

出國報告(出國類別：考察)

高效能醫療服務與設計

服務機關：國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院

姓名職稱：護理部 謝瑜玲副主任

李芷萍督導長

鄭惠如護理長

梁蕙菁護理長

陳意超護理長

派赴國家：荷蘭，阿姆斯特丹

出國期間：107年4月28日至107年5月6日

報告日期：107年6月11日

摘要

歐洲的長期照顧制度與服務一直被譽為典範，荷蘭的長期照護保險，在 1968 年實施，主要的實施原因是因為荷蘭人口老化問題，因老年人慢性病多，住院人數、天數的增加，使得整體的醫療住院成本高漲，因此促使荷蘭政府改革，並發展長期照護。反觀我國，在行政院衛生署資料顯示，台灣於 2025 年將面臨超高齡化社會，推估在 2060 年社會老化指數高達 441.8%，為建構一個符合國內民眾對於醫療的需求，如何在地老化與社區化是我們應該努力的目標，而荷蘭的長照與醫療的服務，確實值得作為我們學習的參考。

此次行程規劃是參訪荷蘭的長照服務單位及創新優質醫療服務，安排參訪荷蘭羊角村的 Zonnewied 護理之家及阿姆斯特丹大學醫學院附屬醫院 (Academisch Medisch Centrum, AMC)，了解醫學中心整體出院準備計畫，透過完善評估中心及醫療保險制度支應，執行轉移至長期照護機構等相關運作。

因荷蘭政府在老人健康促進政策上著墨甚深，特別重視長者生活需求，讓長者獲得良好醫療照護，特別在失智老人照護之中，讓我們看到不一樣希望，在 Zonnewied 護理之家特別著重失智長者的需求與滿足，讓他們自主選擇所需，並且快樂與獨立生活，值得我們做為未來規劃長期照顧與醫療服務參考。

這趟參訪之旅，看到 AMC 以病人為中心的服務模式及 Zonnewiede 護理之家對於長者人性化且尊重的醫療服務，讓我們學習到：(1)如何運用周邊資源執行在地老化的藍圖、(2)以病人為中心的整合性服務、(3)老年醫學的人才培育，都是未來發展長期照顧與醫療服務的重要參考。

目次

一、考察目的.....	1
二、考察地點.....	1
三、考察過程.....	2
(一) 行程規劃.....	2
(二) 荷蘭保險制度.....	3
(三) 參訪 Zonnewiede.....	3
(四) 參訪 AMC(Academisch Medisch Centrum)	13
(五) BMJ 研討會.....	20
四、心得與建議.....	29

一、考察目的

- (一) 了解荷蘭醫療對於出院準備及長照服務的推動，包括如何提供以病人為中心之優質服務，含動線、指標系統以及相關周邊與環境設施的規劃及運作。
- (二) 如何結合科技並重新設計醫療用品，運用於病人的出院準備，提升醫療服務品質。
- (三) 參訪 Zonnewied 了解荷蘭的護理之家相關運作。
- (四) 參觀 AMC 了解整體出院準備計畫，及如何下轉至長期照護機構，以期未來出院準備規劃之參考。
- (五) 分享荷蘭過渡時期的護理推展，促進醫療保健服務的相關研究。

二、主要考察地點

(一) 參訪護理之家 (Zonnewiede)

含周邊環境、建築結構、收治住民類型、護理之家日間活動、成本運用、護病比、工作人員作業執行狀況，以及周邊相關設施。

(二) 參訪阿姆斯特丹大學醫學院附屬醫院 (Academisch Medisch Centrum, AMC)

1. 了解一般成人出院準備執行過程。
2. Emma Home 作業流程:了解兒癌出院準備護理執行過程。以病人為中心推展的過渡時期的護理(住院->護理之家；住院->出院返家)相關研究分享。

三、考察過程

(一) 行程規劃

日期	時間	地點	參訪行程
4/30	2:00PM~5:00PM	荷蘭北部羊角村	參訪 Zonnewiede: <ul style="list-style-type: none">● 了解機構人力運作● 機構收案方式● 參訪機構內相關設施● 訪談工作人員
5/2	10:00AM~12:30PM	阿姆斯特丹	AMC(Academisch Medisch Centrum) <ul style="list-style-type: none">● 參訪出院準備部門並訪談工作人員● 了解兒癌出院準備服務● 參訪 Emma Home● 分享 AMC 執行老年人的過渡時期護理 (transition care)研究
5/3	9:00AM~5:00PM	RAI 會議中心	海報發表及研討會活動
5/4	9:00AM~5:00PM	RAI 會議中心	海報發表及研討會活動

(二) 荷蘭的保險制度

荷蘭因長期住院人數與住院費用成本不斷上升，荷蘭政府意識到醫療成本控制的問題，並認為醫院及長照機構的照護費用需分開（周，2006），因此荷蘭政府將長期照護費用支出，從一般醫療保險分離出，並正式實施長期照護保險制度。在 1968 年荷蘭即通過特殊性醫療費用支出法（Exceptional Medical Expenses Act, AWBZ），AWBZ 保險制度是全世界最早對長期照護採取社會保險的國家，是一種強制性的全民納保的社會保險制度。所有居住在荷蘭的居民，包括在荷蘭工作的外國人，都需要強制性的參與保險，而參加保險者即受到 AWBZ 的保障。長期照護的保險是採取

全民納保或現金給付，可委託私人保險公司或是使用照護服務包制度，每家保險公司都必須向健康保險局。這些保險制度的改變，是因荷蘭政府在長期照護的醫療財務壓力下，所採取的改革，主要的變革是將長期照護之失能、失智等慢性疾病，從一般性健康保險中抽離，依被保險人的服務效能來決定服務提供者的給付，而 AWBZ 是由照護評估中心(Centrum Indicatiestelling Zorg, CIZ)負責評估每一位被保險人可以得到何種形式的照護，近年來荷蘭政府也提供個人化的服務來滿足被保險人的需求，變成以功能取向的支付制度(Dementia in Europe yearbook, 2006)。被保險人經由照護評估中心(CIZ)決定照護需求指標(indications)後，即可透過相對應的照護服務包得到需要的服務。可提供的照護功能包括：家事服務、個人照護(如提供淋浴、穿衣)、護理(如換藥)、支持性陪伴、治療(如復健治療)及入住機構等。因此在因應保險制度之下，若無法有效控制醫療成本支出，則民眾所需負擔的保費也會隨之高漲。為因應長期照護不斷高漲的財務壓力，近年來也委託了像是私人保險公司、照護服務包制度等改革措施，來減輕財務的負擔，而荷蘭的推行與改革的措施，可做為未來我們發展長期照護及實施上的借鏡與參考。

(三) 參訪 Zonnewiede 護理之家

1. Zonnewiede 位置

Zonnewiede 護理之家位於荷蘭北部的一個安靜住宅區(圖一)，位於綠色和美麗的羊角村莊(Giethoom)之中，羊角村是世界聞名有著荷蘭威尼斯之稱的村莊，雖地處偏遠，但幽雅的環境與氛圍，會讓人處於一個輕鬆、慢活的狀態。



(圖一 Zonnewiede 所在地取自 <https://www.zorggroep-onl.nl/zorg-en-wonen/locaties/>)

2. Zonnewiede 護理之家環境與主要收治的對象

Zonnewiede 護理之家從建築外觀，幾乎看不出與一般住宅的差異，是自然的融入於社區中(圖二~五)，沒有明顯的圍籬，讓住民像住在家中一樣，且看到許多家屬自在的出入於此，與台灣大多長照機構或醫療院所，層層隔離有很大的不同。Zonnewiede 共有 23 間寬敞的居住所，其中 3 間提供給短期入住者，這 3 間是給因治療需要，像是手術後需療養或需要密切觀察者，經醫師評估暫時無法回家自我照護者，Zonnewiede 就有提供此項服務，參訪 Zonnewiede 過程中，詢問相關工作人員，Zonnewiede 現共收治 20 名住民，100% 占床率，收治住民平均年紀在 80 歲左右，年紀最大的男性為 100 歲、女性則是 99 歲，住民均為失智患者。



圖二 周邊環境 1



圖三 周邊環境 2



圖四 周邊環境 3



圖五 周邊環境 4

3. Zonnewiede 護理之家建築設計

護理之家空間規劃是以環狀圍繞，整體設計為開放式設計空間、內部裝潢以大片的落地窗為主，採用自然採光，牆壁以石灰岩設計，可增進老人手部的觸感，牆壁上漆柔和的白漆，讓空間顯得更寬敞與明亮，壁掛住民拍攝的羊角村的作品集，環繞整個一樓，會有一種懷舊的氛圍；室內空調採中央空調供應冷暖氣，整體環境整潔舒適，居住的環境就像是以"家"為出發點，樓下開放性空間設有餐桌、簡易廚房及休息公共空間，整體讓團隊為之驚艷。Zonnewiede 未有門禁管制限制住民，住民可自由活動，並鼓勵他們參與社交活動，破除了機構式的照護迷思(圖六~九)。



圖六 光線明亮與木質軟地板



圖七 中央空調供氣管路，預防住民熱燙傷，給予保護套。



圖八 1樓公用小型廚房



圖九 石灰岩牆壁、溫馨佈置

4. Zonnewiede 護理之家房型室內設計

因應長者需求，採無障礙空間，並尊重住民隱私性，採一人一間獨立房間，每一個房型均有基本設置，內有廚房、客廳，以及浴廁設備，浴廁內都採用無障礙設計，地板具防滑措施，預防長者在使用浴廁時滑倒，而長者居住空間可依據自己的喜好，來進行房內裝飾與擺設，接受住民個別化，並允許住民擁有自己想要空間與佈置，是一個以住民為中心，量身訂做舒適、方便又安全的「家」(如，圖十~十二)。房間內相關設施如下述:



圖十 住房全貌



圖十一 功能齊全廚房
(冰箱、微波爐)



圖十二 大片窗台、採自然光線

- (1) 叫人鈴:印象深刻的是房間內住民使用的叫人鈴(圖十三)，是可以掛在住民的脖子上，隨身攜帶著走，並非設置於常見的床頭邊，其優點是病人在房間內活動時，若有任何的需要可隨時按鈴呼叫，不須再走回床頭按鈴，住民也表示，當有需要時按鈴，護理人員會立即探視，增進許多安全感。
- (2) 電動床與床欄:住民的床均為可升降式的電動床(圖十四)，住民的床一面靠

牆側(圖十五)，可預防跌倒事件的發生，床單及其相關的備品，可由住民喜好來準備，讓住民用的舒適；每床電動床均備有床欄，但若須使用床欄，則必須經過家屬或病人的同意，並簽屬同意書後才能執行，這完全符合病人之自主權利，又能同時考量到病人的安全。護理之家的床欄的設計為長條式(圖十六)，與目前醫療院所內使用分段式不同，其優點是住民不易由床欄縫隙中滑落或試圖下床，其缺點為床欄為折疊式收起及拉開，工作人員較不易操作。

	
<p>圖十三 護士叫人鈴 (壁掛式與懸掛式)</p>	<p>圖十四 電動升降床</p>
	
<p>圖十五 床靠牆側</p>	<p>圖十六 床欄折疊式收展</p>

(3) 浴廁:每一間房均有獨立浴廁，設有無障礙的設施(圖十七~圖十九)，進入浴室時，無門檻且門距寬敞，助行器與輔具均可輕鬆的進入。浴廁的地板具有止滑作用，每一間浴廁都設有緊急呼叫鈴(圖二十)，若使用浴廁時發生緊急事故需要協助，住民可以拉(按)鈴使用，會有工作人員立即前往協助，大

致上整體浴廁設置與目前醫療的無障礙廁所的設施上，並無太大的差異。



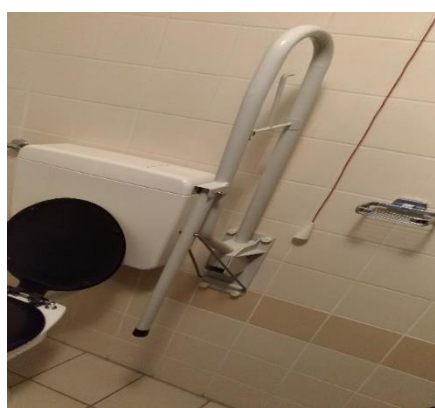
圖十七 浴廁於障礙設施



圖十八 扶手放下具有固定的功能



圖十九 扶手可收起



圖二十 浴廁緊急呼叫鈴

5. Zonnewiede 護理之家其他工作區域設計

為增進住民熟悉感，及強化住民環境適應與凝聚向心力，Zonnewiede 運用在地素材，來縮短新住民的適應期，以減緩住民因老邁、失能及異動居住環境所造成的心理壓力，在其他相關工作區設計分述如下：

- (1) 一樓活動走廊區:走廊上壁掛設計強調地方特色，因此在環境營造上使用大量當地化元素，以 Giethoom 當地風景畫攝影或具人文特色的作品(圖二十一)作為環境佈置重點，讓長者不會因環境上的異動而感到不安。其中一幅裝飾作品是由機構住民與工作人員共同完成(圖二十二)，作品色彩繽紛、和諧，具有濃厚的向心力與歸屬感，可以感受到 Zonnewiede 用心幫助住民適應機構環境及成功營造機構特色的成果。



在一樓活動走廊走道，皆設置有扶手(圖二十三)，讓長者活動時，可隨時使用，以維護長者活動安全。環境上除了強烈在地化特色外，也刻意融入家的氛圍，許多細微處亦可發現機構的溫馨裝飾，並沒有因為是團體生活空間而失去家庭感，無論是大廳或住民房間，隨處可見鮮花點綴或居家飾品擺飾(圖二十四)



(2) 廚房:廚房作業區採取二種供餐模式，每週會公告廚房的菜單，住民可選擇自行房內準備餐食，也可以選擇由中央廚房供餐，每一個房間內都有廚房基本設施，像是微波爐與冰箱，但因考量用火的安全，沒有瓦斯的使用。若是住民喜愛食用自己準備的食材，可於房內或是至公共區廚房準備食物；另一種供餐模式，是至樓下與其他住民一起共餐，享受似家庭時光的共餐氣氛，所有餐費均要額外收費。中央廚房相關用品與擺設都是井然有序(圖二十五)，餐點準備主要由廚師協助，住民並未參與，廚師會將準備好的食物放至溫控式餐車中 (圖二十六)，會由廚房工作人員推至公共餐廳區，分

發給每一位住民食用，每一週也會有快樂餐(Happy meal)，讓住民選擇他們想要餐點。訪談 Zonnewiede 的工作人員表示，機構的住民多為失智長者，年齡在 80~100 歲，多數者都需要使用輔具協助日常活動，因此在三餐準備上，大多為供餐模式，且考量日常生活功能，多數長者都難以自行準備食材，但為了讓住民也能參與餐點準備，會設計於日常活動安排，例如製做餅乾或蛋糕，讓住民參與類似活動，增進社交能力。



圖二十五 中央廚房

圖二十六 溫控裝置餐車

- (3) 洗衣房:因成本考量下，原先的外包洗衣模式，變更為由 Zonnewiede 的工作人員協助洗衣，以節省機構的成本支出，洗衣房共設有 4 台洗衣機(圖二十七)，協助住民衣物清潔，因荷蘭長照服務屬照護包制度服務，也有提供相關家事服務，若能樽節部份高成本支出，對機構收益也會較大。



圖二十七 洗衣房

6. Zonnewiede 護理之家日常活動安排

在個人活動及空間使用都相當尊重個別化及隱私性，在活動安排方面，對於意識清晰且具行動能力的住民，尊重其個人意願，可自行安排當日的活動行程，機構沒有門禁限制，所以住民不會因為入住機構而感到自由被剝奪感，若屬失智或行動能力稍差的住民，亦可隨個人意願參加機構的固

定活動。機構內有安排相關職能治療師，來協助住民參與相關的職能治療(圖二十八~三十一)，特別是認知及懷舊治療活動，每日的治療活動與主題並不相同。參訪當日，治療師是一位德國人，此次參與活動的住民約莫 10 位，年紀最大的為 100 歲，活動區的住民可依據個人喜好選擇座位、飲品及點心，治療師運用認知模板，讓每一位參與住民可以撒骰子，骰子停留顏色區塊，治療師就會請住民說出此區塊物件，會有什麼或是使用反問法詢問，例如藍色區塊在哪裡？客廳會有什麼東西？床是在客廳嗎？這些都是針對失智長者進行相關認知治療，另外團隊也一起參與機構當日的懷舊治療活動，治療師運用懷舊照片，讓長者說出照片內影像代表的是什麼，令我印象特別深刻的是，當治療師拿出一對親密的男女坐在一起時，治療師鼓勵在場的長者們回答問題，其中一位老奶奶毫不猶豫回答說，It's about love，令我特別動容，對於他逐漸遺失的記憶中，能說出一個愛的概念，對於這些逐漸遺忘的老人而言，顯得十分彌足珍貴。



圖二十八 治療活動相關用物



圖二十九 認知治療用物 1



圖三十 認知治療用物 2



圖三十一 參與懷舊治療活動

7. Zonnewiede 護理之家工作團隊與個案訪視工作

工作團隊主要設置有個案經理人、合夥人、兼任醫師 1 人、護理師 15 人，家事管理員 1 人及輔助人力，團隊中的經理人主要是在協助接案的相關工作，當評估中心(CIZ)有合適個案接洽，經理人就會提供相關資訊給病人與家屬，當病人或是家屬選擇 Zonnewiede，在入住前會說明入住的相關服務，並了解與尊重其個人之意願，至於在收費的部份，機構不會向住民個人進行費用的收取，主要是向政府及私人保險機構收費，保險機構每月在固定銀行撥入住民入住相關費用，每一位住民費用都不相同，取決於住民保險支付範圍。在護理照護工作部份，是以三班進行排班，白班配置 2 名護理人員、1 名輔助人力及家事服務員 1 名。

護理人員主要工作在評估與執行護理計劃活動，每一位住民都會有自己檔案夾，內容記載住民活動記錄以及政府規定一些相關評估表單，評估的內容包含了住民的生、心理狀態，評估的結果均需要護理師雙方覆核，以確定資料評估的正確性(圖三十二~三十三)，並依據住民狀況，擬定相關護理計畫，提供照護措施與評值，另外紀錄亦會呈現住民或家屬反應的事項，而每位護理師幾乎每一天都會紀錄住民的狀況，所有的紀錄都會給予住民/家屬簽名，十分重視住民的相關權利。在輔助人力部份，主要是在協助一些非護理之工作，例如協助餵食、沐浴等，尊重住民意願與隱私，當住民不願意時，並不會強迫他們執行，而家事服務員主要在協助各房內的清潔作業。在參訪當日時，在公共區活動的住民，不但衣著整齊、身上並無異味，即使是失智嚴重的長者，也是一樣外觀乾淨整齊，在工作人員陪伴下，參與機構內相關活動。當住民有醫療上需求，需要協助就醫，機構內設有兼任合約醫師，會請醫師到機構內訪視住民，另外住民也可以選擇自己的家庭醫師為自己作醫療諮詢。



圖三十二 介紹個案檔案夾

圖三十三 說明撰寫紀錄內容

(四) 參訪 AMC(Academisch Medisch Centrum)

AMC 始建於 1983 年，是荷蘭境內最大的且最先進的醫院之一，屬醫學中心，床位共設置 1002 床，在全球醫學排名 50 名左右，AMC 隸屬阿姆斯特丹大學醫學院附設醫院，屬臨床、教學與研究並重的醫學中心，內設有一級創傷中心，其中包括先進的創傷護理，兒科和新生兒重症監護，心胸外科，神經外科，兒科腫瘤以及傳染病等部門。

1. AMC 位置與周邊環境

AMC 交通位置設置於交通便利處(圖三十四~三十五)，若開車前往，在高速公路交流道 A9 的 3-Amsterdam-Zuidoost 號出口下即可到達醫院；若搭乘公共交通系統，以捷運線來說，有 2 條捷運線會在此交會(捷運綠線 50 及黃線 54)；若搭乘公車來此，到達 AMC 共有 5 條公車路線，分屬 375~379 號公車均可到達；若搭乘火車前來，在 Station Holendrecht 下車，AMC 地理位置屬交通樞紐及便捷的地方，無論選擇哪一個交通路線，都可以輕鬆到達 AMC。也由於地理位置絕佳，在外傷病人中 Time is life，AMC 絕對具收治一級創傷能力資格的醫學中心。

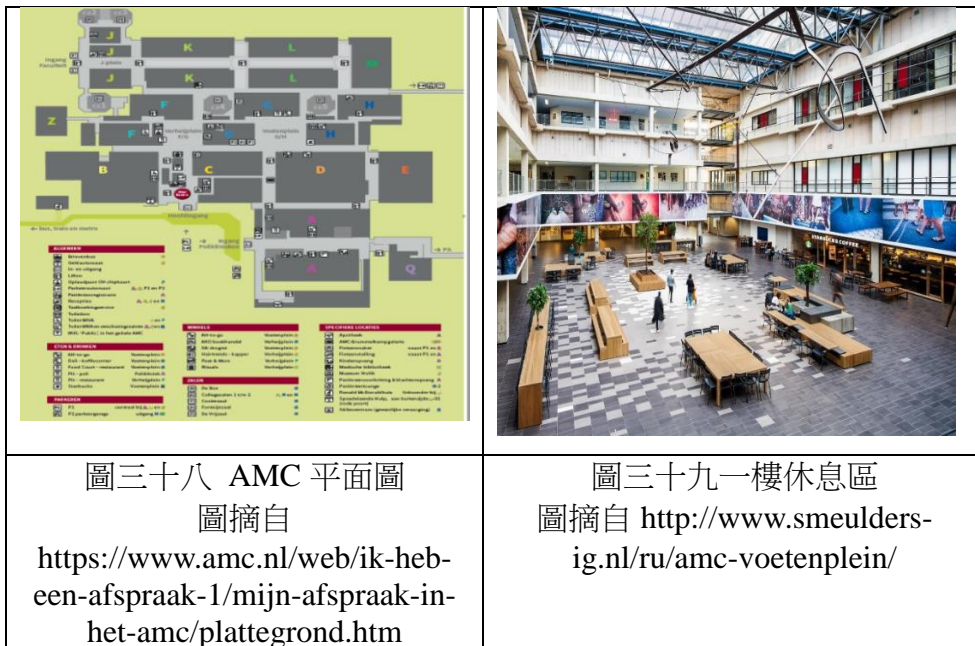
AMC 醫院的周邊環境優美，樹木林立，沒有圍牆及隔欄，坐落於綠地盎然的大公園處(圖三十六)，沿路走來十分舒適，觀察從下車處，即可明顯看見 AMC 標示(圖三十七)，發現醫院周邊並無住家，環境上相對安靜，若沿著標示走來，也可以輕鬆地到達醫院。



2. AMC 建築

AMC 的一樓動線設計(圖三十八)，為相關行政區、研究區、檢驗室、工作人員休息與購物區，醫院整體採光以自然採光為主，走道區的屋頂均為透明窗頂，走道寬敞且光線明亮。AMC 兩邊的人口大廳旁設有接待處，位置坐落大門明顯處，讓來訪人員，能透過接待處詢問或聯繫相關部門，如同我們台灣的諮詢服務櫃台，只是設置地點不同。AMC 一樓與台灣的醫療機構有著很大的不同，即使在本院，平日都是人滿為患，醫院一樓像是菜市場般的擁擠與吵雜，不時還有傳送人與病床穿梭於當中，在 AMC 的一樓並沒有這種壓迫感，一樓設計多為休息區(圖三十九)，設有超市、美髮部、服飾店、餐廳、麵包房、書店等，在這樣寬闊的公共空間裡看不到穿著病人服的病人，沒有各種吵雜聲；各樓層間公共無線網絡非常方便；樓層通道的牆上張貼各種藝術畫作，整體顯現是一個讓人感覺乾淨、明亮的醫院且具有寬闊的空間，院內商店街提供非常多樣化的商品提供選購。不時看到工作人員停留於此休息區，利用空閒時間在此處進行能量補充、閱讀思考、討

論、打報告、查閱資料等活動。



3. AMC 一般出院準備服務

首先在護理長 Monique Kooijman 帶領我們到達出院準備部門，由負責出院準備的 Case Manager 來為我們詳細的介紹 AMC 如何提供出院準備服務，Case Manager 角色如同台灣的個案管理師，當醫師決定病人可以出院，並評估個案狀況需求，個案管理師就會開始協助並提供病人出院準備的相關照護與計畫，以降低病人及其家屬的焦慮與不安，所有的決定仍以”病人為中心且尊重”病人的決定，例如:若病人狀態只接受單純施打藥物者，例如化學治療或是疼痛的治療，則病人可以選擇由醫護人員到宅提供居家服務，協助在家中施打藥物療程，讓病人在自己熟悉且舒適環境下治療，減少不必要住院。

Case Manager 向我們說明以化學治療為例，許多人在治療一段時間之後，病情相對穩定，只須定時注射化療藥物，這樣留滯在院，不但醫療成本增加，住院天數延長，同時也會影響到家庭與病人心理，因此當醫師判斷在病情相對穩定時，即可回家接受居家照護醫療，Case Manager 會給予相關資訊給病人及家屬參考，以居家為例，他們提供了一個攜帶式的幫浦(PUMP)(圖四十~四十一)，PUMP 的設定由醫護人員操作並鎖定，當病人回家時，居家護理師會親自指導，包括如何銜接管路、管路相關注意事項

項，及包括異常時的處理，居家護理師會主動給予病人與家屬聯繫電話，只要他們有任何照護問題需要獲得協助，24 小時均可諮詢，統計最常來電諮詢的問題，多為機器 ALARM，其中多數是因為管路阻塞，而管路阻塞絕大多數是因為注射在手肘的周邊置入中心靜脈導管(Peripherally Inserted Central Catheter, PICC)，因姿勢關係阻礙藥物滴注，導致機器鳴響聲，近年來在加強衛教指導，這樣的問題已經大幅下降。另外也有提供以壓力幫浦方式的輸液管路，外觀設計是一種軟袋包覆(圖四十二~四十三)，軸心是採壓力式控制藥物滴注，藥物供給有兩種，定量或是單次輸注制，藥物在施打前，均已配置於軟袋中，選擇居家施打藥物病童，家屬可拿處方簽至藥局領藥。其優點是軟袋攜帶方便，可放置於口袋內，病童不論在生活或是活動上，均不受影響，可與其他孩子一樣踢球、跑步。每週居家護理師會探視病童及家屬，詢問他們照護需求，倘若病情有變化，經評估後確立，則會協助安排入院。



圖四十 介紹輸液幫浦功能



圖四十一輸液幫浦 2



圖四十二 介紹攜帶式輸液

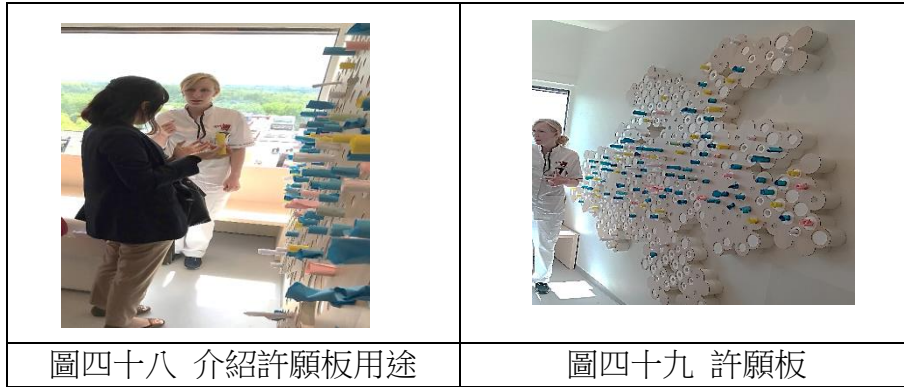


圖四十三 攜帶式軟袋

4. AMC 兒童癌症大樓

在兒癌大樓中，考量病童感受與入住環境的舒適，指標與病房設計均採活潑明亮的顏色(圖四十四~四十五)，在兒童病房區，利用許多生活化且活潑的設計規劃室內空間。走進兒童癌症病房，休息區與走道區利用裝飾作為空間區隔(圖四十六~四十七)，休息區有大片的落地窗可俯視 AMC 周邊公園，一片綠意盎然，陽光灑落在休息區中，真的是名副其實得陽光室，讓癌症病童及家屬，若因治療及照顧需要，不得外出的情形下，仍能感受到自由的氛圍。在陽光室旁設有許願板 (圖四十八~四十九)，癌童可將自己的想法或是內心話寫下，親自放入許願板中，將自己希望，透過許願板傳遞，透過這樣方式，也讓工作人員或是病童父母，更加的了解癌童的想法及願望。這一層樓動線規劃全部都是兒癌相關部門，包括病房、加護病房、檢查室、餐飲部、遊戲區、閱讀室、工作人員辦公室、討論室等，均設置在這一個樓層，最特別的是，在醫院裡設有一間兒童電影院，提供小病童休閒觀賞，且若有朋友來訪也可以一起觀賞，這樣的規劃巧思，完全是以病童與家屬做為出發的友善設計，可借鏡做為未來生醫園區兒科病房環境設置的規劃考量。





5. 兒童癌症出院準備服務 Emma Home

在兒癌負責護理長 Kareliene Pouw 帶領下，由個案管理師向我們介紹 Emma Home 在兒癌出院準備角色及服務(圖五十)。Emma Home 是以病人為中心的跨團隊服務，接受世界各地的癌症病童到 AMC 癌症中心接受服務與治療，此團隊中包含多專科醫師，有兒科醫師、腫瘤科醫師、精神科醫師及心理治療師、護理師、個案管理師、社工師等組成。在 Emma Home 個案管理師具有重要角色，是以病人為中心的服務，在病童入院時，立即安排多專科相關醫師會診及評估病童，團隊會共同討論決定個案的檢查、治療與相關護理照護計劃。Emma Home 提供的服務有:

- (1) **Bridge 溝通橋梁:**提供轉介服務與溝通管道，銜接醫院、居家照護以及日間照護平台。
- (2) **Case management 個案管理:** Emma Home 有三位全職個案管理師協助個案管理服務，每一位個管師大約負責 5 位個案，主要在控制及有組織的監測癌童醫療照護，提供病童與家屬建議、教育與資訊，是促使團隊共同合作的重要人物。
- (3) **Home visit 居家訪視:**居家護理師會去到癌童家中去探視，依據標準執行相關護理評估，並觀察是否有照護上的問題需要協助。
- (4) **Advance care plan 進階的護理照護措施:**幫助癌童回家是最首要任務，其中包括:發展癌童照護指引、提供個別化的服務。
- (5) **Present theories 發現新的理論:**修正或是發展癌童照護指引。
- (6) **After Care 持續性關懷與照護:**癌童往生後的喪禮舉辦方式，案父母悲傷輔導、持續關懷服務幫助家屬釋放罪惡感、召開家庭會議等。

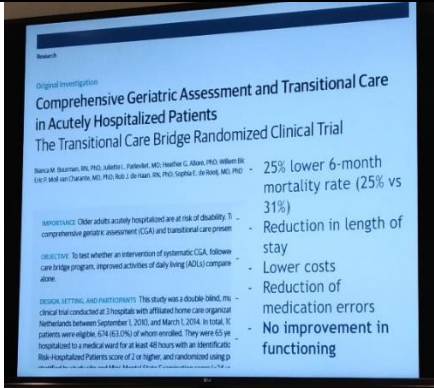
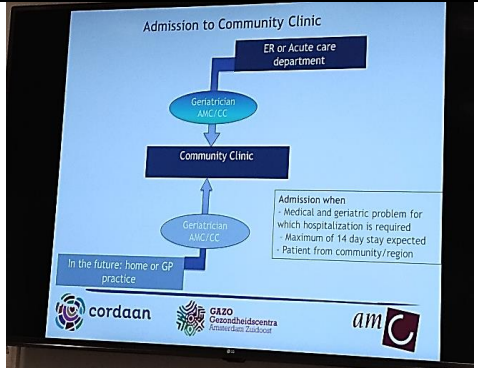
在 Emma Home 給予是一種客製化具有個別性的服務，因此每一位癌

童的住院天數並不相同，與現今台灣兒童癌症作業模式是具有差異化。在 Emma Home 團隊中，個案管理師是擔任在各團隊的靈魂人物，肩負著重要角色，因此在 Emma Home 工作人員資歷中，必須由有豐富臨床照護經驗之人員擔任，才能勝任處理各種的相關複雜性的問題，不建議由剛畢業之新人或無經驗者擔任。

6. AMC 研究分享

最後分享 AMC 團隊在 Transition care(過渡時期照護)相關研究(圖五十一~圖五十三)，研究文章發表於 2016 年 JAMA 研究雜誌，研究探討主題為 :Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients the Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial，研究時間從 2010 年 9 月 1 日~2014 年 3 月 1 日，收案對象為>65 歲急性住院老年人，須留滯醫院>48 小時者，經過高危險性評估量表(Seniors at Risk-Hospitalized Patients Scores)，評出分數>2 分者才進行收案，總共收案 674 人，使用雙盲交叉分組方式，實驗組使用顯示 Comprehensive Geriatric Assessment+ Transitional Care，對照組只有 Comprehensive Geriatric Assessment，實驗組會有一位社區護理師(CCRN)前去探視，分別在出院後第 2 天、第 2、6、12、24 週進行訪視，追蹤 6 個月後比較 2 組成效，結果顯示:(1)2 組 ADL 功能以及再返率無顯著差異(2)6 個月內死亡率，實驗組具有顯著差異(p=.045)。其研究顯示，提供一個完善過渡時期照護，有效降低病人死亡率，另研究也發現，將社區(GP) 或機構醫師、社區護理師、醫院醫師三方，建立起有效溝通橋梁，對於病人回歸社區後照護，具有很大幫助，如何讓這個橋梁更有效及確實讓社區醫師掌握社區老人健康狀態，是這個研究最終精神。



<p style="text-align: center;">圖五十介紹 Emma Home</p> 	<p style="text-align: center;">圖五十一研究分享 1</p> 
<p style="text-align: center;">圖五十二 研究分享 2</p>	<p style="text-align: center;">圖五十三 研究分享 3</p>

(五) 英國醫學期刊(British Medical Journal, BMJ)研討會

International Forum on Quality and Safety in Healthcare 論壇自 1996 年英國醫學期刊(BMJ)主辦(第一年於倫敦舉辦)，2007 年起由英國醫學期刊(BMJ)及美國健康照護促進協會(Institute for Healthcare Improvement, IHI)聯合於歐洲辦理，成功聚集來自 70 多個國家，3,000 多位全球衛生領導人和醫療從業人員，依專業臨床主題進行病人照護相關議題的討論。每年均輪流於世界各地舉辦，此次會議為第 23 年舉辦之國際論壇，於荷蘭阿姆斯特丹 RAI 會議中心(RAI International Exhibition and Congress Centre)舉辦，會議時間為 5 月 2 日至 5 月 4 日為期三天，與會之國家包括日本、台灣、韓國、中國、馬來西亞、新加坡、香港、美國、英國、法國、德國、加拿大、西班牙、荷蘭....等超過 75 個國家參與，共計超過 150 位國際講者及來自各國 3,000 人以上與會。來自世界各地共 700 多篇海報發表，並於各區設立海報口頭發表區，增加與會人員間之學術研究互動。



1. 本院此次海報發表成果:

此次海報發表共 9 篇，由院長領軍率隊參與 BMJ 研討會活動(如圖五十四~五十六)，本團隊五人均發表海報展覽，分述如下:

(1) 謝瑜玲副主任海報發表主題:以批判性思考(Critical thinking) 建構醫院環境安全-謝瑜玲(如圖五十七);摘要:醫院環境安全持續列為評鑑規範,包括建築與相關硬體設施設計與維修安全及避免人為蓄意破壞、偷竊、暴力攻擊、縱火等威脅病人、家屬與員工生命財產之安全。院方採鼓勵及免責安全事件通報,2016年通報事件達1,440件,2017年1月至9月通報件數達1,001件,其中通報關於環境安全之公共事件有118件。2017年9月通報公共安全事件有「下班發現RFID門禁失效改由門鎖鎖門,隔日RFID門禁尚未復原」而進行通報。品管中心接獲通報到現場就實際現況了解後,與總務室、安全衛生室、資訊室及工務室人員共同召開會議檢討,了解事件原因。發現總務室委外進行環境消毒時,依消毒單位要求採水煙式環境消毒,為避免引發消防鈴啟動,安全衛生室人員將消防系統電源關閉,又因消毒完為下班時間,交班由工務室值班人員待消毒後復原系統,但因消防主機更新尚未進行操作教育訓練,值班人員不會復原導致未即時復原系統。全員以批判性思考再檢測環境安全問題如下:

- A. 消毒方式的適切性? 應該要依單位要求?
- B. 消防系統電源關閉的適當性或依專家建議性? 被影響區域有哪些? 安全性的因應對策為何? 哪些相關單位應被告知?
- C. 安全衛生室與工務室間的交接班方式? 有無完件紀錄或僅是口頭交待? 新進設備操作的教育訓練時機為何? 設備正確操作有無評核機制與紀錄?

就問題思考改善對策,明訂作業規範供人員作業參考之依據。

- A. 蒐集實證文獻並尋求專家建議,確認適切的消毒方式,由總務室明訂各項消毒規範,如有特殊需求須專案討論,經核可後方能異動,並確認擬定因應方案。
- B. 安全衛生室明訂消防設備遮斷規範,消防系統電源不得關閉,如有特殊狀況陳請核示後再行處置,並有因應方案,告知所有影響單位人員在電源關閉期間應注意事項,以維護環境安全。
- C. 明訂單位間業務交接規範,確認可正確執行並記錄。
- D. 明訂儀器設備操作作業規範,依規進行相關人員教育訓練。以 Failure

Mode(FMEA)計算 Risk Priority Number(RPN)由 720 降至 8，其中 Severity 由 10 降到 2，Occurrence 由 8 降到 2，Detection 由 9 降至 2，風險評估係數明顯改善。

環境安全需要全員共同維護，由 RFID 門禁失效主動通報，團隊共同以批判性思考再檢視原因，找出在各個環節失誤點進行改善，並於全院院務會議提出檢討報告，推展至各單位再重新檢視相關作業模式，以營造更安全的就醫及就業環境。

- (1) 李芷萍督導長海報主題: 運用成效改善循環模式改善氧氣閥體異常事件(如圖五十八); 摘要: 氧氣是醫院所有患者維持生存之基本需求，一旦供應中斷將有生命危險。本院 2016 年 9 月於心臟超音波室患者於檢查中發生無中央氧氣供應，係因同層樓整修工程中，未先通知單位下不慎關掉氧氣閥體，SAC 為 4 級。故成立團隊改善小組共 5 人，運用 FOCUS-PDCA 手法收集與事件相關流程，找出問題發生的關鍵步驟，透過分析演練狀況及原因樹(why tree)確立根本原因，並介入全院氣體閥箱及監視器規格盤點紀錄; 製作氧氣閥箱供應範圍及操作須知; 停氣緊急應變計畫及演練; 建立工地開工前交接確認表等對策並實施，截至 2017 年 10 月無類似事件發生，FOCUS-PDCA 應用於解決臨床問題能達到持續改善成效，提升病人安全及醫療照護品質。
- (2) 陳意超護理長海報主題: 運用醫病共享決策模式提供需氣切患者之照護(圖五十九); 摘要: 呼吸器使用超過 2 週以上，且短期內無法脫離呼吸器的病人，常常需要面對是否執行氣切手術的問題。2016 年 11 月到 2017 年 1 月，調查這有 24.5% 以上需要氣切手術病人的家屬對氣切有誤解。經團隊成員腦力激盪，製作單位氣切衛教作業程序，宣導醫療團隊利用醫病共享理念，主動提供氣切有關的基本知識進行衛教指導，包含利用實際醫材來呈現氣切與氣管內管差異、製作氣切衛教海報說明氣切手術位置，並利用 QR cord 連結影片說明，影片內容以實際單位為背景，拍攝執行氣切後病人情況，加入氣切手術 Q&A，另外加入病人返家生活，甚至回診及可以利用發聲閥說話的過程。統計 2017/10/1-2018/4/8 在相關介入措施執行後家屬的焦慮得分明顯下降($p<.001$)，認知的分上升($p<.001$)。藉由自製醫病共享決策輔助工具，如指導單張、

海報及親身經歷分享的衛教影片宣導，提供醫療團隊說明氣切有關的基本知識進行衛教指導，拉近醫病之間對醫療資訊的落差，貼近以病人為中心的照護，讓家屬知道氣切對病人的影響及優缺點，提升醫病間有效的溝通，讓家屬做出對病人最佳的醫療選擇，並有效降低家屬的焦慮。

- (3) 鄭惠如護理長海報主題:運用 TRM 改善重大外傷病人 30 分鐘內送達開刀房 (如圖六十);摘要創傷病人被定義需要被即時診斷及治療，在最初臨床治療嚴重的創傷病人，時間是相當關鍵的因素，尤其是針對生命造成威脅的傷害，關鍵就在於「黃金 1 小時」要立即診斷及治療，1 小時內死亡最常見的就是頭部外傷及嚴重出血的病人，這類病人最容易在數小時之內死亡，所以創傷小組即時的介入相當重要，尤其對於需要接受緊急手術的病人，應該在受傷後及接受手術前以最短的時間內控制病人的出血狀況，對於需要緊急接受剖腹探查的病人，低血壓機在急診停留的時間會影響到死亡率，每多停留 3 分鐘就會增加 1% 的死亡率。根據醫策會(Joint Commission of Taiwan)醫療品質指標中，胸腹部重大外傷病人於 30 分鐘內送達開刀房可提高創傷病人存活率，病人到達急診室經由醫師評估後啟動創傷小組，決定是否需緊急手術，依據 2016 年統計資料顯示有 1/2 病人無法於 30 分鐘內送達開刀房，經由急診團隊及創傷小組擬定策略改善。

- (4) 梁惠菁護理長海報主題:運用 TRM-落實照顧服務員手部衛生 (圖六十一);摘要:臺灣已逐漸邁入高齡化社會，許多病人住院時須仰賴照顧員 24 小時的陪伴及照護，為避免病人增加醫療照護相關感染機會，以 TRM 精神成立照顧服務員手部衛生推動工作小組。由問卷調查及手部衛生稽核結果，確定預改善之目標為：手部衛生遵從率、手部衛生正確率、照顧服務員認知率；藉由系統性改變、教育與訓練、評估與回饋及場所標示，將手部衛生稽核結果定訂目標值，透過檢討改善，執行宣導、稽核、回饋及給予獎勵，照護服務員能將手部衛生內化成照護病人流程的一部份，期望經過共同努力達成降低醫療照護相關感染之病人安全目標。手部衛生是國際間醫療照護重要之議題，在臺灣的醫療環境，除了需要專業的醫護人員參與之外，更重要的是其他陪伴在病人身旁卻容易被忽略的輔助人力。



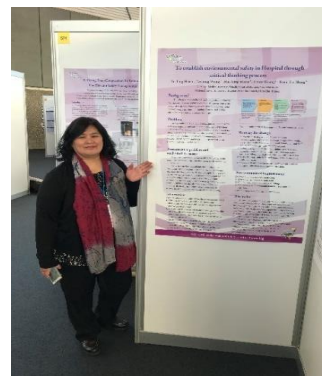
圖五十四 院長領軍參與
BMJ



圖五十五 全體合影 1



圖五十六 全體合影 2



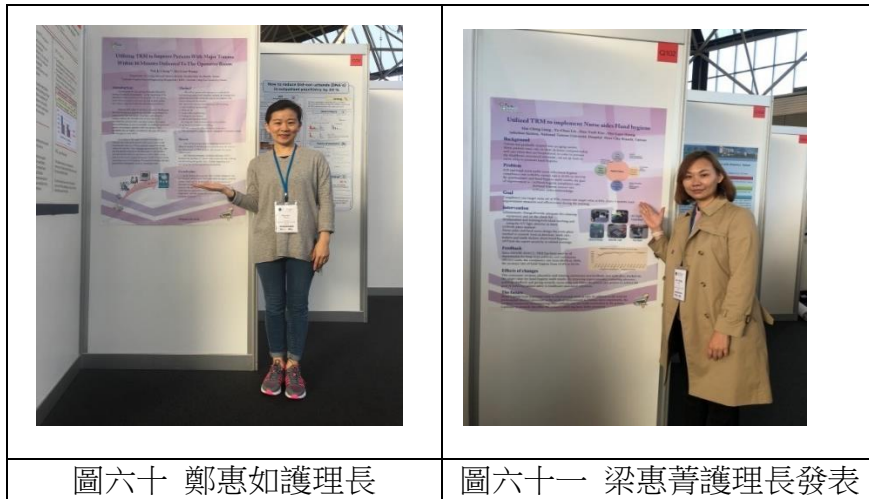
圖五十七 謝瑜玲副主任發表



圖五十八 李芷萍督導長發表



圖五十九 陳意超護理長發表

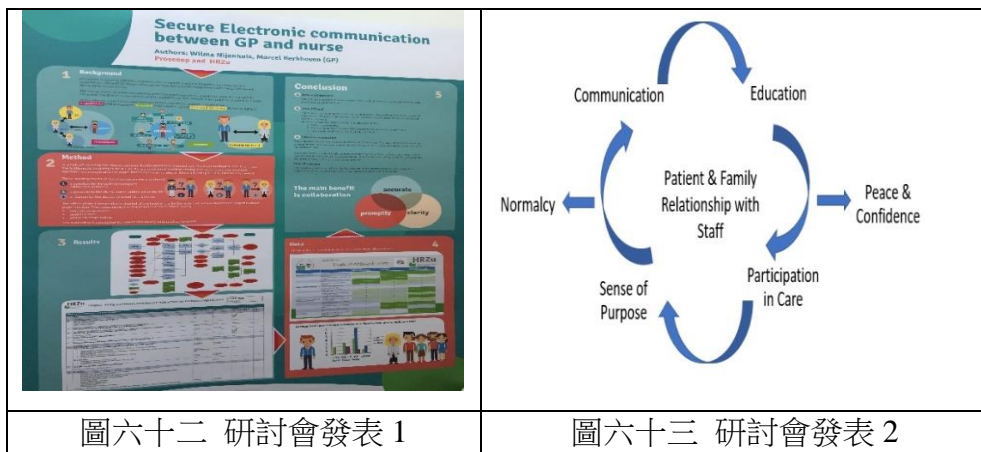


2. BMJ 研討會發表重點摘錄

- (1) 主題：使用以病人為中心設計思考，主講者：Ingeborg Groffioen , Liz Lamb
 Ingeborg Groffioen 指出設計思考的過程，必須不斷的找出新的問題、新的想法，了解既有的措施是否合適並檢討，以解決用戶和其他利益相關者可能未滿足的需求，並且描述解決方案，考慮使用者需求及可行性並創造可共同理解的語言是重要的。Liz Lamb 以一個兒童須住院手術為例，其父母可能面臨醫護人員病史的詢問、填寫文件資料等感到焦慮，及病童面對疾病的未知、面對出院時的準備，使此就醫過程有不好的經驗，另外，工作人員因應較多病人及與時間賽跑的工作壓力等亦造成糟糕的工作經驗；於是他們重新設計醫療流程，依流程擬訂以下計畫：
 a.利用電子郵件或網路等提供相關問卷、b.打電話給每個家庭了解問題及需求、c.提供相關資源、d.手術時提供支持、e.跨團隊共同擬定照護及出院計畫，結果顯示病童父母不好的就醫經驗可被改善，並簡化工作人員作業流程，可提升工作的滿意度。
- (2) 主題:Secure Electronic Communication between GP and Nurse，作者 Wilma Nijenhuis (如圖六十二),其為運用一個溝通工具，來增進 GP 及護理師達到有效溝通，透過這個溝通工具，達到溝通目的，並建立良好的合作關係，對於病人回歸社區後照護，具有很大幫助。
- (3) 主題:What do Mechanically Ventilated patients and their families want? A sense of normalcy and partnership(如圖六十三)，其為利用跨團隊介入，提供一套焦點式 Q&A 包括：ICU 使用呼吸器相關知識、可能的併發症

及照護注意事項、提供減少 MV 併發症常用的策略與知識、有效地傳達相關資訊、有策略地讓家屬參與照護工作並紀錄照護過程。利用 I-PAD 輔助，加上清楚且主動性的說明，讓家屬與病人得到安全與舒適的照護，不僅降低病人的焦慮程度，並且減低家屬與護理間緊張的氣氛，也降低護理人員負荷。

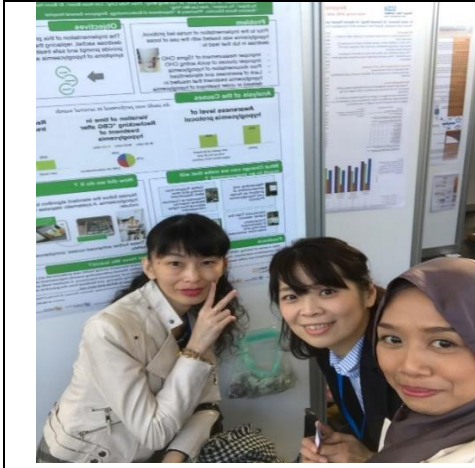
- (4) 海報類-Geriatric Care by Intern Physician at a Primary Care Clinic，透過醫院與社區醫療院所的轉銜服務，有效降低老年病人出院後短期再返醫院的機率。在老年病人出院前進行生理、疾病各項評估後，轉介初級診所單一窗口，在老年病人出院後一週內由社區醫療院所進行訪視，並提供相關醫療照護，有效減少老年人因輕症再返就醫。



3. 會場參展廠商交流：

- (1) NHS:英國國民保健署(National Health Service)在現場以小型論壇方式，與現場與會者交流，並成功吸引現場與會人員關注病人安全問題，而近年台灣所推廣的醫病決策共享(SDM)，積極鼓勵病人及其家屬參與醫療決策，在其網站上亦可找到需多參考資訊。
- (2) 現場與來自新加坡護理人員分享如何進行病人低血糖改善方案，透過他們創新與思考，從新審視流程並變更給予糖水步驟，只要護理人監測到病人血糖數值低於 35mg/dl，護理人員可依循照護指引直接給予葡萄糖水的治療，把所有血糖數值標準化，讓護理人員直接操作執行，與來自異國護理師進行心得分享，並獲得致贈的小禮物(圖六十四~六十五)。
- (3) Institute for Healthcare Improvement (IHI) :是全球健康和保健改善領域

的領先創新者。IHI 是一個獨立的非營利組織，與世界各地的具遠見的領導者與和一線產業者共同合作，以激發大膽創新的方式來改善個人和群體的健康狀況。



圖六十四 會場交流



圖六十五 獲致贈禮物

四、心得與建議

(一) 本次參訪主要心得

在 Zonnewiede 提供的機構式服務中，我們感受到 Zonnewied 相當重視個別化及隱私，可以有效的降低住民入住機構的衝突與磨擦，入住環境適應對住民老年生命回顧與自我價值整合息息相關，在 Zonnewied 沒有看見被約束的老人，或是情緒失控的老人，他們臉上顯露出幸福的表情，他們都是一群中度失智且須依賴他人協助長者，但在此完全破除機構式的照顧，十分令人動容，荷蘭的長照的服務，足以作為台灣目前醫療機構以團體式照顧，剝削住民的自由及環境隱私性不足的借鏡。

Zonnewiede 在環境的營造上使用大量在地化素材，成功幫助自己增進住民認同感，因此，本院為大新竹區主要區域醫院之一，可思考如何運用新竹在地化素材，成功塑造醫療專業在地化形象，積極創造醫院的品牌，贏得新竹地區民眾信賴。在 AMC 的部份，服務上具備社會人文關懷精神，此或許與文化、社會保險支付制度有關，可明顯感受到，醫院的服務相當重視以人為本的概念，從"人"為中心的出發，在現今服務的商業化的競爭下，如何突破使服務的質量提升，唯有做到感動的服務，方能脫穎而出。醫療服務必須將人文關懷相結合，以藍海的策略創造出同質性中的差異性，有助於醫療機構思考長照發展之角色定位或服務內容。舉例來說，一般醫療行為只是滿足就醫民眾的生理健康需求，若當醫療照顧含括病人的意願、重視其心理、靈性及社會需求照顧時，就是醫院的特色醫療，足以做出市場的區隔。

(二) 建議

於本院現行特色醫療項目中選擇合適主題，以跨團隊合作模式進行服務展開，積極創造成果。

1. **開發創新的銀齡產業醫療品:**目前病人緊急呼叫系統，為傳統式的壁掛設計，使用限制包含線太長、太短、線路或面板接觸不良，且病人離開病室，若需協助，較難以求得協助，考量病人會自由活動，應設計出病人能隨身攜帶的安全裝置，例如改成為手環式設計並運用無線或藍芽等技術，與護理站電腦或是呼叫系統連結，當病人有需要時，能及時反應，結合科技，提升病人

安全。另在大量點滴製作技術的部份，亦可思考，如何用壓力原理，讓點滴能夠定時輸注，讓病人不需攜帶 PUMP 活動，更能促進病人下床活動意願度。

2. **空間規劃設計:** 在 AMC 建築中，大量運用自然採光，創造出明亮感，在 1 樓空間運用多為休息區塊，在寬闊的空間中，工作人員能利用空閒時間，在此處進行能量補充，讓人暫時脫離繁忙的工作，重新整理思緒。在目前本院極有限空間中，實難在空間運用給工作人員休息區，因此可以考量在未來院區中規劃，以綠建築的概念，設計出更符合期待的空間規劃設計，可利用採光製造出明亮舒適感，不僅節能省電，且達到環境舒適及美觀的要求；在工作人員部份，建議提供休息空間，創造出員工的幸福感，讓員工在工作煩心之際，可以暫停腳步，讓心靈沉澱後，更能增進工作的效率。
3. **銀齡樂活、在地老化:** 政府可以思考將長照醫療脫離出現今健保制度，讓老年醫療更具有保障。本院亦可思考，在現有制度中，如何做到讓長者得到更有效率醫療服務，住院中的老人，可思考以多團隊方式照護，因為通常他們不會只有一個問題來住院治療，當病人來住院，則由個案管理師負責，召開跨團隊會議，共同討論治療方針，決定可行對策，改變現今照護模式及會診方式，讓病人獲得更有效率治療。另出院病人，可考慮創造一個分級制度，若老年人被評估適合 A 級照護，就應建議家屬，有哪些適合的配套照護服務制度，讓整個作業推展的更完善；在中國人的思想中，落葉歸根的文化中，如何讓長者能居住在自己最熟悉環境，我們應該重新思考社區護理師的定位，如何與社區醫師結合，並且共同合作，提供更優質的服務，減少老年人因輕症就醫再返，及奔波的勞累，積極營造高齡友善醫院。
4. **老年醫學與護理人才培育:** 營造社會親老的觀念，將高齡化社會知識，透過教育傳遞，而老年醫學及護理人才的培育更為重要，現階段畢業後的職涯，才真正開始去選擇與決定方向，而在現今逐步高齡化的社會，一般醫學照護，不足以真正的能照護到這群銀齡老人，應要專職培育老年醫學人才，以及長照的護理人員，因應整體社會高齡化的趨勢。

荷蘭參訪行中，深刻感受到，醫療制度必須面臨有所轉型，不論在健保制度、醫院服務還有我們的醫療產品中，都應該思考如何因應台灣高齡化及老人

國的情形，如何改變及建立友善醫療環境，是我們應該要共同努力目標。