

出國報告(出國類別:研究)

新加坡護理臨床及護理部觀摩



服務機關：國立成功大學附設醫院

姓名職稱：李秀貞 副護理長

派赴國家：新加坡 陳篤生醫院

出國期間：2011.12.11～2012.3.2

報告日期:101.5.14

摘要：

此次以新加坡陳篤生醫院 Tan Tock Seng Hospital (TTSH) 為參訪醫院，參訪時間為 12 月 11 至 2 月 29 日，參訪目的為了解國外加護病房之設備、人員培訓模式、病人照護狀況及工作流程，並學習觀摩外科手術病人術後疼痛處理及照護方式及了解病人出院準備服務推展方式及護理人員對於化學治療培訓模式，進而能應用於本院學習及可行方法之推展。

加護病房照護皆為重症之病人，如何提供好的護理給予病人及家屬是需要的，所以設備及工作環境是很重要的。一般外科病人術後疼痛是常見之問題，如何應用醫療及護理使病人獲得更好的疼痛管理及減少不好經驗之產生是非常重要的。目前本院床位常供不應求，如何執行出院準備服務，護理及醫療如何因應及共識是非常重要的，提早發現病人及家屬之需求，縮短病人住院天數增加床位之運用，是現醫療迫切問題。目前新進人員多，化學治療對於新人是一項新技術，過程步驟每個環節皆相當重要，不可有一些錯誤，已造成病人及工作人員之傷害，如何執行人員完整訓練及使新進人員能短時間內完成評核及正確執行是非常重要的。出國參訪讓我看見不同國家不同的醫療照護方式，醫院為增加床位運用，針對出院準備服務及社區照護管理模式之創新，能讓病人出院後更安心及給予照顧者支持是很重要的。

目次:

壹、出國進修計畫目的	3
貳、過程	
一、醫院及護理部體系介紹	3
二、新進人員及加護病房教育訓練(人員培訓模式)及設備	5
三、外科加護病房照護狀況及工作流程	12
四、學習觀摩外科手術病人術後疼痛處理及照護	17
五、觀摩學習病人出院準備服務推展	21
六、學習觀摩化學治療護理人員培訓模式	24
七、其他部門參訪分享	26
參、建議事項	36
肆、心得	38

壹、出國進修計畫目的：

- 一、參訪醫院簡介
- 二、參訪國外加護病房設備與人員培訓模式
- 三、參訪國外加護病房病人照護狀況及工作流程
- 四、學習觀摩外科手術病人術後疼痛處理及照護
- 五、觀摩學習病人出院準備服務推展
- 六、學習觀摩化學治療護理人員培訓模式
- 七、其他單位參訪分享

貳、過程

一、醫院及護理部體系介紹 1/3-6

創辦於 1984 年，陳篤生捐獻 7000 新幣，以他命名，目前已有 168 年歷史，於十年前搬到目前之大樓，舊大樓做為 CDC(Communicable Disease Centre)主要住 HIV 及 TB 之病人，於舊院區(曾為 H1N1 專屬醫院)，或是傳染病與目前院區距離走路約十五分鐘，四周環境像是度假村，及仁慈醫院租兩層樓作為 MRSA 隔離病人專用病房或是病人無家屬照顧無錢住護理之家之長期照護病人。

陳篤生醫院 (Tan Tock Seng Hospital, 簡寫 TTSH) 是新加坡第二大醫院，排名在新加坡中央醫院之後，因位置於新加坡正中，所以急診部為全國病人數最多之單位。於主要為三大專科醫院老年科、復健科及感染科(無小兒科及婦產科)，Rehabilitation Centre 整個新加坡並人皆會來的地方。為隸屬於一家公辦民營醫院，憑藉強大的質量沉浸在病人安全文化，陳篤生醫院不斷挑戰自己提供更快，更好，更便宜，更安全的為病人之護理。醫院不斷投資在其工作人員、設施及醫療技術和系統的改進的情況在表彰其卓越的患者護理和全面優質的醫療服務範圍的承諾，陳篤生醫院已獲得 ISO 9001 認證和著名的國際聯合委員會 (JCI) 認證。2003 年 SARS 期間新加坡治療專責醫院中心。醫院共有 1515 床，有 36 各單位及 15 個 special center，全院員工近七千人，護理人員占 45%(3066 人)，涵蓋 ENROLLED NURSE(EN)短期培訓護士，醫院病房未有家屬留院，主要照顧者為護理人員(EN)，有固定的訪客時間，家屬訪客限制一次四人，進出電梯必須刷條碼。病房分三種等級 A、B(B1 :有冷氣，病室間有隔間，

有全部封住區隔，B2:無冷氣六人或五人一間，廁所在病室內，有隔間)、C(無冷氣，只有電風扇，中間有 2/3 隔板全為開放式空間，廁所在病室外)，A:政府不補助，完全自費;B1 補助 50%;B2 補助 65%;C 補助 75%，一入院即選擇你的病房等級，住院期間如果要升等病房等級，費用更改即從住院那天開始更改，如果降等級費用不會降，為 A 等級病人，出院後門診仍為 A 等級。Johns Hopkins Center 為美國腫瘤治療中心，於醫院租借兩個病房治療腫瘤住院病人及門診中心，人事成本自行負責，大多治療阿拉伯人(由國家出錢接受治療)，完全自費，且費用相當昂貴。



護理教育護士唸三年(教育程度相當於專科)或是第二專才培訓念兩年，大學學歷護士很少，大多為於醫院表現優良，政府出錢公費公假至國外唸書，取得大學或是碩士學歷，在新加坡護理人員地位低，因大多為成績不好之學生所讀的，國家有四間學校每年畢業 1200-1400 學生，且當地畢業學生就職率低。薪水當地公民 1900 新幣起薪及其他國家 1700 新幣起薪，38% 為外地人，大多來至馬來西亞、印度、菲律賓及中國，目前也有緬甸，全院只有一位台灣人。醫院會至中國相關大學招攬大一之學生並簽約至新加坡念護理學校 3 年之時間，並取得文憑。有專門訓練 EN 之學校要念兩年書，到醫院工作約 1-2 年表現良好通過醫院面試可至學校念書取得文憑須念 2.5 至 3 年時間，之後表現良好可以再申請專科性文憑如心臟科或是外科等相關科別訓練課程共八個月，另一種為第二技能之培訓課程，念書要念兩年，可取得 RN。新加坡護理人員共分三個 1.pre-enrolment:certificate in nursing;2.pre registration:Diploma and Degree;3.post registration:Advance/Specialist

這與台灣護理教育不同，因要在新加坡念大學是一件非常困難的事情，所以引進大量外籍護士，護理人員分級也不同，並非所有的護理人員皆是註冊護士，EN 屬於登記護士，屬像是助手，與美國體制相同，讓 RN 有更多的時間做更專業的事情，也可以減少一些異常發生。對於專科性再進修也很重要，讓護理人員有機會再學習。

護理人員上班時間分三班制(7:00-15:30/13:00-22:00/21:00-08:00) 及兩班制 7:00-19:00 or 8:00-20:00 共上四天或是 2100-0800 上兩天(值兩天後會有一天 Sleep off-醫院給的假及 rest off-自己的假)，夜班費星期一至星期五中班 12 新幣及夜班 35 新幣，假日或是國定假日中班 17 新幣及夜班 55 新幣。單位主管上三班。一個單位主管有分臨床及行政主管，負責教育的臨床教育者。

Nursing Service(簡稱 NS)Organisational Chart:

護理部有一位主任往下分管理(品質及 MP)、教育(教育訓練、Clinical Practice 及)及臨床(臨床照護及 APN)，及研究小組。

二、新進人員及加護病房教育訓練(人員培訓模式)及設備 1/9-13

(一)新進人員訓練

新進人員有分本地及外國護士不同，國外護士訓練共五週，一週上課一週至單位，課程共有 47 個專業課程，以醫院目前所推的主題及意外事件來增加課程。主因為來至多國家護士，個國家所教專業課程內容不盡相同。護理部有一小組專門負責護理教育訓練課程，到臨床有一位臨床教師協助教導及處理問題，每個人有一位臨床輔導員，人員適應不良會再協助調其他單位如 CDC 或是仁慈醫院腳步較慢之單位。如果護理人員有問題可透過護理長及臨床教師，協助了解狀況，如果仍無法處理，由 NS 負責教育副主任溝通及了解。新人會掛一個牌子” I AM NEW’，期待最慢六個月要拿掉，六個月內完成 check list。新進人員報到後 NS 人員會給予醫院常用 PHONE CARD 及一本小手冊隨身攜帶。

ICU 部分共有四天(RN)及三天(EN)，皆由 Nursing Educator 負責上課，Check list 必須於六個月內完成，各技術會先在技能中心評核一次，再至臨床由臨床輔導員評核，因有些技術無法遇到，會協助至其他單位評核。大多人員皆可於六個月內完成，跟輔導員一個月，有一張

個人技術學習時數統計，各技術至少要做三次給予 Instructor 看過，完成後才可以自行執行相關技術，第四個月或是第六個月才自己顧病人。

(二)外科加護病房人員培訓及晉升

人員於醫院進階層級 SN→preceptor→clinician instructor→Clinician Nurse Educator→Nurses Educator→Nurse Clinician。單位主管及 NS 人員會評估人員是否可參加 **Specialist Diploma**，訓練共八個月課程(可取得文憑，在學校上課，公假公費)，這涵蓋有 IABP 或是洗腎機器操作之相關課程，上課後必須再與醫院簽約兩年，結束後回單位必須完成相關 Check list 及需至洗腎室學習機器操作，才可以照顧需洗腎或放置 IABP 之病人。每年年初醫院 HR 部門有 Learning Needing Exercise 公布一整年度相關在職訓練課程(每年四月至隔年三月)及於公開場合說明醫院未來一年的發展計畫，單位主管會分配人員適合參加之訓練或是自己選擇，一年一人必須參加兩個訓練課程，主管會再評估是否適合，NS 負責人會與各單位主管討論每個人後續發展及計畫，可能會遇到的問題，評估後將資料送至 HR，最後再由 NS 負責教育之副主任做最後的審核，如 EN 要進升 RN 必須要取得文憑及參加學校課程上課 2-3 年時間，人員必須提出申請，再經過 NS 負責教育的副主任面試，面試過程人員必須自行準備自己的資料夾內含在校求學成績，因不同成績念書時間也不同，副主任面試問題大多是專業臨床問題，並將人員拿病假天數作為考量及了解病假原因。單位每周會辦理在職教育一次約 30 分鐘，醫師及護理師協同教學，醫師說明學理，護理師說明臨床運用及常見問題，白班及其他單位人員皆可以來上課，並不強迫放假人員必須出席課程。護士畢業後不需考證照，主要參考在校成績及表現，新加坡護士公會規定護理人員一年必須上 60 小時在職教育課程，必須涵蓋有 SNB 課程 15 個點數，護理人員必須每年換照。

(三)人員晉升主管過程

2006 年 NS 成立教育 term，2009 年有 Nurse Leadership Management，原因於護理長離職或退休，人員上任後無法馬上勝任或是 Burt out，所以開始有主管階級之訓練相關課程，希望在未上任前先接觸相關管理事情，也讓人員了解自己喜歡或是不喜歡，6M 至一年時間準備，人員由單位護理長推薦或是自己推薦，推薦後 Nurse Leadership Management 會再去評估，

如了解單位同仁對於他的看法、人員健康狀況起病假太多者可能要再考量或是太年輕者會在與護理長溝通了解(因可能有很強的領導者，但臨床表現不佳，也可能相反之)，再次考慮是否適當。一年辦理兩次，一及七月會有升等。條件:大於兩年及已 Degree 專科性如急診或是 ICU、要有 Degree 程度、Active precepto and B+的 performance、工作要做好、有管理特質、人際關係好及是一位 ROLE MODEL(如外形整潔)，利用 TPM(Total Person Managemt)只要是醫院下同一體系皆使用此標準評核(共分 A+:有 5%、A、B 及 C)。

目前 2009-2011 共完成五批，約 95%人員 newly promoted 及 5%人員 acting，人員放置盡量放於原單位約 3-6 個月時間或是無 ICU 經驗者也盡量留放於病房。訓練計畫:需參與 60 小時訓練課程及 1.5 小時院外禮儀課程，接受訓練前人員必須接受 DISC 人格測驗(D.I.S.C 分別代表了 4 種意義 - D (Dominance，主控型)、I (Influnce，影響型)、S (Support，支持型)及 C(Conformity，傳統型)，也就是說將管理人格特質分成四類，每個人都有這四種類型中，某一類型會佔 65%以上的主要特徵，35%以下部份就分散在其他三個類型，以做為之後分配主管類型之參考)。課程約於三個月的時間完成，每次上課後有作業，如會發管理相關文獻，讓人員回去閱讀，下次上課再分享之。利用 DDI 管理方式上課，授課人員為 Humen Resources(簡稱 HR)部門人員，必須接受過 DDI(Development Dimensions International，簡稱 DDI)訓練課程才可以當講師。(DDI 已全面而實用，人才管理方法，輔導台灣約 300 多家大企業公司，上課主題有四大項:人才遴選與評鑑、領導力與員工發展、菁英人才管理及績效管理)協同教學者為 NS 負責人員，同時分享單位管理問題及解決方法。上課期間已在單位一週一天上行政班，了解主管做事情形，後上課結束後必須接受面試，通過者與單位管理者(為輔導員)帶領兩個月並完成 Check list，後即上線，未通過面試者繼續觀察 3-6 個月，後再進行面試，最長訓練時間為一年，至目前仍無不適用之政策。

護理部中央有一個訓練計畫 Talent Managemt 於 2000 年開始，主要目的是培訓主管至副主任表完成，人員條件政府獎學金得主(這是非常會念書的人)或有特殊才能者(並不限定在護理專業如:很會規劃活動或是畫畫者或是電腦方面)及 performance A+，培訓管理菁英目的是有人離職或是其他因素隨時可以有人接手，會評估這些人才 CEP(Current Estimeted Potential):這個人員可培訓的最高境界為何，是否有能力達到 AND(副主任)，每兩年會評估這些人員一

次，是否有能力達到 AND，假如無法達成隨時會將人員退出此培訓計畫，培訓時間可長達 10 年，這些人員一週會有 1-2 天至護理部上班，其他時間於護理臨床工作。

(四)加護病房設備

皆為單人房式，一間大小約為本院內科 ICU1.5 倍大，門為電動門，門旁邊有設有警示燈按鈕(功能為顯示病室內有無醫療人員或是 CPR 中)病室內插座及中央供應系統皆位於床頭兩側可轉動之支架上，支架上有三種顏色之電源插座，總共約有 20 個左右，病室配備有 Feeding pump 及點滴 pump 兩台，及兩個 pressure bag，病室內活動工作桌有一盒手套(不含滑石粉，帶完後完全不傷手)各抽屜因感染控制，放置物品少(CCU 病室內無工作車，物品放置於病室外兩間病房中間，放置物品有規定數量，最下層放置病人舊病歷，車子可上鎖)。單位設有一台執行各類技術的工作車，需要時可推至病房使用，並設有執行各管路置放之 Package，有一個洗手槽，兩側各放置一個乾洗液(使用後不傷手，製造廠為馬來西亞，是德國廠)及洗手液中央監視器一台及附掛一個活動式監視器，病人出外景檢查可拿下來，病人血壓可隨時監測，床長度可再延伸，床尾有一個活動式桌子，送檢時放置監視器或是洗澡時放置臉盆，使用時床尾往前扳即可以，床可以變成椅子樣式，讓病人成坐姿，每一位病人預防 DVT 皆會使用自動按摩 PUMP 及預防壓瘡雙足踝會放置預防壓瘡之泡棉或是耳朵旁，單位會兩個座椅協助病人下床活動，此坐椅亦可完全放平。污物室整齊有一台專洗量杯或是尿壺之機器，可設定溫度，物品擺設可清楚分辨出乾淨及髒的，感染性病人床單會使用兩層帶子，內一層為紅色清洗時不用移除會自行吸收，髒的衣服床單工友會隨時打包整齊。每個單位皆有一台洗地板之機器及烘乾機。

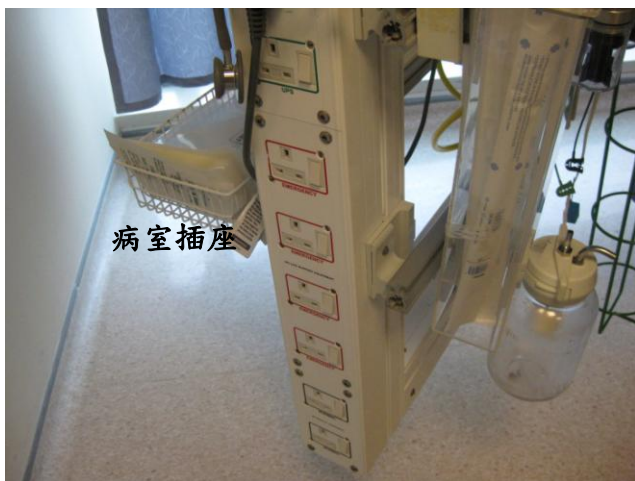
護理站有兩台 Omnicl 藥車及五台 BAR code 使用 PDA，麻藥一天點一次，兩台急救車，電擊器放置於急救車上方的檯子上(方便一個人即可推走兩樣物品)，急救車藥物及物品一週點一次，急救藥物用專屬盒子放置，並有固定帶固定住，如有病人使用後送至藥局補充及封盒，電擊器一天只要點班一次，電擊器點班方式與醫院相同，列印出來的 EKG 紙張，內容即有 Check list 之項目內容，人員從上面直接打勾，預留一班的紙張，由 NIC 人員負責點班。

病室外的電腦桌皆為活動式及高度可調整，一床一台電腦。兩台醫師查房專用活動式電腦。外科加護病房已完全電腦化，所使用系統與本院加護病房相同，醫師記錄皆寫於此系統，護

理人員交班即可直接看醫師記錄了解病人治療計畫，醫師查房時活動式電腦隨時推著，有新的醫囑即馬上開立。護理人員護理紀錄寫於此系統，書寫方式以病人各系統書寫，白班規定 11 點後才可寫此護理紀錄(PCR)，一班寫一次，有問題的可以在進入修改評值內容，書寫方式採 SOAP 敘述方式書寫，如果再進入修改必須備註 Correct，所有其他記錄皆算為護理紀錄，只要其他表單已書寫之內容，強調勿再重複書寫，每兩小時抽痰呈現於電腦其它表單，不需寫於護理紀錄。規定病人生命徵象 Charting 時間不可以為整點時間，因整點病人所有資料並未完全帶入。另外有給藥、檢驗檢查及開立非藥物醫囑共三個系統，目前無法互相連結。病人餐車及床單接使用 AGV 自動輸送，當餐車抵達地點時護理站天花板會閃黃燈，提醒人員餐車要加溫。AGV(Auto Guide Vehicle)自動導引運輸：俗稱小蟑螂，自無人駕駛，主要運輸餐車及放置床單車至要去的樓層及定位，前方感應到有物或人後會自行減速，並發出聲音警訊，並有專用的電梯。

外科加護病房

病床變成椅子





活動式電腦車



藥物分裝機器



藥局



ICU Ommicl 藥車

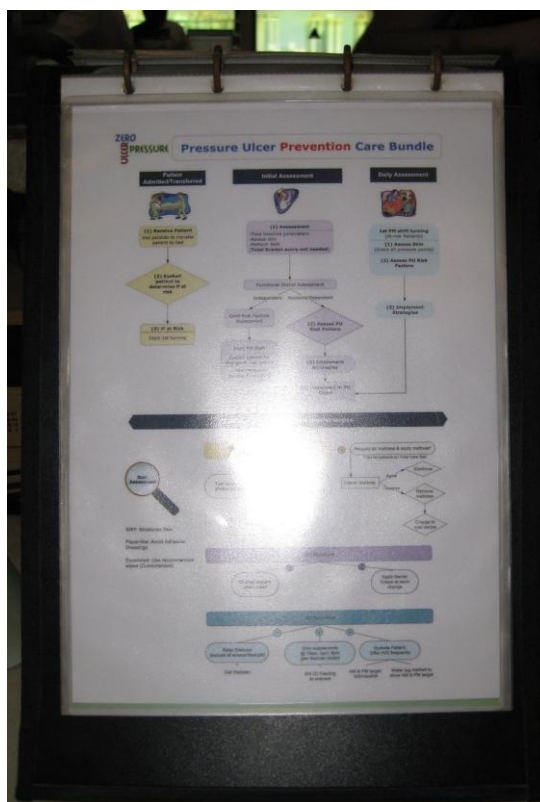
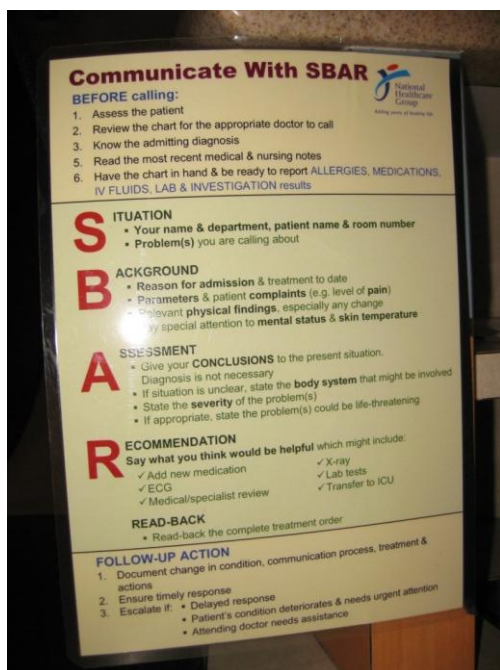
與醫院不同的是護理紀錄未使用 care view chart 書寫，書寫方式為焦點護理紀錄，人員重複書寫的內容相當多及花費寫紀錄的時間太多。加護病房空間大，插座足夠且完全不會將電線放在地上，人員安全的工作環境被保護，各種 pump 設備足夠，feeding pump 每一床皆有，足夠的電腦設備讓醫師查房方便，人員更願意接受電腦化後的改變，且符合人體工學，桌子可調整，工作人員於外面使用電腦，仍可隨時看見病人。



單位各類異常公布欄

護理站會公布每天單位各種異常狀況(跌倒、給藥、壓瘡及靜脈炎)，上面數據有距離上一間異常發生之天數，未發生打叉，並將發生病人黏貼紙貼於卡片，讓同仁了解這個月異常數量及主管可掌握異常病人基本資料。護理站桌子會放置單位常見照護準則之標準或是流程圖，以利人員查閱，電話旁貼一張提醒護理人員向醫師報告病人狀況之標準內容警示標語(SBAR: 這個是由Kaiser Permanente於2006年為了讓醫師與其他照護人員(caregivers)能夠有效溝通而發展出來的checklist。S代表situation即狀況: State what is happening at the present time (發生了什麼事);B代表Background: Explain circumstances leading up to this situation (病人的基礎資料);A代表Assessment即評估What do you think the problem is? (目前的資料顯示);R代表Recommendation即What would you do to correct the problem? (還需要做什麼)。護理站有2-3台32吋液晶電視，顯示病人名單、主護姓名及病人目前在何處，在一般病房另一台電視呈現今天病人在11:00、13:00及18:00以前出院之比率及Discharge

Dashboard呈現出院前一天、當天及下午出院病人相關文件醫囑是否已準備好，由單位ICN負責提醒醫師或是醫師可自行看缺乏哪些文件，已完成者會打勾。消防器使用鑰匙鎖住，原因為當打開時即已通知相關單位，工作人員不需再電話聯絡。



三、外科加護病房照護狀況及工作流程

(一)人力配置

外科加護病房主要照顧醫師為麻醉科醫師共有四位主治醫師及必須滿三年之住院醫師一起照顧，一位 RT 及兩位物理治療師，協助清潔及工友人員有兩位。共有十床白班有 5 位 RN+2 位 EN+1 位 NIC(Nursing in charge)-即為當班 Leader(會帶一條紅色帶子，以做為辨識，高警訊藥物一律要兩人 cosing，也可以找她，不照顧病人) RN+坐於中央監視器前面之 EN 或是 RN1 位(基本三班有 9 位護理人員上班，NM 及 NC(不照顧病人)及 Nurse Instructor(負責 SN 實習)各一位，共有十二位護理人員，如果有空床也不會臨時放假，全部人員皆要上班，因白天病人相關檢查比較多，主護送病人出外景，另一位病人會由 incharge RN 協助顧病人，吃飯時間分三組，且分配好年輕及資深護理人員，無法去吃飯必須與其他組人員變更，用餐時間一小時，第一組回來後第二組人員再去用餐(從 9:30 開始)，醫院無 On call 制度，即使有空床

全部護理人員人數未減少。一個單位有一位書記。本院加護病房護理人員常未吃飯或是吃飯期間常被其他人員叫出來或是吃飯常吃不到十五分鐘就出來工作了，為要留住護理人員，人員的工作品質應該被重視。

運用 Trend Care Systems(為一澳洲一套護理管理軟體)排班及人力控管，白班主護須於 11 以前輸入自己病人需要執行的護理技術，已輸入完畢電腦會呈現 Acting，時數呈現為(+)代表此單位護理人力是有多的。系統內皆有定各技術標準之時數，這標準是由廠商經過實證後設定之標準，及設定各不同屬性病房之際數種類，以方便人員輸入，(與護理人員會談覺得輸入過程並不耗時及可明確知道單位護理時數狀況)醫院再依據實際狀況做更改，後端於 NS 有一位人員隨時監控狀況，有輸入與實際情形有落差，亦會聯絡單位主管，或是發現有單位人力過多就會打電話通知，有時如單位有病人一直要下床，需有人隨時注意，就會調派人力支援，利用此系統統計各單位實際護理時數，後以此統計資料所呈現之數據向醫院要人力。在本院常要向院方要人力時皆要求護理單位提出證據，又造成臨床人員需要人工計算，如果有強的資訊系統，可避免造成臨床人員工作負擔。

共五個加護病房，每個加護病房配備一位護理行政主管(70%行政及 30%管臨床)及兩位臨床主管(30%行政及 70%管臨床)，共 20 位主管一起輪值班，上班時間

7:00-15:30/13:00-22:00/21:00-09:00。一週約有兩天 N 班(值兩天後會有一天 Sleep off-醫院給的假及 rest off-自己的假)，工作職責及護理評核情形單位安全檢查由 NM 執行包含消防、儀器或硬體設備方面，單位儀器送修由主管負責。每個月統計異常報告及於 ICU 組內報告，護理各類標準評核中央兩個月一次全面性評核及單位一個月一次共有五項要評核:給藥、護理相關文件、壓瘡照護、感控、靜脈炎及最近增加交班，單位每年計劃做一個評核主題。

與本院不同一個單位多個主管，有管理臨床的也有管理行政的，負責臨床的主管可隨時注意人員狀況及目前較缺乏的護理能力，並可發現臨床問題及預防異常發生。

加護病房人力算法:如有十二床-護理人員:病人-1:1.5(一位護士顧 1.5 個病人)×3(共有三班)×1.55(可能護理人員生病或是 MC 來及年假之人員)。EN 比率 1:5(EN 不算單位人力)，由內科 ICU 開始，現已開始 1:1 人力(因病人洗腎機皆由護理人員自行執行)或是病人狀況不好也可

以安排兩位 RN 照護。SICU 共有十床，護理人力約有 70 人左右，新進人員通過六個月試用期，滿一年後就有 21 天特休，原則上最多 28 天。上兩週班共放三天，原則上一週必須上滿 40 小時及時數須於這個月要歸零，所有的 OFF 須放完。家裡有家人生病住加護病房可拿假三天，往生者可拿假三天，家中有大於 62 歲老人一年有三天假帶老人家看病(要出示證明如處方簽或是收據)，十二歲以下小孩也有三天假。只要一確認懷孕即不用上夜班，如果自行要求要上夜班必須填同意書，一年可拿 14 天病假，NS 統計去年同仁拿病假之狀況，發現在年底拿病假比率相當高，原因為同仁認為這是福利，年底時間到須全數拿完，因單位人力充足，有同仁拿病假亦不影響人力狀況或是向其他單位調人力，NS 為鼓勵一整年未拿病假之同仁，會從這些人員中抽出五位獎品為 i-Phone 手機或是相機，且拿病假亦不影響考績，主管表示人員拿病假時間有時會是放假後拿，即可變成連假，及在新加坡要拿到醫師證明相當容易，如寫頭痛也可以，拿病假完全不影響考績。醫院給予員工一年有 1000 新幣的住院醫療補助。

人員對於拿病假的心態與台灣皆不同，因了解不上班會造成單位負擔，且會影響考績，但也導致工作人員已不舒服，仍持續上班影響自己也影響病人安全。

(二) 工作流程及照護狀況

一、工作流程

白班及大夜交接班時間為七點，大夜人員九點下班，大夜班有 1.5 小時及白班小夜各有 1 小時 break time(NS 人員強制單位一定要確實執行，且是不受打擾的，所以同仁上班即會自行填寫休息時間，最後由當班 Leader 或是 NC 做最後檢查)，實際上班時間為 9.5 小時，白班上班時間為 7.5 小時，小夜班 13:30 上班，因人員常延遲下班，所以於近三年開始實施每一個班別皆有 overlapping 之時間，以避免人員延遲下班，人員表示之後 overtime 次數很少或是時間也較之前減短，會先 meeting 約 40 分鐘左右，利用護理站電視牆交班各床病人狀況及 message book 呈現單位特殊事情內容，護理長宣導之事情皆輸入此系統，後再交班，病人洗澡時間為白天兩班護理人員 overlapping 時間洗所有的病人，原則上晚上不洗澡，採互相幫忙，翻身時間未有固定，有時同仁 break time 而未翻身，翻身前先抽痰，翻身由 EN 及 RN 一

起翻身，翻身時即會將雙腳預防壓瘡之泡棉移除檢視皮膚，牛奶罐食皆使用 Feeding pump(有放置氣管內管或是有動腸胃手術者)由 EN 執行，傷口換藥早上醫師檢視傷口後由護理人員執行換藥，護理人員進出病室依你要做的護理措施決定要穿的隔離衣種類，只是協助泡藥及接觸病人面積不大則穿塑膠隔離衣，如要協助翻身或是洗澡即穿手術隔離衣，進出病室一次即丟一次，口罩也是一樣。護理人員(RN)協助給藥時會穿一件背心，後面寫 **Please Do Not Disturb** 護士表示工作人員看到不太會叫他幫忙及家屬也是一樣，這是給藥異常護理部所想出來的想法。每班 EN 會撥補病室衛材。

因醫院未設備宿舍，人員為趕搭交通工具，而上班時間與台灣不同，但相對的大夜人員上班期間有 1.5 小時不受打擾之休息時間及結束後的第二天放假是算院方的，一個月班別未固定，他們對於台灣要半夜下班回家無法想像。兩班交接班 **Overlapping** 可以縮短護理人員延遲下班之情形。

二、照護狀況

氣管內管或是氣切病人抽痰一律使用密閉式抽痰管(比醫院長)，抽痰後使用 N/S 沖洗抽痰管，沖洗連接管一律使用無菌 D/W 為預防呼吸道感染，因之前發現病人呼吸道感染上升及菌種屬於 G(+)，運用實證方式搜尋文獻之後更改，每兩小時抽一次，灌食前及後 NGT 及空針接頭皆要使用酒精棉片消毒，原因是三年前 VRE 感染率上升，經由實證蒐尋相關文獻發現灌食前反抽的動作易將腸內菌抽出，之後更改要消毒及灌食空針每天更換。病人洗腎或是 CVVHD 皆由護理人員自己執行機器(新加坡只有此間醫院由 ICU 護理人員執行)。呼吸器調整 RT 或是醫師自行調整，吸藥由護理人員執行。每天主治醫師查房 2-3 次(查房時 RT 及藥師皆會跟)及一週會有兩次主治醫師住院醫師與藥師之會議，討論病人用藥狀況，於 CCU 有一位固定的藥師，評估每一床病人用藥狀況及給予做建議，事需要給予病人做藥物指導及有一位專屬於 CV 的藥師，針對 CV 病人住院或是門診病人用藥指導。醫師查房時看病人皆會主動做防護措施，穿隔離衣及帶手套口罩。對於感染防制執行徹底，但也花費很多成本，如隔離衣及口罩皆使用一次即丟棄及 IV lock 不重複使用(因使用免針式 iv set，lock 由廠商供應)及，為方便人工作人員隨手清潔物品，特別向廠商要求酒精棉片之包裝及大小，讓護理人員願意執行感染控制，所有住院病人皆會執行 MRSA

screen 及轉入或是轉出加護病房皆會執行，因曾發生過病人集體感染，認為感染後所花費之醫療成本更高，但環保概念應該也要被受重視。(醫院感染控制中心辦公室設於檢驗室內，目的方便有異常菌種可以馬上告知)

病人手術由一位主治醫師向病人或是家屬解釋，如果病人清醒自己及主治醫師簽名，意識不清者由主治醫師及另一位醫師共同填寫同意書，因雖為太太或是小孩因無法認為法定代理人(除非有法院公證證明)，不需填寫麻醉同意書，放置 CVC 或是約束亦不用填寫同意書，新加坡法律規定只要人民大於 21 歲未於法院公證腦死不做器官捐贈者，只要入院即代表接受器官捐贈，但也不強迫，因為新加坡器官捐贈人數相當少。

病人入院後物理治療師會評估病人是否適合執行 ROM 或是下床活動，每天評估病人，放置氣管內管及呼吸器使用病人，仍可以坐於床旁椅一天兩次，CCU 會有物理治療師評估放置氣管內管病人是否需要執行復健運動，其餘 AMI 病人未執行，於出院後再重返心臟復健門診執行。

放置 CVC 或是侵入性治療皮膚消毒使用 Chlorhexidine-alcohol(七天更換)，管路護理亦使用不含酒精的 Chlorhexidine(每天更換)此消毒液，中心靜脈導管不會例行性更換，評估病人發燒或是管路周圍紅腫可通知醫師重新放置或是拔除，去年血流感染 0%，Foley 放置消毒使用單包裝清潔液，可放置兩週及矽膠材質放置兩個月，導尿管護理只使用濕紙巾，且不可用水沖洗到導尿管處。這標準皆是經過 NS 研究小組有實證資料後更改的，外科傷口換藥使用生理食鹽水清潔，未設有任何棉棒，換藥時使用換藥包，內設有棉球，病人剖腹傷口，二十四小時後傷口乾淨採開放性照護，未再使用任何敷料覆蓋。電腦給藥系統將口服藥及靜脈注射及皮下注射皆分開，靜脈注射藥物電腦會呈現此藥物要如何使用稀釋多少量、滴注多久及醫院此類藥物所有劑型醫師必須選擇，如 vancomycin 會稀釋後使用 iv pump 滴注或是其他抗生素。為了感染控制，病人出外景有一個袋子放置病歷。病人出院後清床將大床推出，牆壁四面皆要用消毒水擦拭，窗簾一定全部更換，病室內工作車物品一律全部拿出來清潔，每天皆由人員清潔地板。



四、學習觀摩外科手術病人術後疼痛處理及照護

(一)參訪加護病房及一般外科病房

於外科加護病房病人數後皆使用 Propofol 及 Fentanyl IV，假如氣管內管已拔除會停止使用，更改為口服或是靜脈注射 prn 使用，會評估病人 Rass 及 pain scale。

1/25 觀摩 Surgery Short Stay:此單位當時定義為病人住院天數約 3-5 天，醫院有真正的 GS 單位共有 38 床，但最後因空床仍要被借床，所以有些病人住院天數會超過，共有 39 床，一間隔離病房，有兩床加床空間，早上及下午班病人數及護士(RN)比率-1:6 及夜班 1:9，EN(及 NIC 1 人力另外。病人術後由 POR 護理人員送回或是由病房護理人員接回，返室後 Q1H check Vital Signx6 次，病人有 PCA 使用則持續 Q1H check Vital Signx24 小時、評估疼痛分數及鎮靜程度評估(有專用的記錄單)，全身麻醉不需執行 chest care 及 RN 會看狀況協助翻身，盡可能病人於隔天下床活動，主治醫師每天會查房，並評估病人下床狀況及評估會診物理治療師時機，PCA 使用三天或是更長，並開立口服或靜脈注射止痛藥，疼痛分數大於六分一定要處理。大腸癌手術病人術後一定住 HD 及使用臨床路徑，第二天物理治療師及會評估病人協助下床及肺部復健(使用 Triflow 及協助 chest care)，但目前未有營養師介入，如果不適合住一般病房者可轉 SACU(Surgery Acute Care Unit)共有四床，全身麻醉之病人一定會會診物理治療師，病人出院醫師輸入醫囑後藥局人員會親自送藥至病房向病人或是家屬執行藥物護理指導及注意事項。放在病人身上的 Smart sens 必須拆下，病人離開病室時，利用此物品

於護理站感應，代表出院完成及呼叫清潔人員清床。病人使用 TPN 者大多由 PICCO 輸注，為 2-way 管徑較粗，一個使用 TPN 及另一個滴注抗生素，放置之 LOCK 不會回血，以免 PICCO 阻塞，3-way 七天更換一次。



Smart sens 每個病人身上會有一個，放置於鼠蹊處及使用 OP site cover，去開刀房時必須取下，可感應病人現在於醫院何處，會直接呈現於護理站電腦刊版上，醫療人員找不到病人只要看護理站電視牆就會知道病人去處及可直接將病人體溫連接至電腦生命徵象系統，體溫偏高會成現紅字及閃爍，以提醒護理人員，出院後必須交回，仍有病人覺得不舒服或是如廁後不慎掉至馬桶。於病房每個病人出院後 1-2 天單位必須電話訪問病人狀況及對於單位照護有無任何問題或是改善的，每個月要將結果呈到護理部並提出改善措施。

生命徵象測量使用 BP monitor 及上方加裝一台電腦螢幕，因應電腦化，護理人員測量病人血壓前先使用 BAR code 病人手圈，測量後數據會直接帶入電腦，亦可輸入病人疼痛分數及解便次數，SPO2 數據亦可帶入，並可輸入病人有無使用 O2 及 Remark 特殊事件，資料會連結病室外電腦生命徵象系統，護理人員對於此儀器相當滿意，目前四個單位試用中。

生命徵象測量使用 BP monitor 及上方加裝一台電腦螢幕，因應電腦化，護理人員測量病人血壓前先使用 BAR code 病人手圈，測量後數據會直接帶入電腦，亦可輸入病人疼痛分數及解便次數，SPO2 數據亦可帶入，並可輸入病人有無使用 O2 及 Remark 特殊事件，資料會連結病室外電腦生命徵象系統，護理人員對於此儀器相當滿意，目前四個單位試用中。



每個護理站會貼的標語，提醒家屬對於醫療人員之尊重。

(二)參訪 Acute Pain Service(APS) 2/1-3

成立於 1996 年，麻醉科醫師至外國學習疼痛控制後開始，有分門診(疼痛管理門診)及住院病人，主要成員有麻醉科醫師及護士轉任三名，負責急性及慢性疼痛，醫師為疼痛科麻醉專職醫師，急性疼痛負責全院使用 PCA 之病人及所有之會診，慢性疼痛(常見病人為下背痛、頭痛、頸部痠痛、癌症痛及 HIVD 不願意接受外科手術之病人)主要為門診，對於求診之病人由護理師先行評估後由專科醫師看診，門診區仍有精神科及復健科或是社工需要時會診，因導致疼痛因素很多有些是心理因素導致生理反應，讓病人於一各區域可完成門診或是執行物理治療。

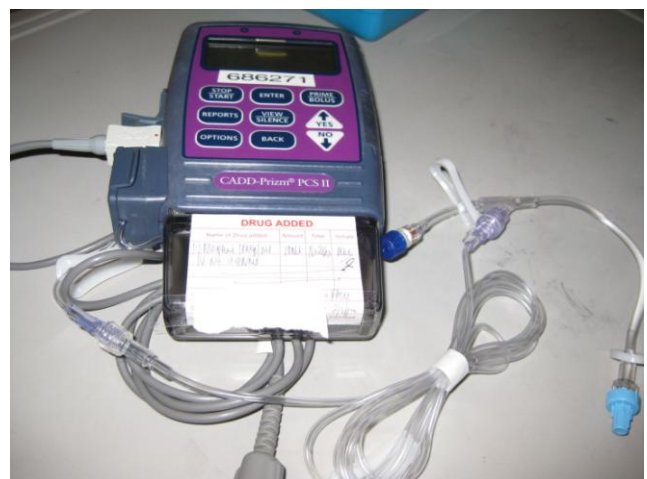
Pain Management Nurse Clinicians 之角色功能：

1. Education on different types of pain (Acute Post op Vs Chronic Pain) and the importance of good pain management.
2. Education on the different type of analgesia used, analgesia regimen and the management of side effects.
3. Teaching on the proper usage of the various pain control methods available. For example Patient Controlled Analgesia, Epidural Analgesia, Peripheral Neural Blockade, Intrathecal Analgesia and Oral Analgesia.
4. Follow up with patients who have Home Ambulatory Peripheral Nerve Block Infusion

PCA 使用之時機為所有執行 TKR 術式、腹部相關手術、Spinal 相關手術或是車禍後多處骨折之病人，於 POR 開始使用，只是用 PCA 劑量，不會使用 continuous 劑量，藥物溶液病房護理人員可自行泡製，APS nurse 一天看病人兩次及下午必須增加看早上手術完成之病人。返室後使用 PCA 之病人需填寫 PCA 記錄單：醫囑及生命徵象各項評估內容皆在一張，術後 24 小時需每小時記錄及住 ICU、HD 或是 SACU 單位必須持續每小時評估，一般病房後四小時記錄一次，常使用藥物為 Morphine 及 Fentanyl。Nurse clinicians 會於每天早上將全院目前有使用 PCA 及執行神經阻斷止痛之病人名單統整，和住院醫師及主治醫師同時看所有病人，查房時護士或是醫師必須記錄 PCA 使用劑量及評估病人是否知道止痛藥物要如何使用、有無噁心

或是嘔吐其他不適狀況、有嘔吐之病人次數及時機、目前疼痛及活動時之分數、有無下床活動、使用 Triflow 及咳嗽情形及鎮靜分數，對藥物有無過敏，病人仍覺疼痛分數大於六分，如已可進食會同時加上口服止痛藥物或馬上調整 PCA 劑量，醫師直接將需要使用之藥物開立醫囑如有嘔吐或是噁心狀況會將 Primperan 針劑開始使用，並向病人解釋如覺疼痛 PCA 是可使用的或是未改善須通知護理人員，並會鼓勵病人下床活動。晚上有問題直接找麻醉科值班醫師，護士於下午下班前需與值班麻醉科醫師交班。一般使用天數為 3-4 天，且計畫藥物停止時間，PCA DC 後會同時加上其他止痛藥物。PCA 機器小及使用一般電池，病人下床活動方便。慢性疼痛者會執行 Spinal Nerve Block 治療或診斷，於開刀房執行。住院病人有疼痛問題皆可以會診，皆為列入持續探訪之對象。

對於病人是局部疼痛會使用 xylocaine 貼片，另外針對骨科或整形外科四肢的手術，配合週邊神經阻斷術(Peripheral Nerve Block)，輔助術後止痛，加快復健療程，並減少止痛藥用



量。

與醫院不同處為病人一開始接使用持續及 PRN 劑量，當病人有任何副作用時未有專科性醫療人員處理，臨床方式有時會直接 OFF，改用其他方式，及不會隔天同時加上止痛藥物，或是由當科醫師自行評估口服藥物是否增加情形，皆由麻醉科護士探視病人，及五天到電話通知單位要將機器送回，有任何問題機器調整皆要送回麻醉科，有時來回時間超過三十分鐘或是更久，且增加工友工作量。

五、觀摩學習病人出院準備服務推展 1/30-31

(一)病房執行情形

於加護病房病人入院會執行 Discharge Plan 評估需於 48 小時完成記錄單，加護病房不執行出院準備服務，但在電腦記錄中有一項 discharge plan 主要呈現是否有轉出 ICU 之計畫。

一般病房病人入院即會書寫一份出院計畫護理紀錄單，隨時將與出院有關之資訊書寫記錄，如果醫師未將出院時間填寫，護理人員會蓋章於醫師紀錄提醒書寫計畫出院時間(印章內容:Estimated Discharge Date:_____)

醫院負責出院準備服務共有三組人員分別為社工、Case and disease manager 及 coordinator。醫院出服分類為 Case(Critical Pathway)及 Disease Management 於 2000 年開始推 Case(Clinical Pathway) Management 因病人族群需求:現老年人慢性病多及教育病人健康照護;為降低健康照護之成本:提升出院準備服務計畫及病人下轉社區醫院之制度，不希望病人住院時間過長;提升照護品質:統一醫師相同疾病，一樣的治療目標及照護方式;健康照護津貼之改變:如果住院天數到，病人因個人或是家屬原因不出院，則更改為完全自費，政府不給予津貼，醫院開始執行臨床路徑目前共有 28 臨床路徑，其中 3 個屬於疾病的(CHF、AMI、COPD、Asthma)，25 個由 9 位人員負責，每天早上上醫院網站查詢自己所負責之臨床路徑病人床號，9:00 至單位看病人，了解病人回家後傷口照護問題、主要照顧者、家人成員及經濟狀況，會給一張傷口護理指導單張，上有單位電話及傷口注意事項(只有英文版)，已執行於臨床路徑單上連絡 Case Management 簽名及書寫與病人會談評估內容及計畫，介入人員涵蓋職能及物理治療師，也可由他們評估病人出院返家後自我照顧能力，無法執行自我照顧者會提醒 Case Manager 病人之問題，再評估是否可返家或是轉復健中心。臨床路徑目前未上電腦，一整份包含醫師醫囑及記錄，護理人員部分大多為勾選方式，病人會知道自己的住院天數，對於未出院病人會了解原因並登記於收案單上及病人出院後一個月再住院，也會了解原因，三個月報告一次分析原因，以了解臨床路徑病人住院天數是否適當。病人無法出院回家須再執行復健者，會協助轉復健中心，國家有一個共同網站(新加坡共有五家復健中心)，了解家屬對於地點之意願，於網站登錄需登錄者有護理人員、醫師、個案管理或是物理治療師等相關人員，有時家屬會提出先看環境，當對方醫院接受後於電腦回覆轉院時間及傳真通知單至

單位，並將須準備資料項目內容以 check list 方式呈現。

臨床路徑其特性，並須可評核，其目標改善臨床照護品質建立在可用的實證及指導方針，並參考國外狀況及可持續評核其變異性、結果、成本及順從性之臨床業務。醫院進行一個臨床路徑之過程，完成至可全院使用約要一年時間，優選考量發展此路徑是否為 High cost or volume or risk，之前醫院採 DRG 給付方式，最先選擇在醫院前十名之 DRG 量來執行臨床路徑，第一步驟成立小組醫師及臨床護理人員或是臨床管理者為必須納入之成員，其他依不同臨床路徑有不同人員加入如物理治療師護或是傷口護理師或是營養師，Case Manager 為主要負責人，第二步驟收集及分析資料:過去一年相關疾病族群基本分類、住院治療過程、住院天數、病人無法如期出院之原因或是照護教育之問題等相關資料，第三步驟搜尋相關實證文獻資料、國內外醫院治療、照護方式及住院天數等相關文獻，及訂定臨床此路徑之適應症，每個 Item 必須訂定時間。第四步驟:必須將完成之文件送至 Medical Record Committee(MRC) 審核;第五步驟:進行人員教育，教導書寫準則，於公開場合宣導此臨床路徑，相關單位人員須出席，於相關單位進行試用三個月最長六個月。第六步驟:評值試用期臨床結果及目標、照護病人之變異原因、資料收集、重新修正、人員再教育及最後全院使用，並一年一次再重新檢視路徑是否需要修改。現也進行一些內科疾病之路徑如:腸胃道出血。但於 CCU 有執行出院準備服務由 AMI 及 CHF case manager 執行。

Coordinator 負責其他病人共有三位，單位有會診才去看病人

本院臨床路徑很多，但同樣疾病確有不同的版本，不同的照護模式，易使護理人員錯亂及拿錯路徑名稱，且對於已使用多年之路徑未再重新檢視過，未有一組人員負責路徑，醫師討論醫囑部分，護理人員討論照護及護理指導，未針對此路徑之適用對象做說明。

(二)居家照護情形

2/8-10 參訪 Department of Continuing and Community Care 因為有一些病人出院後因照護問題又再入院，常因醫院床位不足及社區照護中心因病人發燒或是一些小問題即將病人送回急診求治，2009 年開始推 Community Health Engagement Programme (CHEP)，healthcare staff including Doctors, Nurses, Physiotherapists and Occupational Therapists，主目的:Provides time-limited multidisciplinary care for patients with complex needs,

discharged from Tan Tock Seng Hospital ; Includes medical assessments, nursing monitoring, caregiver training and support, and therapy services ◦

服務範圍:

***Collaboration with Community Hospitals:** Provision of consultancy services by Geriatricians

- Working on Care Integration between restructured hospitals and community hospitals
- Simplifying the workflows between hospitals
- Collaboration with Nursing Homes

Management of patients at the end-of-life in the nursing homes 參與計畫的療養院共有七家

- Management of chronic disease issues in the nursing homes
 - Geriatric consultation in the nursing homes
- **Liaison with General Practitioners**
 - Providing training for general practitioners to manage geriatric syndromes in the community
 - **Post Acute Care at Home (PACH):** 收案標準-有慢性病須持續監測及預防病情反覆復發如:心衰竭、COPD 等;藥物需要密切監測及調整如:Warfarin;使用呼吸器之病人;失智導致行為及生理相關徵狀者須密切監測及調整藥物
 - Provides time-limited multidisciplinary care for patients with complex needs, discharged from Tan Tock Seng Hospital
 - Includes medical assessments, nursing monitoring, caregiver training and support, and therapy services

共有六位主治醫師共分三組人，有 full time-只訪視居家病人 and part time-居家及社區醫院之診視，負責看 outpatient，不需看診。

PACH 病人來源為住院病人由個案管理師或是協調師依據收案標準轉介，出院前居家護理師不需事先看病人，訪視前一天電話聯絡家屬訪視時間，出院後一週第一次訪視主治醫師、住院醫師及居家護理師一起探視病人，評估了解家屬或是工人執行照護狀況，並親自看相關人員執行，醫師會全身評估病人狀況及有無壓瘡，對於病人營養、解便及用藥情形更為重視，隨時會調整藥物劑量，連續居家照護三個月穩定後會轉介私人家庭醫學科診所，家屬有任何問題可隨時聯絡居家護理師或是醫師，如病人發燒可由醫師評估用藥及評估再診視病人之時間，可避免病人又至急診就醫，現醫院執行針對 COPD 病人之居家訪視，此疾病病人常會反覆住院，將此類病人全部收案，一個月診視病人一次或是狀況不佳者會增加訪視時間，或是調整藥物及評估藥物剩餘量，視情況由居家護理師協助送藥給病人，對於獨居者會隨時評估病人需要社工介入協助送餐或是交通輸送，訪視結果會電話聯絡病人主要決定者，告知今天評估情況及需要注意之事項，訪視時有抽血會主動連絡家屬抽血結果，異常者會通知家屬回院領藥，並幾天後再追蹤，協助換管由社區醫院執行，近幾年開始更改模式，有醫師介入，也發現醫師與護理人員關係好相處融切，並同一個辦公室。收費部分約有 60%須自費，有醫師診視一次約花費 2500 元。在新加坡護理之家不收有呼吸器之病人，此類病人只能住院或是返家，呼吸器有問題可直接電話聯絡護士或是呼吸治療師。

醫師的介入可避免病人常重返醫院，亦可增加醫院床位之運用。病人很想出院回家，卻因擔心及害怕不敢出院，或是出院後要回診也是一個問題，對於慢性病反覆住院是常見的，預防及正確的觀念是很重要的，目前趨近老年化，這問題實在值得省思。

六、學習觀摩化學治療護理人員培訓模式 1/26-27

Johns Hopkins Center 為美國腫瘤治療中心，於 2005 年向醫院租借兩個病房(13C 及 D)共 36 床、加護病房兩床及 HD 一床治療各種腫瘤住院病人及門診中心，人事成本自行負責，有自己的藥局(共兩間)、檢驗室及廚房，當地之病人很少，大多治療阿拉伯人(由國家出錢接受治療)、澳門、印尼華僑等其他國家之病人，完全自費，且費用相當昂貴，病房全為單人房，設

計依據不同國家文化有所不同，如飲食及宗教。醫院 CEO 是一位台灣人，共有 109 位工作人員，護理人員共有 RN 39 人、EN 12 人及 SN 3 人，照顧模式與美國醫院相同，為兩班制上三天休四天或三天，一個 RN 照顧 4-5 位病人及各有一位 EN 及 SN，total I/O 時間為 6:00-隔天 6:00，未電腦化，藥物醫囑直接開立於給藥紀錄單，護理人員不需再重新謄寫一次，假如 DC 直接將此藥物畫線表停用。

門診病人化學治療大多從週邊靜脈注射，注射時間短約 2-4 小時，執行過程護理人員未穿任何防護衣或是口罩，藥局將藥物備好直接將藥物放於治療盤上，毒性較強藥物會使用特殊袋子包住及特殊 IV set(橘子色 set)，所使用 pump 可以同時兩條 line 一起滴注，分 primary 及 secondary，使用 set 上方排氣孔直接插入，不需任何針頭，pump 設定直接設定滴注時間及溶液量，機器會自行計算滴注速率，化療前抗過敏藥物皆由藥師稀釋於 50cc N/S 溶液中，後使用 iv pump 滴注，有滴注藥物皆頭皆為密閉式系統，垃圾分類與醫院相同。第一次化療之病人兩天後護理人員會電訪狀況。潑灑使用 Spill kit。

新進人員必須完成化學藥物靜脈注射(IV bag 及 push)各三次及口服藥物評核一次後才可進行給藥，有照護準則放於醫院網站對策內，人員可自行學習及由臨床輔導員教導。

陳篤生醫院化學治療大多從週邊靜脈血管或是 PICC 給予，給藥前要確認位置是法正確，過程全程穿防護衣口罩及化學治療專用的手套(比較厚)，化學藥物使用兩層袋子裝，內層為黑色及外層為透明並完全封口，使用時必須用剪刀剪開，set 完全是免插針式的，轉屬一台化學治療工作車，下方放置一個箱子內有 spill kit(藥物潑灑專用為一個 Package)、藥物滲漏處理盒子內有一張各類藥物處理方式、手套、防護鏡、封口繩及垃圾袋，給藥時工作車推至病房，工作車旁可夾兩層套再一起之垃圾袋，用完後馬上丟入，給藥過程兩人檢查確認。新進人員有一本化學治療相關照護內容，有 e-Learning 及將人員送至腫瘤科學習後，由 CNE 負責評核，通過後才可以給予藥物。門診化學治療時間最長為七小時。



化學治療處方籤由藥師做最後審核，護理人員不需再核對藥物劑量，給藥時在再重新計算一次即可。

七、其他部門參訪分享

(一)資訊化過程分享

2007 開始病人相關檢查電腦化，2009 藥囑上線，目前其餘醫囑上線試用中，預今年三月全面上線。在臨床使用上共有五個系統，目前尚無法連結資料，推動過程緩慢，依樓層逐一上線，所以有時全面上線要一年之時間。

因給藥異常事件，有機會參觀美國醫院，2005 年醫院資訊人員醫師藥事及護理人員一起討論，開始使用 Omnicl 藥車及 BAR code。實際參觀藥局，藥師利用包裝機包藥物，病房藥車與藥局連線，藥局可知道單位藥物使用情形及量的撥補，一週兩次，如果發現量已快沒有了，也

會馬上至樓上撥補，如果單位未設定的藥物可經由 Omnicl 藥車找尋最近有設量的單位可以就近借藥，也可避免工友急領藥事件。剛開始實施藥師也有抱怨，至目前已非常滿意，但一般病房會有護理人員發一床藥物就要走一趟之狀況，增加護理時數，所以由前一班人員協助將藥物備好放於藥盒(包裝皆未拆)，但要使用時仍需使用 BAR code 給藥，如果藥物劑量為半顆，使用 BAR code 後會有提醒。藥異常有減少，異常多為人為因素，未依標準流程，後端皆可看到哪位護理人員未使用 BAR code 及單位使用比率，並於公開場合公布結果，去年全院給藥異常 benchmark 設 3%，更改給藥方式後給藥異常已降至 0.5% 左右，成效相當好。每半年藥局會拿報表給單位主管，了解各藥物使用情形，已增加或減少藥物，如 SICU 共設 120 種藥物左右。高警訊藥物一定要有兩人一起 cosign。使用後給藥異常減少，仍有發生原因為人員未依標準流程給藥，如未使用 BAR code 及醫囑未開立即給藥。藥師表示更改後藥師有更多人力及時間於病房，實際了解病人用藥狀況及建議醫師，並給予藥物指導。

目前上線的電腦系統共有五個給藥系統、醫囑系統、檢驗及檢查系統、e-wound 及生命徵象系統。醫師從電腦看了抽血值必須於電腦 Sign 確認，如果未做確認，病人要轉出時電腦會無法作業。醫院推資訊化時間近十年，目前未全院全上線，目前 SICU 完全電腦化。

(二)PACE(Pre-Admission and Counseling Evaluation)參訪兩天 1/16-17

主要為術前病人麻醉評估及相關檢查流程解釋之地方，病人於外科醫師門診經醫師解釋後同意手術，並填手術同意書及診間會給予一張通知單內容有麻醉方式、手術過程時間及住院天數住院型態及手術計價代號相關內容通知單，病人會將此單子拿至 PACE 登記，人員會告訴病人安排手術日期及於手術前兩周回醫院執行相關評估及檢查，並提醒必須將平常所吃的藥物或是處方簽全部帶來，並將病人所有收術當天須帶來之文件放進醫院牛皮紙袋及提供有任何問題連電話。術前兩周第一關報到，第二關由行政人員解釋這次手術可能花費金額及病人相關保險給付狀況，說明出院日期及時間，延遲出院必須所付之費用，利用圖案說明病房各等級設備及費用，腸道準備護理指導及相關藥物停用之評估，及術前前天注意事項醫院手術室會在電話連絡手術時間及提醒注意事項，人員亦會說明，說明完後病人及工作人員會利用電子簽章簽名，並將同意書給病人及影印一份存檔。第三關為測量身高體重及血壓，第四關麻醉科醫師或是護士會診，會談內容及病人所用之藥名會全部輸入 e-PACE 系統，評估有無假牙

或是鬆動狀況，過去病史藥物使用情形，術前必須停止用藥名或是長相，解釋麻醉方式、手術後過程及疼痛處理方式。第五關執行心電圖抽血或 CXR 及病人執行 MRSA 篩檢，如果病人可能需要輸血，會驗血型及有無抗體，如發現有抗體病人於術前兩天回 PACE 單位備血，無抗體者則於手術室再備血。抽血報告有效期限為三個月、心電圖六個月及 CXR 有效為一年時間，於術前一天日間手術式人員會再電話聯絡提醒要停止之用藥、禁食時間及手術時間。發現 MRSA 結果為陽性，會電話連絡回醫院拿藥物(身體清潔用品 Chlorhexidiner 及藥膏 Bactroban ointment)，於手術前五天開始使用，及會給予注意事項單張，並會於開刀通知單備註，預留隔離床。

新加坡醫療給付方式與台灣不同，大多為自費，經由公家衛生所醫師評估需轉診之病人政府才會有津貼(津貼百分比額度依每個人每個月平均收入多寡及所住病房等級有所不同)，否則完全自費，所以 PACE 單位會協助計算出病人需自費之總金額，包含每個月自己存的 20%的保健儲蓄費用及私人保險給付額度，讓病人了解及準備錢，因住院必須繳保證金，如病人是個人因素不願意依醫師規定之時間出院，會將保證金沒收，此單位有一個四人小組，專為有津貼病人解釋住院收費，並會說服病人提高病房等級，以增加醫院收入，此小組亦有業績壓力，院方有希望一個月要達成之金額。

醫院成立此單位原因為讓病床使用率提升，不須所有手術病人須於前一天住院，相關檢查評估於門診執行，減少護理人員工作量及避免住院後又發現病人未停藥，無法手術及馬上辦理出院之狀況。

(三)Day Surgery Centre 日間手術中心(1/18-19)

因醫院床位不足，而成立日間手術中心，將小手術之病人不納入住院病人，共分三種有今天手術今天離院、手術後住一天及兩天三類病人，常見手術有白內障、hernia、LC(有術後六小時出院及住一天)關節鏡、拔除內固定、止痛神經阻斷、牙科手術、乳房全切除或是局部切除、精脈曲張、扁桃腺切除、做動靜脈瘻管、痔瘡切除、肛門瘻管、鼻竇炎中耳炎或是耳膜修補術等相關手術。

並提供開刀後必須住院之病人術前準備，級少數病人於手術前一天住院，因所有準備工作已做完整。有兩位 EN 準備明天手術病人之病歷及檢查所有相關檢驗報告及有效時間，對於有藥

物過敏者貼上標籤及書寫藥物過敏種類及將要填寫之記錄單章基本資料書寫完整。

病人只要手術當天至 DS 報到就可以了，由 EN 協助教導更換手術衣及術前相關準備，測量生命徵象及書寫相關紀錄，執行跌倒之評估，屬於高危險性病人手圈會多掛一個粉紅色手圈，備註 FALL RISK 及床尾也掛一個告示牌及特殊方言提牌，對於有藥物過敏之病人其手圈為紅色以做提醒，完成手術前電腦化之 Check list，部門有分放置術前及術後之空間，眼科手術病人手術衣不同以利辨識，帶手術帽之病人代表未開刀及眼科確認手術部位後，會利用紙膠貼住要手術眼睛上方的帽子處，以做為辨識，手術部位辨識於開刀房執行，由護理人員與醫師一起複誦 Check list 內容及手術部位確認，由手術室人員推病人至 OR。

IV lock 於手術室放置。病人術後返室醫囑已完整開立出院時間及下次回診時間，傷口照護方式，病人如無噁心狀況，即會協助泡美祿或是咖啡及三明治或式餅乾給予病人吃，生命徵象測量方式為 Q30 分×3 次→Q6 小時×6 次，使用活動式血壓計很多台，觀察時間結束會再次執行 PAD score 及生命徵象，護理人員會協助執行相關疾病護理指導及藥物護理指導，並給予護理指導單張，再次確認家屬聯絡電話(以便明天電訪)，並給家屬簽名後出院，住一晚之病人，於隔天早上九點左右辦理出院，出院前醫師會訪視病人及檢視傷口，須執行相關物理治療如教導拐杖及復健指導，物理治療師會親自至 DS 教導及確認病人已完全會，再辦理出院。夜間留院之病人數最多為 25 人，共有四位護理人員上班，有時也做為急診等床病人之後送單位觀察床。

白內障手術後 1-1.5 小時可離院，但病人 PAD score 必須大於 9 分及如果少一分是生命徵象就必須再評估之。

腹腔鏡執行 gall bladder 切除術後未放置鼻胃管及導尿管，目前醫院進行兩組研究，一組為術後六小時出院及另一組為隔天出院，會再進行電訪了解病人狀況，術後未使用任何抗生素，止痛藥物為口服 panadol 使用，參訪當天有病人於 11:45 回 DS，晚上七點開始進食。與醫院完全不同，單位常見住院天數為 4-5 天，病人有時又覺得自己吃不好會延後出院，因保險給付體制不同，而導致病人會有很多理由延後出院。

膀胱癌病人術後會於 DS 執行從導尿管執行化學治療，由醫師執行，藥物由兩位護理人員 cosing，只有此化學治療於 DS 執行，執行過程依照與本院相同防護措施，為預防藥物外滲，

有導尿管及針筒特殊連接頭。

日間手術中心是可以增加住院病人床位運用，住院天數較短者不住於一般外科病房並將流程簡化。

(四)CCU Advanced Practice Nurse(APN) 及心臟復健門診 2/6-7

如同醫院的專科護理師，人員必須為研究所畢業，研修課程有研究、實證基本實作、政策組織健康照護及金融、倫理、法律及專業角色發展念和護理倫理基本實作共三年，最後一年必須有 500 小時在專科相關實習，最後通過評核才可回臨床工作，目前全院共有 13 位，全國只有一家大學有相關研究所，主修心臟、肺部及腸胃，有些至國外取得。工作負責 CCU 8 床病人，職責每天早上與醫師查房，並報病人之病史及目前治療計畫，可開立與藥物無關之醫囑，負責護理人員專科性教育及協助臨床工作，了解護理人員心電圖判讀問題，病房有兩位 APN 負責住院病人。

醫院有心臟復健小組，APN 或是個管師會協助於門診看初步評估，AMI 病人出院後兩週開始於門診區開始執行或是 CHF 病人，必須自費分兩階段，第一階段有十二個課程及六個講座 (228.78 新幣)，第二階段八個運動課程(114.53 新幣)，小組成員有物理治療師、護理師、心理學家、營養師、職能治療師及藥劑師，目前已推展十年時間，最大問題在於完全自費病人有限，現已要求政府津貼中，希望病人能了解運動反應、哪些運動項目適合你、如何預防再復發等相關目的，對於住院病人藥物護理指導由藥劑師執行及其他相關注意事項由心臟個管師負責教育及評值

心導管一律從手做，有執行 PCI 之病人住 HD 或是結果正常當天就可以出院，AMI 病人一律執行 Primary PTCA，轉 CCU 治療，穩定後 48 小時轉 HD 或是轉一般病房，住院天數 5-7 天，有臨床路徑可用，因醫院無 CVS，需要執行外科手術或是需放置 ECMO 病人，緊急由中央醫院醫師來放置後馬上轉院。

與本院專科護理師角色及工作相差甚遠。現在 CAD 或是心衰竭病人很多，本院有完整治療小組，確對於病人後續心臟復健未有專人負責，實之可惜，要靠臨床護理人員做好完整護理指導及評值，一定無法每個病人面面俱到，藥物服用之遵從性相當重要藥劑師應該要介入，該如何運動及注意事項物理治療師角色很重要，護理人員皆未受過完整心臟復健運動訓練，對

於病人之護理指導一定無法無整，有專門小組人員介入是很重要的。

五、參訪內視鏡室及供應室

所有執行胃鏡、大腸鏡及胸腔鏡的病人(住院及門診)皆在這裡執行，執行 local 麻醉內視鏡有四床及全麻者有 22 床檢查後觀察床，局部麻醉病人要觀察 1 小時及全身麻醉觀察四小時後才可離院，設有生命徵象監視器及護理人員照護。有專門洗內視鏡之儀器，一台一次洗兩條，儀器內有多條水管管路，必須接於內視鏡個出口，未接好儀器會警訊。CSR 由一位 NS 主管負



責，內有四位護理人員，主要負責感控工作，此 CSR 還負責新加坡兩家醫院之儀器消毒，開刀房將器械送下來後有工作人員負責清點器械及整新整理放於器械盒內，再放入儀器高溫清潔，後續流程皆為自動化，所以現場工作人員並不多，主要負責器械的統整。每一包器械盒皆有條碼，可清楚那個病人使用過這器械，以最為後續追蹤方式，如病人感染及可追蹤出誰使用過這器械，後續能找到病人處理。





(六)參訪護理部運作狀況

1、EXCO committee

此委員會於去年十月成立目的作為單位與單位間的溝通橋樑及協助辦理各類活動，NS 人員共有 18 位(這些人員可能一週會有兩天至 NS 工作其餘時間於臨床工作，且盡量包含各國人員，比較年輕的，因想法會創新)及各單位有一位代表，每個月開會一次，開會時可提出所有的問題如單位與單位間發生之事件或是 overtime 下班時間，會大家一起討論如何改善或是至現場實際觀察所有工作流程，以了解有無改善空間。會定期辦理交誼運動比賽，如選擇兩個單位共有六位同仁組隊比賽球類趣味競賽，此類活動同人不需事先練習，於比賽前練習及解釋方式，時間上人員可能只會用到自己的時數約 30 分鐘，目的增加跨單位人員互動，工作包含各類活動的文宣海報及年度中央主題活動，此次有機會參與一年一次的護理部運動 party，主題是運動風，主管的穿著打扮皆是要運動風，也見到醫院 CEO，飲食主要有各國風味有馬來及印度的自助餐，因全院護理人員多參與人員為護理部人員各單位主管及邀請今年度表現優良的護理人員，活動內容有 X-BOX 跳舞、WIN 的打保齡球遊戲項目、踢毽子及打拳擊共四關，通過完成者可摸彩，最後有表現優良者發放獎金，會場皆由此組人員佈置彩繪及安排，於院內舉辦活動時間約由 15:00 至 19:00，方便白班人員下班可以參與。發現人員參與熱絡，懷孕者也一起跳舞，同時有主要人員在帶動活動。如新進人員每個人一張 phon card 由此組人員負責的。此組人員與 IT 人員一起討論後設置護理部網頁 Nurse One stop Gateway(NOOG)，將護理相關資訊及 massger place，單位主管將要宣導之事情放於此頁，可利用此交接班前的 meeting。護理部會運用護理人才，不管是資深或是不資深，有自己的想法或是有管理特質人員，護理部皆願意栽培。

護理部年終運動 Party



2、Attachment Nursing Standard Committee

此委員會成員有 13 人，其中一人為主要負責人於 NS，其他成員為單位 APN 及 clinical educator，每個月開會一次，工作內容負責護理標準、護理文件及醫院評鑑相關標準文件及負責單位評核工作，年初會安排好一整年要評核的時間表，以利單位主管排班，不會事先告知要受評核的單位(希望照護品質要持續，非需要評核時才做好)，評核內容為全面性有五項：

給藥、護理相關文件、壓瘡照護、感控及靜脈炎，共有 23 大項，一天評核四個單位及一個單位看三個病人，結果會與單位護理長說明，最後全院結果會於主管會議公布，並會了解有無共通之問題，以做為中央改善及宣導之目標。醫院標準盡量統一，由此負責人統整，電腦系統可看見所有護理標準及 JCI 評鑑文件標準內容，醫師治療的 protocol 全院人員皆可以查詢閱讀，但此系統僅限於醫院使用。單位自行書寫的護理標準必須有醫師看過，再送至中央審核及主任做最後的裁示。(這過程可全部 PO 電腦作為聯繫及溝通管道，不須送紙本或是電話連絡，須修改部分由中央負責)，護理標準制定需要有實證參考文獻，兩年更新護理標準一次，成員也是兩年更換一次，會評估成員表現狀況決定留與不留。

護理部另有一組人員負責護理研究相關事情，目前共有三位，第一位人員為臨床護理人員，向 NS 人員表示對於護理研究相當有興趣(此位護理人員在校成績優秀及新加坡國立大學畢業)，中央給予極大支持及空間，並至加拿大完成護理研究碩士學，第一完成為醫院護理人力相關研究，最後將此結果向國家衛生部報告並獲得支持，之後國家更改護理人力之配置，即為目前之狀況，剛開始醫院並無 EN。新加坡鼻胃管放置由護理人員執行，因發生一件鼻胃管放至肺部事件，產生醫療糾紛，因衛生部四年前即規定要 NGT 確認位置標準流程，其中一項為利用測 Ph 值確認位置之正確性，但仍發生異常，此研究小組人員搜尋文獻後發現照 X-ray 是最正確之方式，但卻造成成本及人力耗費，最後運用文獻做出 PH 值的 Protocol，為 PH 值多少該如何處理，並將會影響 PH 值的因素如藥物種類完整列出及當護理人員懷疑位置之正確性可以直接下醫囑照 X-ray，後於公開場合宣導及意外事件分享及執行方式，醫院 CEO 並要求醫師要全力配合護理相關研究結果。

3、 Attachment Nursing Quality Committee

中央負責人有 2 人，每個單位有兩位負責人(共 294 人)，同樓層 1-2 個月會開會一次，目前中央監測有壓瘡、跌落、靜脈炎及各類投訴，其 benchmark 值會依據國際(Institute For Healthcare Improvement)或是國家衛生部數據，全院及各單位住院人日數上電腦查及使用 EXCEL 檔方式輸入，無限制主管上傳時間，除非 2-3 個月未輸入中央會提醒，各類異常上電腦通報，情境描述使用 SBAR 方式書寫，全院品管資料掛同一個網頁。現推 5S+Safe(6S)Project 環境改善，已於一個單位進行改善中，將 C 等級病房的廁所做於病室內，護理人員的電腦桌

放於病室門口，將依些常用表單或是物品設於櫃內減少護理人員往返護理站，希望護理人員皆坐於病室門口，護理站改變將醫師所用電腦設置成一排，及設主管坐的位置，希望主管能隨時於護理站。縮短護理人員交班時間改善計畫已進行結束時間由 90 分 中下降至 45 分鐘，並制定出交班標準流程及方式。

曾有醫師投訴查房時找不到護士或是護士 Break time 及護理人員認為無法一直在那裏等醫師，改善措施為於病室內工作桌設立護理人員按鈴，主護身上會有自己照護病人的接受器會震動，即知道醫師查房且必須至病室才可以取消，單位 ICN 有全單位的接受器，除非一直震動會代替主護查房，即將病人身體清潔工作由八點延後至十點再執行。Community Partners Incentive Program (CPIP)這屬於全院性會有其他單位人員一起介入改善計畫。

4、 Attachment Nursing Officer Workgroup(NOW)

此小組於去年一月成立，主要成員為 nurse manager or clinical，一個樓層四個病房挑選兩位共 25 位，主要負責人為 nurse manager，每個月開會一次，主要目的是能將護理人員心聲表達出來及一起討論要如何改善，如工作流程之簡化及單位間之溝通，或是主管間單位事情分享及共同腦力激盪，後設置網頁，內容如工作人員表達醫院儀器種類多，借用後不會使用，經主管討論後將各單位所有儀器之操作方式、廠商及規格統整後放置於網頁，供主管以做為日後儀器採買之參考及盡量統一儀器，以免造成人員困擾及將病人書寫所有文件表單及內容建於網頁，並隨時更新最新版，負責醫院資訊化之推展，如已完成一個資訊化文件必須至此小組報告，由此組人員發表建議及討論是否便於臨床人員使用或是流程可以更簡化及 JCI 評鑑相關文件。

5、 Nursing Education Committee

成立於 2006 年，於 NS 成員約有 15 人左右，開始有臨床相關教育人員分 Nursing Educator(NE)、Clinical Nursing Educator(CNE) 及 Clinician Instructor(CI) 負責護理人員或是實習生教學相關事情。

(1)Clinical Nursing Educator(CNE)

一個樓層有一位，目前共 8 位，主要角色負責樓層人員教育訓練、臨床工作指導、單位各項評核或是協助新進人員技術評核，樓層新進人員環境介紹及職前訓練(約每個月一次)，每天

須了解四個單位病人狀況有無特殊病人或是管路，如有氣切病人會至病房查核是否備好預備的氣切套管相關物品 Package 及人員是否每日完成評核表，有胸管之病人會再次檢查是否正確，評核病人相關紀錄是否正確並蓋章，協助辦理四個單位在職教育及找講師，有照護上的問題皆可以找她，如：其他科病人借床，及了解各單位新人 check list 完成狀況及了解無法完成之原因及協助單位間溝通管道，有些工作與 NC 會重複。

(2) Clinical Instructor (CI)

主要負責帶實習生，目前共有 6 位 CI 及單位積極培訓 CI，因醫院每天接受 350-400 學生實習，新加坡學校無帶實習的老師，皆由臨床護理人員負責，只有培訓 EN 之學校由學校老師自己帶實習，因這些學生家庭或是個人問題比較多，之學有些學生為醫院至國外招來補助念書三年及及每個月生活費(第一年每個月 850 元新幣、第二年 900 元及第三年 950 元)，畢業後須簽約六年，希望能從學生開始了解護理人員之品格及特性，學生於最後一年畢業前有 PRCP 實習三個月(技術選習)，畢業後單位分配盡量與 PRCP 實習單位一樣，此實習階段評核重點為學生溝通、行為及技能，有一項未通過者無法畢業。此組人員另一工作為單位新進人員表現狀況，一直無法獨立照顧病人，經樓層溝通仍無法處理，會繼續向 NS 報告，由此組人員派一位 CI 跟這位護理人員工作一週，真正了解問題點並寫報告，再評估是否新人要調換單位，NS 人員希望以中立的立場觀察此護理人員。

參、建議事項

非常高興有機會出國看其他國家醫院的醫療，共走訪 14 個單位，受文化背景、環境及醫療給付不同的影響，致醫療及護理也有所不同，並不是每件事情在本院皆可執行，但以病人為中心及如何提升床位之運用仍須值得參考的，對於護理人員的重視是很重要的。

加護病房的設計是可做為醫院的參考，將醫護人員之安全考慮進去及對於感染控制的觀念可以學習的。

為提高床位使用率，出院準備服務相當重要，並非醫院出院準備服務小組負責就可以的，因屬於被動形的有需求才會診，且人力三人要負責全院太困難，應該是全院醫療人員包含個案管理師及醫師對於病人出服準備觀念的提升及主動發現病人問題，病人一入院即開始執行及發現問題，由專責人員負責，主動發現問題，要完全靠臨床護理人員是很難的一件事情(新進

人員多)，因常規事情做不完，又有多少時間與病人或家屬會談及主動發現問題，臨床路徑的訂定是很重要的，所有醫療人員皆了解病人治療進度及實際狀況，醫師醫術很好但後續相關醫療人員之介入是相當重要的，如物理治療師，隨時修訂臨床路徑醫師及護理人員一起介入，後續對於出院病人居家醫療服務內容實有參考之必要性。

對於 PCA 之使用我國全是自費，專責人員為麻醉科護士，應隨時評估止痛藥使用時機，臨床上常見病人使用後產生副作用或意識改變，即將藥物停止使用，任何 PCA 之更改皆是要送到麻醉科，病人之狀況完全由臨床護理人員報告麻醉科，未有專責人員負責，對於止痛的觀念更正確實實施，以提升醫療品質。

病人術前相關檢查如能住院前即完成是可以減少病房護理人員之工作負擔及事前相關評估將需要停止之藥物停止使用，避免病人住院後才發現該停止之藥物未停用，導致無法手術而出院，這是可以事先預防的。

醫院心臟復健中心的成立是很重要的，相關介入人員也應該接受訓練，醫院有完整之醫療小組及心臟移植，病人後續的生活品質應該要重視，CCU 專科護理師絕對是有需要的。

對於加護病房復健師的介入是值得執行的，常常病人轉出後也無法下床活動，家屬也不知如何協助家人下床，有專業的人教導，相信病人品質會更好，及病房物理及職能治療師之會診及利用須將其角色發展出來。

兩國的護理人力相差甚遠，新加坡護士仍覺太忙碌及人力不夠，如何將臨床護理人員留下這是院方一定要支持的，非護理部主管努力加油即可以的，如何提升護理品質及減少意外事件的發生，也不是護理人員提升自己的地位即可以，醫護人員的工作及生活品質皆要被注意的，且必須要接受改變。對於新進護理人員的教育訓練及獨立上線時間真的要思考，現實常因單位無人力，時間到了只好上線，所產生之問題為意外事件，病人安全是不容忽視的，一個月的時間仍無法將要學的學好，不該因為人力卻去忽略病人安全及上線後更無多的人力觀察新進人員之問題及表現，這問題應該是全院性問題，因健保給付少導致醫院護理人力無法再增加，這問題不再是護理相關主管可解決的，一定要獲得最上層的支持及爭取的。

主管培訓計畫可以讓人員看到自己的未來，很明確了解自己該如何往下走。

肆、心得

此次出國目的是參訪加護病房設備及工作流程、醫院出院準備服務狀況及外科病人疼痛控制狀況。當時會選擇新加坡醫院參訪原因為同為亞洲地區及華人居多，文化背景相似，可以學習及應用於臨床，但最後發現新加坡醫療制度及護理型態完全是依據歐美體制為主，參訪時間共走訪醫院十四個單位及南洋理工護理學院，發現文化背景、環境及醫療給付不同的影響，醫療及護理型態也完全不同，但以病人為中心、如何提升床位之運用及護理部運作是值得參考的，醫院對於護理人員的重視及地位的提升更是努力。

出國發現新加坡對於成大醫院真的很陌生，知道台大長庚或是榮總，醫院行銷要更加油，將醫院國際化是有它的必要性，我們並不輸別人，也要讓其他國家看到我們。相對的問題，前往新加坡陳篤生醫院前一樣，我對這醫院相對的陌生感一樣非常的多。包括它值得我走這一趟嗎？我去研修期間又有哪些值得我學習的。總總的不安，直到我接觸了陳篤生的護理單位後，逐漸化解。維繫與各國醫療體系的交流很重要，那是一種學習也是一種宣傳，這次我帶回來一條管道，相信同去研修的同仁也會帶回不同的管道。我們應維持與其互動交流。“走出去”是一種管道，也是一種學習。它讓我的視野變廣，不侷限在目前的框架中去作思考，是我這次旅程的最大收穫，或許現實很快就又把我拉回來，要面對的問題也接踵而至，我想我會先以面對問題的態度去觀察，從問題的側翼去處理問題。感謝主任給我機會去學習及家人的支持，讓我有成長的動力，也讓我收穫不少。