000). Determining skill mix in the health workforce: guidelines for managers and health professionals. *Geneva: World Health Organization* (document OSD discussion paper 3).
- Bostrom J., Zimmerman J. (1993). Restructuring nursing for a competitive health care environment. *Nursing Economics*, 11, p35-41.
- Gardner D. L. (1991). Issues related to the use of nurse extenders. *Journal of Nursing Administration*, 21, p40-5.
- James Buchan & Mario R. Dal Poz (2002). Skill mix in the health care workforce: reviewing the evidence. *Bulletin of the World Health Organization*, 80(7). p575-580.
- Krapohl G., Larson E. (1996). The impact of unlicensed assistive personnel on nursing care delivery. *Nursing Economics*, 14, p99-112.
- Yang P. H., Hung C. H., Chen Y. M., Hu C. Y., Shieh S. L., (2012) The Impact of Different Nursing Skill Models on Patient Outcomes in a Respiratory Care Center, *Worldviews on Evidence-Based Nursing _ Fourth Quarter*. p227-233.

全文完