

出國報告(出國類別：國際會議)

國際學術論文發表報告

International Forum on Quality & Safety

in Healthcare

2-4 May 2018, Amsterdam, Nederland

服務機關：台大醫院新竹分院

姓名職稱：洪冠予院長、黃美鑾督導長、

王慧凝副管理師、呂雅珊社工師

派赴國家：荷蘭

出國期間：2018年4月28日~5月5日

報告日期：2018年6月1日

摘要

International Forum on Quality and Safety in Healthcare 論壇自 1996 年英國醫學期刊 BMJ(British Medical Journal, BMJ)主辦，2007 年起與美國健康照護促進協會 (Institute for Healthcare Improvement, IHI)聯合辦理，此次春季論壇於荷蘭阿姆斯特丹 RAI 會議中心，會議期間自 5 月 2 日至 4 日，計超過 75 個國家 3,000 多位醫療相關人員與會。本院今年錄取海報發表 9 篇，計 9 人參與此盛會。

會議期間登錄大會提供之 APP，可獲得詳細議程，出席者可依興趣主題加入個人會議排程，系統會跳出提醒視窗，方便掌握會議狀況，此次有來自世界各地 700 多篇海報發表，較以往不同為於各區海報設立海報口頭發表區，可增加與會人員間之學術研究互動。

除參與 International Forum on Quality and Safety in Healthcare 外，此次亦參訪了羊角村的 Zonnewied 護理之家及阿姆斯特丹之 AMC(Academisch Medisch Centrum)，了解荷蘭長照發展狀況及出院準備服務之銜接，值得做為未來規劃長期照顧與醫療服務參考。

目次

一、會議說明.....	1
二、會議主題.....	2
三、會議地點.....	3
四、會議議程.....	4
五、論文發表過程.....	5
六、心得及建議.....	23

附錄

一、會議說明

International Forum on Quality and Safety in Healthcare 論壇自 1996 年英國醫學期刊 BMJ(British Medical Journal, BMJ)主辦(第一年於倫敦舉辦)，自 2007 年起由英國醫學期刊 BMJ(British Medical Journal, 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 多位的全球衛生領導人和醫療從業人員，依專業臨床主題進行討論病人照護相關議題。有鑑於亞太地區需求，自 2015 年起每年秋季於亞太地區辦理(第一屆於香港舉辦)，今年秋季論壇預計 9 月於澳洲墨爾本舉辦，由於醫策會極力爭取 2019 年亞太論壇將移師台北舉辦。

此次會議為第 23 年舉辦之國際論壇(如圖 1)，每年均輪流於世界各地舉辦，今年於荷蘭阿姆斯特丹 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、奧地利、澳洲、紐西蘭、意大利、愛爾蘭、比利時、挪威、荷蘭....等超過 75 個國家參與，計超過 150 位國際講者及來自各國 3000 人以上與會，及來自世界各地 700 多篇海報發表，較以往不同為於各區海報設立海報口頭發表區，可增加與會人員間之學術研究互動。



圖 1、大會標誌

二、會議主題

此次舉辦為第 23 年之春季 International Forum on Quality and Safety in Healthcare，其相關網址為：<https://internationalforum.bmj.com/amsterdam/>，徵稿含下列七項領域：

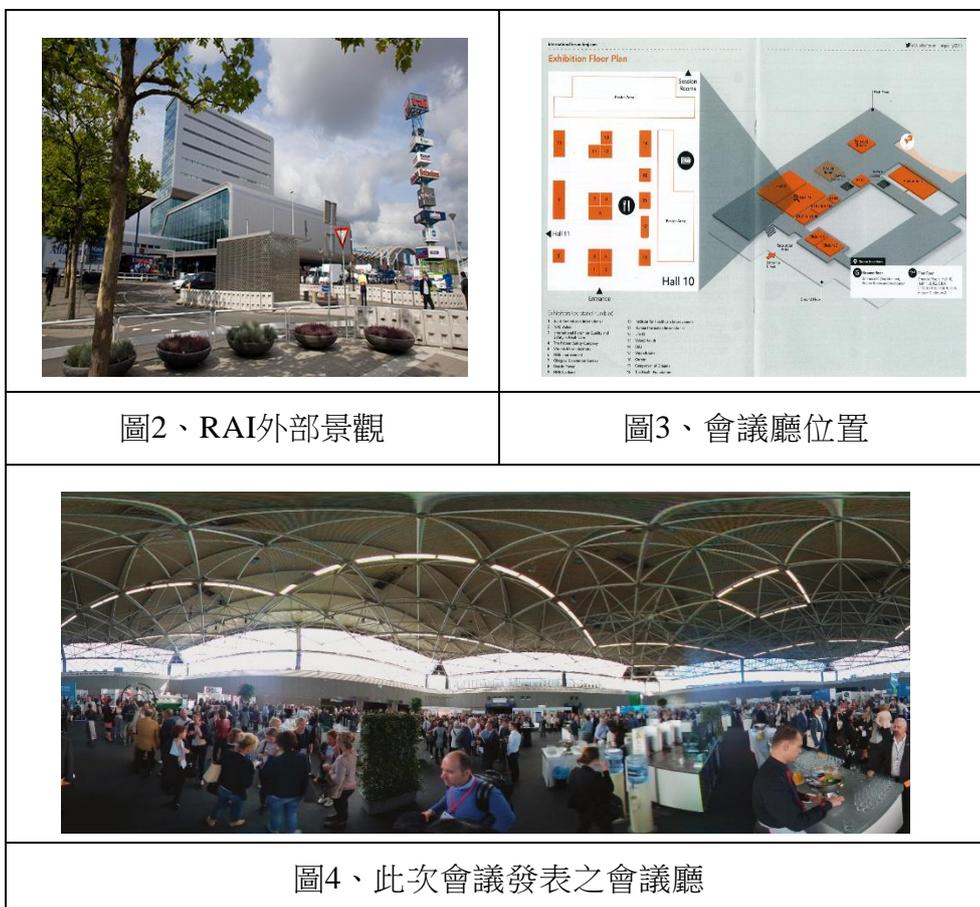
- (一) 領域 1. 安全 (Safety)
- (二) 領域 2. 品質、成本、價值(Quality, Cost, Value)
- (三) 領域 3. 以病人和家庭為中心之護理(Person and Family Centred Care)
- (四) 領域 4. 人口與公共衛生(Population and Public Health)
- (五) 領域 5. 建立能力與領導力(Building Capability and Leadership)
- (六) 領域 6. 工作流程(Work in Progress – read more below)
- (七) 領域 7. 學術研究改進(Improvement Science Research – read more below)

本院今年共錄取 9 篇論文，分別為安全領域錄取 3 篇、品質、成本、價值領域錄取 2 篇、以病人和家庭為中心之護理領域錄取 3 篇、建立能力與領導力領域錄取 1 篇均為海報發表。

三、會議地點

International Forum on Quality and Safety in Healthcare 論壇每年均輪流於世界各地舉辦，今年於荷蘭阿姆斯特丹 RAI 會議中心(如圖 2)舉辦，RAI 始建於 1893 年，是荷蘭國內最大的會展中心，也是目前歐洲規模和影響力最大的會展中心之一，且交通便利。

此次會議於 Hall 10、11(如圖 3)會議廳舉辦，計超過 75 個國家參與，及來自世界各地 700 多篇海報發表(如圖 4)，超過 150 位國際講者及來自各國 3000 人以上與會。



四、會議議程

會議自 5 月 2 日至 5 月 4 日止為期三天舉行，並於國際會議前一天即 5 月 2 日安排全日或半日之互動式演講/工作坊；5 月 3 日至 5 月 4 日為期兩天中有四場主題演講、5 個會議廳中超過 150 位國際講者進行分享(如圖 5)，此次大會亦提供「International Forum App」(如圖 6)，在登錄後，有三天會議詳細議程，包含每場次演講主軸及演講主題、時間、主講者、會議地點..等資料，可依個人有興趣主題加入個人會議排程內，今年 APP 比較貼心處為提供各講者之簡報內容(如圖 7)，更能讓我們了解報告內容。另外，今年計超過 700 多篇海報發表，還有一特色為於五大主題海報區闢有口頭發表區，藉由口頭分享與與會者互動交流改善對策及成效。

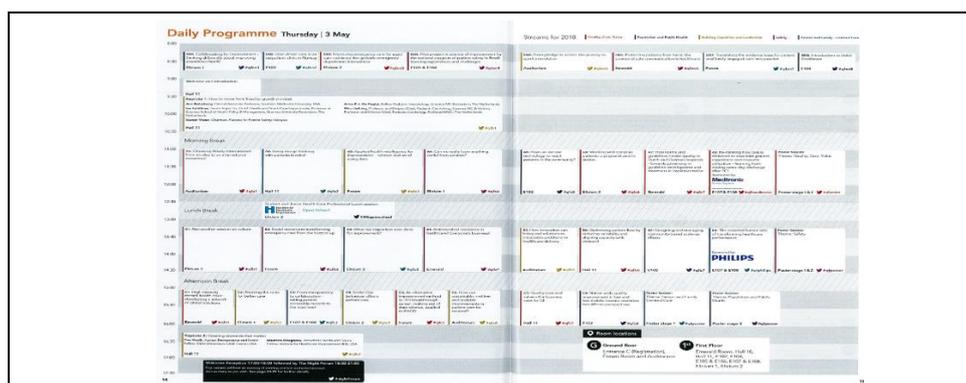


圖5、BMJ會議議程表

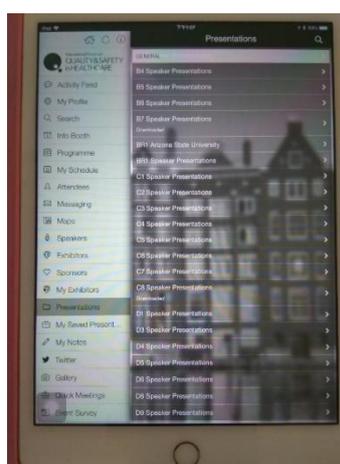


圖6、International Forum App



圖7、APP可提供講者之簡報內容

五、論文發表過程

本院今年共錄取 9 篇論文，分別為安全領域錄取 3 篇、品質、成本、價值領域錄取 2 篇、以病人和家庭為中心之護理領域錄取 3 篇、建立能力與領導力領域錄取 1 篇均為海報發表，由洪冠予院長領軍，計 9 人參與此次國際盛會(如圖 8)，今年開幕式特別盛大(如圖 9)，並於海報分區會場上參與分享進行交流(如圖 10)，另外會場提供視訊展示服務(如圖 11)，此機器可以讓您直接錄製想發表的內容並透過推特(twitter)發表，與會者可以透過 APP 讀取訊息。以下就論文發表狀況、及在會場上與參展廠商交流狀況、及另外參觀阿姆斯特丹 AMC(Academisch Medisch Centrum)醫院及羊角村 Zonnewied 護理之家分述如下：

	
圖8、與會合影	圖9、盛大的開幕式
	
圖10、海報分區口頭發表	圖11、分享發表內容

(一) 論文發表

1. 本院海報發表共 9 篇(如圖 12)，分述如下：

(1) 重新設計發病和死亡病例討論會(MMC)模式改善品質與安全-以大學附屬醫院腹膜透析中心為例(如圖 13)

- 摘要：

MMC 是增進臨床實務之一重要學習活動，然而，傳統會議模式鮮少或者未討論有關品質與安全之議題，此次利用回顧性查閱 MMC 會議紀錄及實際觀察會議進行方式，發現導致未能討論有關品質與安全之議題差距，為會議過程中主持人之角色不適當及缺乏結構式之焦點討論過程，於是提出重新設計會議進行模式，分為四個部分①會議主持人需了解每一案例根本原因；②需要一套結構化流程和記錄以促進議題討論；③邀請更多職類參與會議討論；④試者將會議結論轉換為具體執行策略。採用平行對照研究設計，由血液透析中心維持傳統 MMC 會議模式及腹膜透析中心介入重新設計之會議模式進行比較，並於介入前、後進行不計名滿意度問卷調查(共 16 題，其中一題為開放式題型)，及監測會議後提出具體策略之件數，研究結果為介入重新設計會議模式滿意度高(n=34)，15 題題項中有 14 題滿意度具統計學上顯著差異(p<0.05)，且重新設計會議模式組提出具體策略之件數為傳統會議模式組的 12 倍，顯示重新設計會議模式可以有效討論品質與安全之議題、提供更多導致事件之根本原因訊息，及能提供具體執行策略。

(2) 以批判性思考(Critical thinking) 建構醫院環境安全-謝瑜玲(如圖 14)

- 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。

106 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?或依專家建議?
- B. 消防系統電源關閉的適當性? 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의 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。

(3) 以跨團隊合作提升電梯安全管理-黃美鑾(如圖 15)

● 摘要：

根據台灣病人安全通報系統(Taiwan Patient-safety Reporting system，TPR)2016 年報統計電梯或電動門意外由 2015 年的第 7 位上升至第 5 位，增加 4.8 百分點，本院 2016 年電梯故障達 88 件，雖無造成民眾傷害，但因維修停機嚴重影響醫療業務進行，故由護理部、工務室、品管中心、醫療科等共 7 人成立跨團隊小組，逐案分析事故原因並介入修訂電梯事故緊急應變計畫；全面更換固定式光幕；宣導搭乘電梯安全需知；落實維護保養稽核；每月召開檢討會議等，在上述對策實施後電梯故障由 88 件下降至 18 件，顯示跨團隊合作模式改

善電梯安全具推行成效，大大提升醫療服務品質。

(4) 運用成效改善循環模式(FOCUS-PDCA)改善氧氣閥體異常事件-李芷萍(如圖 16)

● 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。

(5) 運用醫病共享決策模式提供需氣切患者之照護-陳意超(如圖 17)

● 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，加入氣切手術問與答，另外加入病人返家生活，甚

至回診及可以利用發聲閱說話的過程。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。

(6) 運用團隊資源管理(TRM)改善重大外傷病人 30 分鐘內送達開刀房-鄭惠如(如圖 18)

● 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。

根據台灣財團法人醫院評鑑暨療品質策進會 (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。

(7) 運用團隊資源管理(TRM)落實照顧服務員手部衛生-梁蕙菁(如圖 19)

● 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服員 24 小時的陪伴及照護，為了避免病人增加醫療照護相關感染機會，以 TRM 精神成立照服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。

(8) 運用團隊資源管理(TRM)降低病人出院後 3 日內再返急診-王慧凝(如圖 20)

● 摘要：

為使病人獲得更完整的醫療照護，針對預期病人需要長期照護，以及對後續照護計畫有疑慮之病人，將依每位病人需求邀請營養師、社工師、復健治療師等各領域專家，組成跨科部團隊提供出院準備計畫，降低病人及家屬對於後續照護的恐懼與擔憂，並減少出院病人 3 天內再返急診。

團隊於出院後 3 日電話追蹤病人出院情形，包含病人返家或轉介後續照護單位之適應狀態、照顧問題，並每月收集出院後三日內再返急診指標，且針對回診個案分析再返原因，列入

團隊擬訂出院計畫參考，並擬訂下列做法：

- A. 訂定出院準備服務標準流程：明訂收案標準、啟動時機及後續追蹤機制。
- B. 運用清單(check list)：方便每位醫護同仁於收案後，依據此單張提供病人出院計畫。
- C. 召開整合會議：由醫護團隊與家屬共同討論。
- D. 定期於會議宣導並舉辦教育訓練。
- E. 每季於出院準備服務委員會追蹤報告。

團隊於 2016 年 5 月起，運用 TRM 由跨部門團隊共同提供病人完善出院準備計畫，且為鼓勵各領域專家參與，提供團隊獎勵金，並於每季追蹤執行成效及追蹤病人再返急診情形。在上述對策實施後，提供跨團隊服務個案由 2016 年 5-12 月 317 人次提升至 2017 年 1-7 月共 649 人次，共增加 332 人次；而出院後 3 日內再返急診率也由 3.65%(2016 年 5-12 月)降為 3.17%(2017 年 1-7 月)。

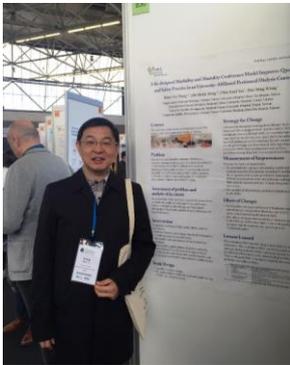
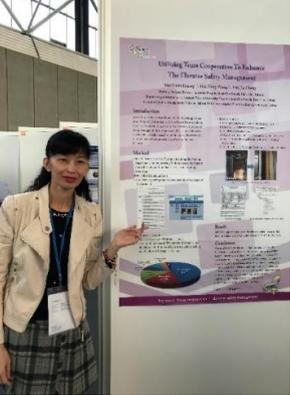
希望藉由跨團隊共同擬訂「以病人為中心」的出院準備計畫，提供病人及家屬更全面的照護，然而病人出院 3 日內再返急診的原因，除事先可預期提供衛教的因素外，仍有一部分為病人或家屬對居家照護的焦慮與不安，如何提升居家照護知識且降低憂慮，仍是我們需要努力的目標。

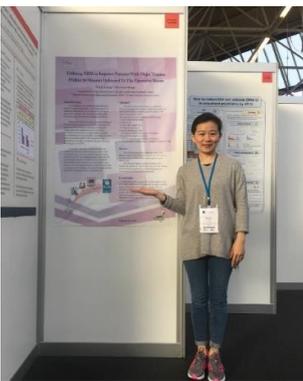
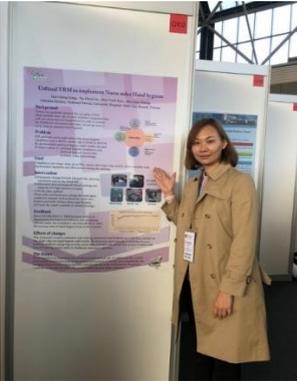
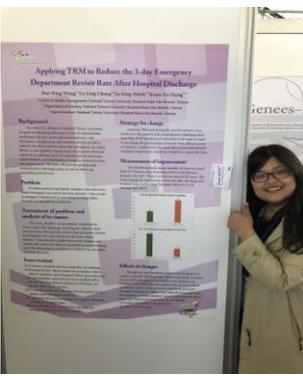
(9) 運用一站式服務推廣預立醫療自主計畫-呂雅珊(如圖 21)

● 摘要：

預立醫療自主計劃支持任何年齡或健康階段的成年人了解 and 分享他們的個人價值觀，是一個經過充分討論後預定個人未來偏好醫療處置的過程。每個人可以在 ACP 討論時表達自己對未來醫療或個人醫療選擇的偏好，由醫療團隊提供各項選

擇的說明與分析，幫助個人決定及簽署個人的預立指示(AD)。本研究調查擁有 550 床的教學醫院 ACP 推廣經驗。借鑒其在臨終關懷和臨終護理方面 20 年的經驗，以及本地和國際文獻資源，該醫院於 2014 年制定 ACP 一站式服務。組建 ACP 多專業醫療團隊，團隊有醫生、護理師、社工師和心理師，他們接受臨終關懷教育訓練和資格認證、設計 ACP 專用輔助媒材、提供 ACP 單一窗口諮詢、針對預簽署 AD 者召開家庭會議，最終協助個人完成預立醫療自主計畫。透過這樣的模式，該醫院自 2014 至 2016 連續三年獲得衛生福利部 DNR 健保 IC 卡註記宣導優良團體獎。傳統上，多數華人認為討論死亡是一種禁忌，人們認為這會帶來不幸，而依靠他人為自己的善終做決定。因此，我們需要更積極的干預措施來改變這種根深蒂固的傳統思維。

	
<p>圖12、全體與會合影</p>	<p>圖13、洪冠予院長之發表</p>
	
<p>圖14、謝瑜玲副主任之發表</p>	<p>圖15、黃美鑾督導長之發表</p>

	
<p>圖16、李芷萍督導長之發表</p>	<p>圖17、陳意超護理長之發表</p>
	
<p>圖18、鄭惠如護理長之發表</p>	<p>圖19、梁蕙菁護理長之發表</p>
	
<p>圖20、王慧凝副管理師之發表</p>	<p>圖21、呂雅珊社工師之發表</p>

2. 研討會發表論文摘錄：就重點摘錄

(1) 主題：使用以病人為中心設計思考(主講者：Ingeborg Groffioen, Liz Lamb)

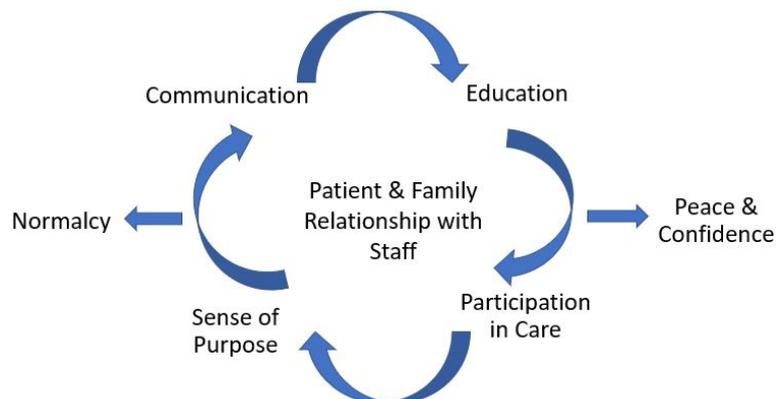
A. Ingeborg Groffioen 指出設計思考的過程，必須不斷的找出新的問題、新的想法，了解既有的措施是否合適並檢討，以解決用戶和其他利益相關者可能未滿足的需求，並且描述解決方案，考慮使用者需求及可行性並創造可共同理解

的語言，其中創造可共同理解的語言是重要的，因為在一個流程改善設計者的想法有時並不代表用戶和其他利益相關者能了解並執行正確或有效的做法。

B. Liz Lamb 以一個兒童須住院手術為例，其父母可能面臨醫護人病史的詢問、填寫文件資料等感到焦慮及不安、家中其他孩子的照顧、病童對疾病的未知、面對出院時的準備，使此就醫過程有不好的經驗並感到害怕，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；於是他們繪製了醫療地鐵線，依流程設計了以下計畫：①利用電子郵件或網路等提供相關問卷、②打電話給每個家庭了解問題及需求、③提供相關資源、④手術時提供支持、⑤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，工作人員亦能簡化其工作流程，對工作感到滿意。

(2) 使用呼吸器患者或家屬需要做什麼? 一種正常感和夥伴關係

利用跨團隊介入，提供一套焦點式問與答包括：加護病房使用呼吸器(MV)相關關鍵知識、說明 MV 使用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 iPad 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。

- (3) 現場與來自新加坡護理人員(如圖 22)分享如何進行病人低血糖改善方案，簡單說臨床上護理人員測量到患者血糖值低於 35mg/dl，則不需要醫囑下，可先提供口服葡萄糖水(如圖 23)，並續監測血糖變化。



(二) 會場參展機構交流

1. 英國國民保健署(National Health Service, NHS)：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. 美國醫療衛生機構認證聯合委員會(Joint Commission International, JCI)是目前全世界最具份量也是最具知名度的評鑑機構，現場除評鑑制度說明外，亦有 JCI 出版之書籍，如:BIG Book of Tracer Questions，分享 JCI 委員如何評核單位，在追索(Tracer)時又會問什麼問題，可以提供予單位自行檢視改善，並追求進步。
3. Human Protection：主要生產一些高風險之保護產品，如各式各樣約束

帶、保護床、嬰兒眼帶..等產品，其中有一加墊式約束手套(如圖 24)，除防止患者自拔管路外，亦可保護已經存在的傷口或薄弱的皮膚，並具有檢查開口，可於不需取下手套進行檢查用，十分便利。(相關查詢網站：<http://www.humanprotectioninternational.com/default.aspx>)



(三) 機構參訪

1. Zonnewied 護理之家

Zonnewied 坐落於羊角村(Giethoom)之中，環境清靜幽美共計 23 戶為小型護理之家(如圖 25、26、27)，每戶公寓外觀具獨立前門及郵箱(平面圖如圖 28)，每戶具備臥室、浴室、客廳、廚房(如圖 29)，廚房亦具備微波爐及冰箱等設備(如圖 30)，住民平均年齡 80-100 歲，主要收治以失智症患者為主，機構人力為兼任醫師 1 人、護理師 15 人、家事管理員 1 人及輔助人力，護理人員主要為評估住民身心狀況、設立護理目標及執行護理計畫與活動，每項均須完整記錄，且須有住民及家屬評值及簽名(如圖 31)，此項攸關政府給付之相關費用，另其他值得我們學習包含廁所扶手具活動式，可依需求使用(如圖 32)；除提供床邊及浴室呼叫鈴外，亦提供隨身如識別證樣之掛式呼叫鈴(如圖 33)；病床床欄設計為寬版長條式，採折疊式收起及拉開，其主要為住民不易由床欄縫隙中滑落或試圖下床(如圖 34、35)；提供熱食之餐車，且用餐時會提供今日菜單予住民，住民可以點菜喔(如圖 36)；另提供多樣懷舊治療、認知治療...等工具(如圖 37)。



圖25、機構前合影



圖26、Zonnewied外觀



圖27、Zonnewied每戶戶外環境

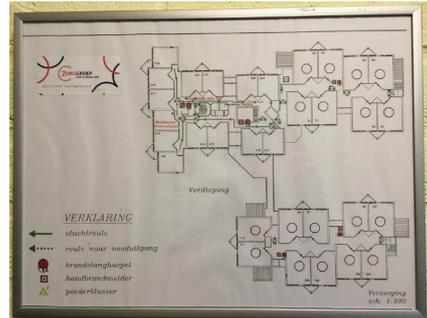


圖28、Zonnewied平面圖



圖29、每戶公寓環境



圖30、廚房具微波爐及冰箱設備



圖31、護理紀錄分享

	
<p>圖32、活動式扶手</p>	<p>圖33、攜帶式呼叫鈴</p>
	
<p>圖34、病床床欄拉起</p>	<p>圖35、病床床欄放下</p>
	
<p>圖36、提供熱食之餐車</p>	<p>圖37、多樣懷舊治療道具</p>

2. AMC(Academisch Medisch Centrum)醫院

Academisch Medisch Centrum 是阿姆斯特丹大學醫學院附屬醫院 (如圖 38)，創立於 1983 年，具 1002 床之學術醫學中心，環境優美、樹木林立、沒有圍牆及隔欄，位處交通便利，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，一樓大廳設有超市、美髮部、服飾店、餐廳、麵包房、書店等清幽不吵雜(如圖 39)，此次參訪之單位有出院準備中心及兒童癌症病房(如圖 40、41)，整體上值得我們標竿學習包含：於居家患者需要長期靜

脈注射者可提供攜帶式的幫浦使用(如圖 42)，或壓力式輸液軟袋(如圖 43)，此款主要提供患者短暫需求使用，如跑步、散步...等使用；兒童癌症病房所有牆面、地板、天花板之指標，均採顏色鮮明亮色之圖示指標，動線非常清楚明瞭(如圖 44)；走道兩側設有陽光休憩會客及活動室，自然採光，設計簡單鮮明(如圖 45、46、47、48、49)；在陽光室牆上設有願望板，病童可寫下想表達之感受或心願傳遞給工作人員或親友等(如圖 50)；公共區依區域備有急救車，均使用防塵套，且備有簡易操作說明卡(如圖 51、52)；大廳出入口備輪椅需求協助呼叫鈴之貼心設備(如圖 53)；室內公共區之垃圾桶乾淨清潔，為三邊均有開口方便丟棄垃圾(如圖 54)；室外垃圾桶為鐵製腳踩式，堅固耐用(如圖 55)；且室外吸菸區具鐵製之專丟菸蒂桶，具安全耐用(如圖 56)，以上均可做為未來規劃生醫分院之參考。

	
<p>圖38、AMC外觀</p>	<p>圖39、美食用餐區</p>
	
<p>圖40、與出院準備中心成員交流</p>	<p>圖41、與兒童癌症病房成員交流</p>



圖42、攜帶式PUMP



圖43、壓力式軟袋



圖44、鮮艷圖示指標



圖45、陽光休憩會客室



圖46、陽光休憩會客室



圖47、陽光休憩會客室

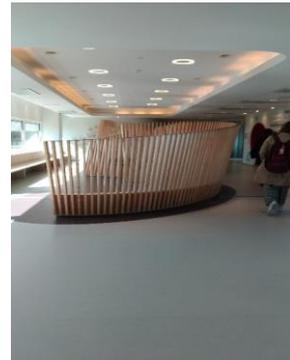


圖48、陽光休憩會客室

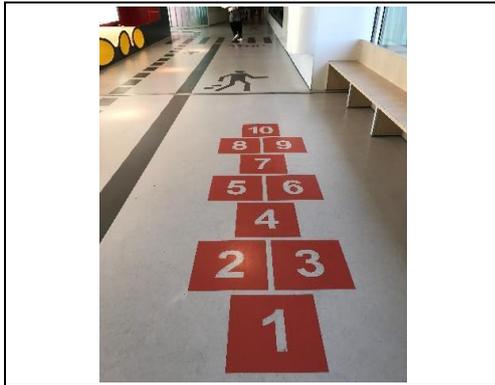


圖49、陽光休憩會客室

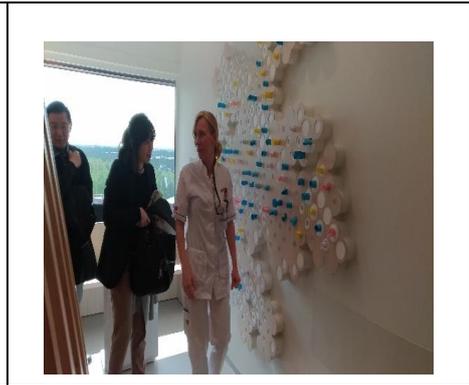


圖50、願望板



圖51、公共區備有急救車



圖52、急救車上備有操作說明



圖53、門口備輪椅需求協助呼叫鈴

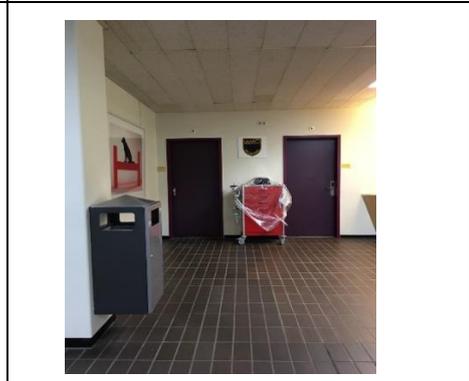


圖54、室內公共區垃圾桶



圖55、室外公共區垃圾桶

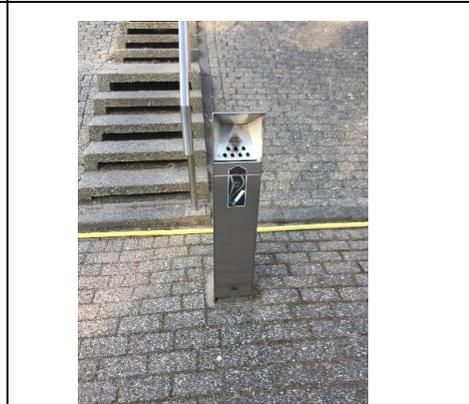


圖56、室外菸蒂專用

六、心得及建議

過去亦有機會參加其他國際組織所舉辦之國際研討會，如之前參加過 ISQua 之國際發表，均能運用資訊管理下載研討會之 APP，就能編輯個人之會議排程、提醒會議時間、輸入演講重點筆記..等功能，但今年 International Forum on Quality and Safety in Healthcare 之 APP 多提供一項服務，過去參加國際研討會大會僅提供口頭發表文章之摘要，常因各地口音狀況來不及了解報告內容，但這次在 APP 中提供各講者之簡報內容，方便有助於學術之交流；另一特色為可透過大會提供之視訊展示服務機器，直接錄製個人海報發表的內容並透過推特(twitter)傳遞，與會者可以透過 APP 讀取分享訊息；另此次超過 700 篇之海報發表，大會亦於各區海報專區設立口頭發表，及時互動之交流，獲益良多。

這次除參加國際發表外，很榮幸能參訪阿姆斯特丹之 AMC(Academisch Medisch Centrum)醫院及羊角村之 Zonnewied 護理之家，兩家機構環境舒適、寬敞明亮，公共區空間設計上有簡單舒適座椅且具隱私，除了可予患者或家屬溝通使用，也看到許多醫護同仁在此交流，或許透過轉換環境可以增進溝通效能，也可以提升同仁的工作效率與品質，另外，可以感受到”以病人為中心”尊重每一位病人的決定，已內化於日常作業中，很多決策的答案都源自於病人的選擇，從醫療模式、後續照護等，或許因文化、制度等差異，導致許多結果的不同，但不變且可以學習的是互相尊重的態度，這應該也是近年台灣推展 SDM 想努力的目標之一。其他方面可以做為我們借鏡如在搭乘荷蘭火車時，發現車站之垃圾桶開口均能依垃圾分類物品而有不同大小(如圖 57、58)，不容易丟錯；及月台上柱子設計具鐵製可專丟菸蒂使用(如圖 59)，及諮詢或求救按鈕(如圖 60)，親民貼心之服務，隨時提供資源。



圖57、四邊開口之垃圾桶



圖58、專用垃圾桶



圖59、丟菸蒂專用



圖60、車站月台上之緊急按鈕

附錄-攜回資料名稱與內容

(一)會議議程手冊一本(如圖 61)

(二)發表證明 9 張：(如圖 62~70)

	
<p>圖61、會議手冊</p>	<p>圖62、洪冠予院長出席證明</p>
	
<p>圖63、謝瑜玲副主任出席證明</p>	<p>圖64、黃美鑾督導長出席證明</p>
	

圖65、李芷萍督導長出席證明



圖66、陳意超護理長出席證明



圖67、鄭惠如護理長出席證明



圖68、梁蕙菁護理長出席證明



圖69、王慧凝副管理師出席證明

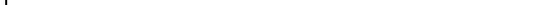


圖70、呂雅珊社工師出席證明

