

以價值為基礎的護理照護

馮容莊^{1,*}、黃露萩²、呂文娟³、黃鶯滿⁴、吳燕麗⁵、林帝芬⁶、
簡瑩佩⁷、韓國菁⁸、袁美珍⁹

縱使台灣全民健保已達到 100% 的覆蓋率，但並不表示台灣的醫療就是成功的！麥可·波特（Michael Porter）提出「病人價值」應是每一個國家健康照護體系改革中的基礎建設^[1]。從病人的角度審視護理的價值（Value-based care），期望在合理的成本下，為達到預期結果所能夠獲得安全、妥適，及有效益的照護；從專業角度審視「價值」，應以實證醫療為依據，證實治療與處置的成效，同時考量病人的期望與偏好。開創護理價值是一個精進的過程，護理價值在臨床應用過程中須將低價值護理轉變為高價值護理，護理價值的轉變需要勇於改變思維、變換態度、重建行為去翻轉與創新護理的新思維。重點在於，護理領導人更需有效率及有影響力的引領變革，積極提升新世代護理人員的專業核心能力。另護理師必須從照護提供者，轉為照護成果當責者，才能重塑高價值護理照護，成功扮演民眾健康之守護者，奠定護理專業之社會價值。

關鍵字：護理價值，護理思維

北市醫學雜誌 2017; 14(SP): 96-106

前 言

國際競爭力管理大師麥可·波特（2010）提出「價值」的定義，是指以每一分錢所獲得的康健結果（health outcomes per dollar spent），即表示病人復原的速度或復原的程度等^[1]；他強調若不解決價值問題，醫療照護體系就無法永續發展^[1]。2014年10月麥可·波特應遠見·天下文化事業群邀請，到台灣台北進行一場「醫療革命的迫切性」演講；此場演講會吸引了台灣醫界、藥界近400位專業人員出席，波特也為台灣醫療照護系統進行把脈，他指出：

縱使台灣全民健保已達到 100% 的覆蓋率，但並不表示台灣的醫療就是成功的，因為台灣醫療沒有考量病人的需要，如同全世界的醫療系統一樣！同時，他也批評台灣的醫療體系為降低醫療支出，有著拼命降低成本的心態，因此導致醫療品質下降，走向惡性循環！

在醫療照護團隊中，護理師是直接照顧病人的第一線人員，也是醫療團隊人數中最多的成員，她們提供了大多數的健康照護服務，包括24小時的床邊照護，以及所有健康體系的核心服務，亦橫跨連續性照護，故護理師是健康的守護者、關懷者、溝通者、安慰輔導者及轉

¹臺北市立聯合醫院護理部；²和平婦幼院區護理科；³陽明院區護理科；⁴仁愛院區護理科；⁵忠孝院區護理科；⁶中興院區護理科；

⁷松德院區護理科；⁸林森中醫昆明院區護理科；⁹昆明防疫中心護理科

受理日期：2017年8月15日；接受日期：2017年9月20日

*通信作者：馮容莊，臺北市立聯合醫院護理部，臺北市鄭州路145號

介者，亦是跨健康照顧專業團隊的靈魂人物。護理師面對不斷改變的醫療環境，藉由精實的思維，優化工作環境，應用實證護理提供病人臨床實務照護，以創造並提升護理價值，在護理實務照顧中不同層面思考，在傳統守護者角色中創造出不同健康照護價值，落實執行以價值為導向的健康照護。

以價值為導向的健康照護

隨著社會進步，病人意識的抬頭及醫療服務品質的提升，醫院服務模式即必須隨病人期待的提升而有所改變，朝向以病人為中心、顧客為導向的醫療照護服務。國際競爭力管理大師麥可·波特提出「病人價值」應是每一個國家健康照護體系改革中的基礎建設^[1]。現今，病人對健康照護的要求已不僅是在可近性(access)、成本控制(cost containment)、顧客服務(customer service)，然而建置以價值為導向的醫療照護體系的七大關鍵力為：(1) 創造整合式照護模式(create integrated practice units; IPU)；(2) 成果測量(measure outcomes)；(3) 成本測量(measure cost)；(4) 包裹式給付(bundled prices)；(5) 系統整合(systems integration)；(6) 地域擴延(geographic expansion)；(7) 建立有用資訊平台(build an enabling information technology platform)^[1]；同時，Porter 強調一個以價值為基礎的醫療照護模式，應用至臨床實務即是以病人為中心的醫療服務，然決定健康照護的價值，乃從監督、預防、治療到持續疾病管理的醫療過程中，處理病人個別化的疾病^[1,2]。

價值，取決於品質與價格的比例，然長久以來，護理行為並沒有明確及合理的訂價模式，要發展價值取向的護理，必須先對各種

護理行為訂價，訂出給付標準，再連結至臨床照護品質。不可否認的，護理師本著提供專責照護，與團隊間合作為更好的照護品質及病人預後而付出，以期達到以合理的價格提供最佳的品質。近年來護理的自主性及以病人為中心的護理模式，護理照護價值與訂價給付模式逐漸被受到重視。在以護理敏感價值為導向的支付制度下(Nursing-sensitive value-based purchasing, NSVBP)，述及若要提高護理照護品質，即必須通過財政激勵，醫院提供一個最佳的護理實踐環境，產生最佳的病人預後結果，透過醫院的成本效益與病人、社會的調整，以價值為基礎的設計一個有效的系統，獲得專家認可及將護理措施納入計算，以期減少不良事件、縮短住院時間和再入院率，從而降低社會及醫療成本之結果^[3]。護理成本費用在整個醫療體系的支出部分佔非常大的比例，然而目前的給付制度無法反映個別護病間的照顧^[4]。然而，探討護理價值的相關文獻逐年增加，多和醫療照護給付模式改變有關，分析層面包含經濟面、人際關係面以及社會面，並且從第一線護理師、病人(或其家屬)、主管、護理研究者及第三方支付者的角度，檢視護理價值。另有關護理價值的實證證據具顯著貢獻，能影響個人、群體甚至機構文化的改變；而在護理教育上亦可強調護理照護相關的經濟效益，能夠更明確闡述護理價值^[5]。

隨著健康照護環境發展以價值為基礎的支付系統，天主教倡導健康照護之護理領導者(Catholic Health Initiatives)率先與醫院合作，以較低的成本建立最佳的照護服務，於護理照顧中導入科技化商業程序，建立以價值為基礎的資源管理^[4]。根據專家學者的研究發現，建立電子醫療記錄的臨床病人數據新模型，即時將訊息嵌入至照顧團隊工作流程中，提供決策支

持及預測之參考，減少超時工作和改善住院時間，可提高病人滿意度和節約成本^[5]。Caspers (2013) 指出依據護理時數、病人個人及相關疾病診斷的嚴重性與時間花費所產生的新資訊，輔以病人急性照護期間的健康狀態結果，可作為價值取向健康系統的商業智慧^[6]。護理重視個人化的照護，從對病人護理評估與護病間互動及提供相關護理照護措施，包括在醫院、居家護理、安寧、復健中心、學校及公衛等多元情境，並與其他照護專業團隊建立連結溝通平台，發展一個多元互通照護模式，從不同護理體系下的電子紀錄，建立一致可用的資料去比較，以達成健康提升、改善病人經驗及降低費用，並能分辨病人對於護理照護所在乎的重點^[4,7]。

現有醫療給付制度並無法針對「護理照護」做訂價，雖然就電子紀錄分析可以發現護理照護的獨特因素，可做為衡量護理照護的指標，然而必須透過更多精密的分析方式及資訊處理，方能成功發展新的訂價模式。有學者們

針對護理相對價值包括照護時間、照護技巧、病人風險、照護者暴露風險、疾病嚴重程度等進行相關研究，以發展出可測量護理照護的指標^[4]。

醫療照護團隊中提供第一線臨床照護之護理師，期許透過實證護理模式的建立、實務經驗的學習，以及跨團隊的合作機制，導入資訊建置及分析的連結應用，提供以價值為導向的健康照護。

綜上，以價值為導向的健康照護應可提供整合性及跨專業的全人照護，跨領域專業團隊的照護，則應以實證醫療做為重要的照護指引，故而以病人為中心之全人照護實證健康照護，將納入病人觀點的，提倡以「共同決策 (shared decision making; SDM)」已成為現今醫療照護的一項重要指標^[8]。

護理價值思維

在醫療體系改革將重點轉向以價值為導向

易感受期		臨床前期	臨床期	殘障期	臨終期	
一段 (未病)		二段 (欲病)	三段 (生病)		四段 (安詳死亡)	
第一級	第二級	第三級	第四級	第五級	第六級	第七級
健康促進	特殊防護	早期診斷 立即治療	限制殘障	復健	緩和醫療	哀傷輔導
營養 戒菸 戒酒 減肥 運動	預防注射 防護裝備	篩檢、 週期性 健康檢查	慢性病 追蹤管理	物理治療 職能治療	安寧療護	四道人生
護理價值 教育者 諮商者	護理價值 教育者 社區改變者	護理價值 管理者 健康計畫者 個案發現者	護理價值 照顧者 管理者 聯絡者	護理價值 照顧者 教育者 研究者	護理價值 教育者 諮商者 轉介者 照顧者	護理價值 照顧者 教育者 協調者

圖 1. 四段七級健康照護中護理價值

的同時，護理突破扮演著關鍵性的角色，因為護理是醫療體系的重大資源，更影響著照護結果。

在四段七級健康照護架構中(圖1)，護理師在健康促進、預防與防護、早期診斷與治療、減緩殘障、復健、緩和醫療與哀傷輔導等過程中扮演著不同角色，照護趨勢更由以往著重在疾病前後期的照顧，拓展角色功能到疾病預防與臨終階段，照護人們一生的身心靈安適狀態，是護理價值的展現之一。

在護理的養成教育中就不斷的灌輸著護理後進，護理是「以病人為中心」的照護模式，依據Maslow理論的人類需求滿足程度，從病人基本生理需求的滿足(基本價值)直到自我實現需求的滿足(高價值)，每一層級都有著護理價值的存在與應用(圖2)。此外，在以病人為中心推動的十大安全指標，包括加強住院病人自殺防治、提升用藥安全、落實感染管制、提升醫療人員有效溝通等，每一項病人安全的維護，均有著護理價值的展現(圖3)。在

者，「以家庭為中心」的護理照護乃指在醫療照護過程中有家庭的參與(family present)、家庭溝通(family communication)、諮詢與團隊(consultation & team)、操作與環境(operation & environment)，在此理念下護理師可以透過家庭需求的評估、提供相關訊息、建立關懷照護環境、給予資源與支持，以達到高價值「以家庭為中心」的護理。

護理品質與健康照護結果息息相關，例如合理與受訓良好的護理師有較佳的照護結果。在2002年陸續有研究顯示，護理師每多照顧一位病人，照顧負荷即增加，病人死亡率就上升7%；照顧4位病人與照顧8位病人，病人死亡風險會上升31%^[9]。類似的研究結果也顯示，護理師數與降低院內泌尿道感染、跌倒、上腸胃道出血、手術後肺炎、壓瘡、休克與心跳停止急救失效的發生率是有相關的^[10,11,12]；另護理師數少與住院天數的延長有關^[13]，足見護理對健康照護成果有不可或缺的價值。雖然，護理對健康照護結果影響甚鉅，而護理

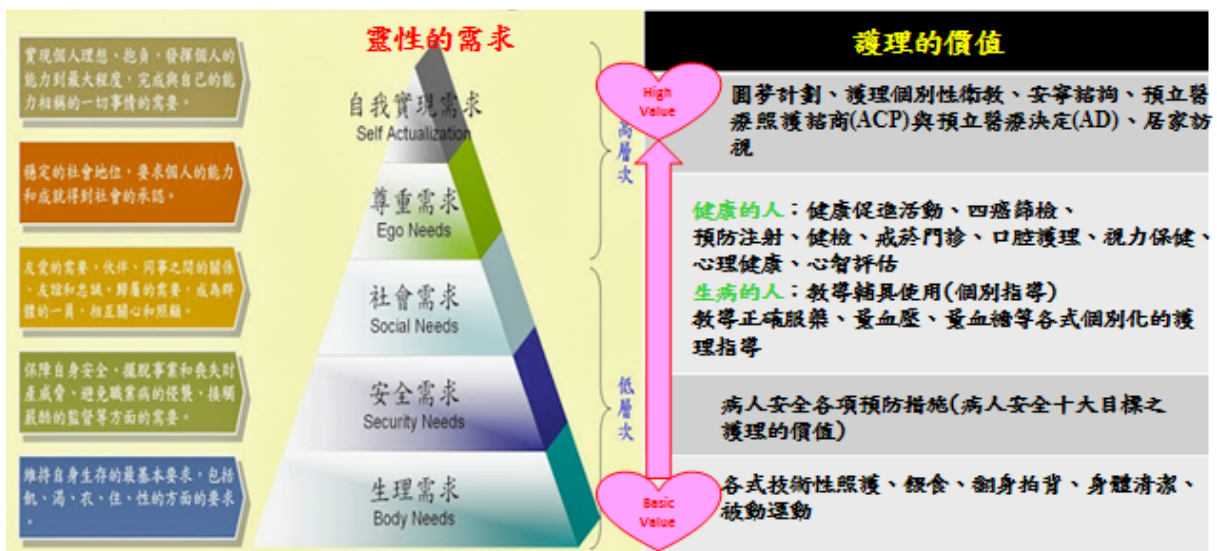


圖 2. 以病人為中心的護理價值

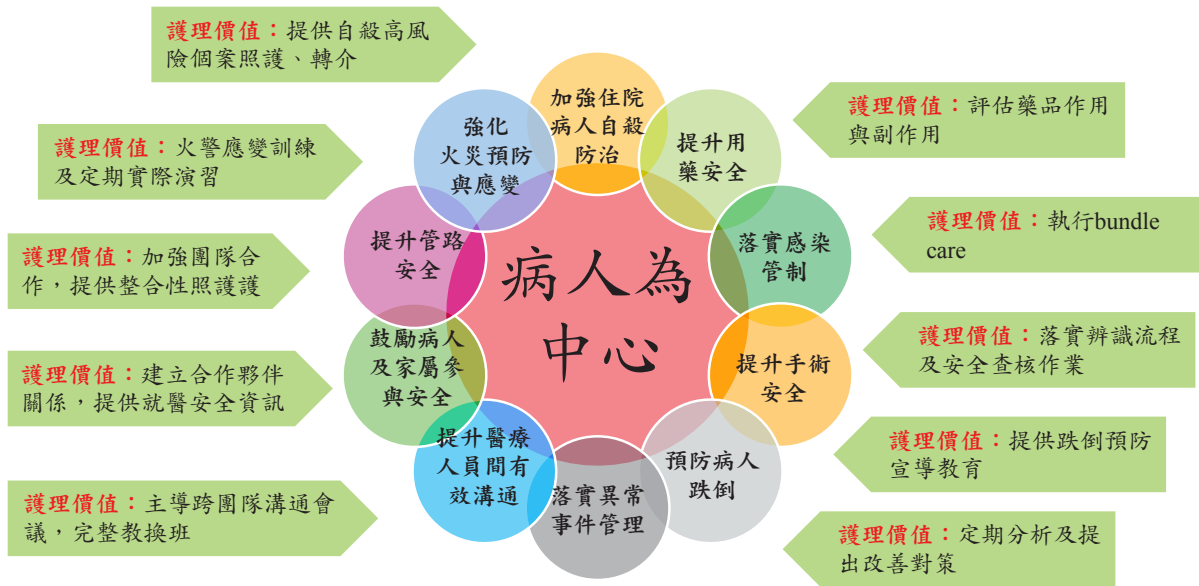


圖 3. 病人安全十大指標之護理價值展現

師在健康照護體系中雖可扮演多重角色，但亦形成相當的醫療成本，因此，以價值為導向的醫療體系改革中，勢必面對控制成本預算的風險。所以，護理照護必須能夠翻轉思維，視成本與品質並重，找出護理的最佳價值，確認護理成本，以創造最佳的照護結果。眾多學者指出以護理經濟學觀點而論，應要在護理照護與品質間取得平衡，即包括護理成本、安全性與健康結果；另就商業觀點而言，取得良好的健康結果、醫療過程中危險性下降或讓醫療成本下降，都是以價值為導向的護理要追求的目標^[14]。

然而，在追求以價值為導向的護理時，會面臨一些迷思與阻礙，包括護理過程或結果沒有定價、成本效益無法估算、護理經濟產值無定論以及醫療給付無法反映最合適的照護方式等。舉例來說，壓瘡照護是複雜的過程，包括每日壓瘡風險評估、給予適當營養、壓力點分散與重置、傷口潮濕處理，還有評估病人是否

被藥物過度鎮靜，以上壓瘡照護過程耗費護理時數，最後的健康結果是成功預防壓瘡惡化或壓瘡痊癒，然現行給付制度僅就傷口換藥大、中、小面積與頻次的給予，並沒有針對給予的照護內涵與健康結果訂定合理的價格，以致護理成本效益無法被估算，更遑論其他護理的無形價值，例如專業直覺、關懷與信賴的關係等，更間接影響健康照護過程與成果。

建構護理價值之策略

於醫療照護領域中「節省費用」並不是應該關注的議題，而是應該把重點放在「如何提升價值」^[15]。護理核心價值在於「以病人為中心」，從病人端檢視護理的價值，就是「滿足個人需求」^[16]。然而面對如此快速變化的社會形態下，人口老化面臨日趨增多之健康的挑戰，慢性疾病及其他長期照護問題與日俱增，愈來愈多的民眾期望得到更多和更好的健康照護服

務，為因應所面臨的挑戰，世界各國的健康照護體系全都在考量以新的工作方式和新的照護模式為民服務^[17]。當病人因疾病尋求醫療照護或治療時，首先考量是選擇醫院，再者是選擇醫師，護理照護品質需等到病人住院後才能有所感受，且護理照護的優劣無法被獨立評值，而且照護的接受和評量多只侷限在病人或其家屬或主要照顧者身上。其次，臨床護理人員在照護病人時，病人優先感受到的是基本護理技術層面，例如測量生命徵象、給藥、打針等，而進行護理指導、心理或靈性層面的照護技巧之護理價值卻不容易被感受到。綜合以上顯示護理的價值常被低估且未被充分利用。因此，建構與提升護理價值的策略是護理當責者刻不容緩的議題。

於此，提出建構護理新價值的策略應考量的方向包括^[7]：

1. 扎根基礎護理教育與落實臨床護理

建構護理價值需從「教育」著手，特別是護理管理與護理行政發展的課程，必須讓臨床護理師具備溝通技巧與表達能力，讓被照顧者瞭解護理對健康服務的價值，而政府部門或教育機構應定期檢視課程，確保課程中包含護理價值與效益之相關內容，而期許護理學公會能在議會立法上協助影響及制定相關照護品質之健康與公共政策法案，增進護理師在工作條件與環境上的平等，認同及支持護理師在跨領域的場所上為提升成本效益和照護品質所從事的行為，藉此保障護理師執業上的安全和產出的價值。

2. 發展護理成本與價格測量模式

於傳統模式測量護理成本多含擴護理人力配置之人事成本、護理時數、疾病嚴重度、虛擬成本等，以上成本的計算多以每人每日計、或以每日訪視次數計、或以每人每日護理時數

計、或以平均病房費計，同時且以回溯性方式收集數據所得，且將此測量數據均以平均值計，如人數、年齡、年資、單位、嚴重度等進行分析。而以價值為導向的成本衡量雖與傳統測量項目相同，惟其測量乃以直接照護與間接照護成本區分計算，或將DRG依護理嚴重度作加權計算，且以前瞻性方式收集數據，將數據以直接/間接時數，護理需求程度、個人年資、服務量等進行分析^[4]。

目前，醫療體系計算護理費用多以每日固定病房費計算，而未考量護理需求、病人疾病嚴重度、提供護理照護者的護理檢驗、執照別、學歷等；若干學者建議護理費應以照護程序或處置、照護時間、照護成果、疾病診斷、護理診斷、或護理經驗加以衡量計算，即在護理產出的價值中應該思考每次照護的護理費應包括哪些護理程序和任務、護理成果、花費在每個病人的時間、病人診斷、護理診斷、平日費率…等，而護理師的經驗和資歷也應列入考量中。

3. 強化護病連結

在思考護病的關係前先確認什麼是優質的護理？什麼是優秀的護理師？如何衡量品質、績效及成本？品質、績效與成本三者達到平衡，取決於護理資源的供給能否符合病人的需求。從病人的角度審視護理的價值 (Value-based care)，代表著病人在合理的成本下，為達到預期結果所能夠獲得安全、妥適，及有效益的照護；從專業角度審視「價值」，則應以實證醫療為依據，證實治療與處置的成效，同時要考量病人的期望與偏好。

4. 建立當責護理照護模式

當今，護理師從照護提供者 (care giver)，被要求成為成果當責者 (accountable for outcome)。所謂「當責 (accountability)」乃指

擔起責任確定應履行之義務被確實完成，亦即「多做一點 (do one more ounce)」。另高價值的護理作為應包括提供整合照護 (Integrated care)、以病人為中心 (Patient focused)、以品質為重 (Quality driven) 照護，以及建構高績效團隊 (High performing teams)。

5. 高價值護理照護重塑

護理管理者與領導者應對護理價值真義有所了解，且落實於護理管理作業中，於臨床工作中找出低價值的護理活動，透過精進作為、溝通協調、優化護理流程，以轉換為高價值的護理活動，且提升護理價值與成本效益。重塑護理照護價值模式應可從建立護理成本效益模式、優質的護理品質控制勝過成本理念，而從提升護理自主性及專業性發展著手^[7]。護理人員有責任從事臨床照護研究及發展創新照護模式，從護理計劃、管理與政策之發展等方面呈現出護理效益之實證，有助於提高護理的價值。

在推動護理價值策略時，應該了解護理價值所面臨的障礙與迷思，例如：護理是無法以價格衡量、護理成本無法控制、護理的經濟價值考量、計算「最佳」護理的給付，也就是說無法完全由「價格或成本」去衡量護理的價值。即使如此，建構以病人為中心的護理價值，應評估病人、家庭的需求，提供五全照護理念 (全人、全程、全家、全隊、全社區) 提供連續性、綜合性、可適性的長期照護優質服務的照護品質^[18]。

目前，臨床護理照護模式屬高價值的護理內涵並落實執行，包括有全責照護 (Total care)、提供臨床、社區、居家持續性照護，推動個案管理，加強醫病溝通與跨團隊合作、建構出院準備精進服務、提供妥適的護理指導、強化個案的健康概念、建置完整醫療資訊網

絡。在實務面上當病人從門診或急診到住院，應在入院後3天內召開醫病溝通會議，由護理師為病人設計專屬的照護計畫，並銜接出院後的社區資源，包括社區安寧、社區全責、偏遠地區居家訪視、出院到宅安心服務等，提供高品質全方位的整合照護，此為高價值護理服務的導向。

護理價值之臨床應用

在全球醫療體系中，護理師提供了80%的健康照護，同時也面對臨床實務的各種挑戰及困境，包括護理人力的短缺、疾病型態的改變、健康問題的複雜化、病人需求的提高及成本效益的考量，皆為醫護環境帶來嚴峻的衝擊^[19]。向來強調以病人為中心，滿足不同族群健康需求為導向的護理專業，如何從變遷的醫療照護體系中持續提供病人高品質的照護措施，讓護理更被重視及需要，並從中找到新的護理核心價值與專業定位。在臨床情境中，護理師如何證明自己是被需要的，則與護理師的能力有關，護理專業人員在職場上所展現之能力，直接顯示其護理價值。因此，欲提升護理照護品質與效能，建立社會價值與地位，並將低價值之護理轉換成高價值之護理工作內容，必須從加強護理師之核心能力紮根作起，護理之核心能力包括：一般照護、溝通協調及合作、管理、自我成長、創新及研究、壓力調適等能力；其中不斷的創新與改良護理實務，必然能提升護理品質；創新面向舉凡能達到病人舒適、減輕痛苦、提升滿意度、節制成本等目標，包括護理技術、護理用品、照護方式等，都是護理師可發揮的專業能力。

護理人員也必須具備一定程度的研究能力，才能夠在臨床工作中發現問題，並找出具

有實證基礎的解決方案或進行研究，並將研究成果運用於臨床實務的改善。在以病人為中心的跨專業實證照護之架構下，臨床照護人員皆在自己的專業領域範疇中積極研發，並將最新最佳實證運用於臨床實務之中，以提升護理措施的成效與可信賴度^[20]。舉例：為了解答「在進行髖關節或膝關節置換手術之前提供資訊與衛教，對復原功效如何？」護理科學家針對超過 750 位 58 ~ 71 歲之受試者進行檢測的試驗，這些受試者皆是因關節炎、意外或其他原因，而接受髖關節或膝關節置換手術，受試者接受了書面衛教指導、與護理師討論或觀看影片，控制組則是未接受任何資訊；證據顯示：術前個別性指導及衛教對於術前焦慮具有助益功效；而針對個人衛教課程與支持措施有助於縮短住院時間，並減少醫療資源浪費^[21]。由此可見護理專業人員的護理衛生指導在醫療照護體系中的重要性。

護理價值是一個精進的過程，護理價值在臨床應用過程中須將低價值護理轉變為高價值護理，護理價值的轉變需要勇於改變思維、變換態度、重建行為去翻轉及創新護理的新思維，例如：急診就醫病人之生命末期評估，可以及早發現病人是否有安寧的需求，且可以降低非必要性的緊急處置及醫療浪費，減少病人及家屬受苦及早期安寧介入，讓病人得到舒適的照顧，安寧療護提供高品質的末期臨終照顧及減少無效的延長生命措施，當死亡不可避免時，照護重點由治癒(cure)轉為療癒(healing)，進而讓提升病人生活品質的安寧療護成爲一種選擇，故臨床實務運作中需透過在職訓練、團隊溝通、作業及價值觀念宣導，在急診室成立安寧緩和中心，以推動急診生命末期照護，亦是一種創新的護理新思維。

此外，在護理師平日工作常規與流程中，

有許多被認爲是低價值的護理活動，諸如轉床、BCMA 系統操作下的退藥、點班、無效益又重複的護理指導，以及失誤的護理處置與技術等，然而這些活動護理師不做又有誰會做？假若低價值護理活動充斥在每天的工作中，即會降低護理師的工作動力與士氣，形成工作疲乏(burnout)，即消滅臨床護理師對護理工作的熱誠！因此，護理管理者或護理高階者即應對護理價值真義有所了解，協助臨床基層護理人員於臨床工作中，找出低價值的護理活動，於護理團隊中透過溝通協調，採取改善方案與精進作爲，推動優化護理流程，將低價值護理活動轉換爲高價值的護理活動，望在護理工作中降低低價值活動的比例，以激發臨床護理師在工作中找到自身的護理價值！

19 世紀護理鼻祖南丁格爾即指出護理人員記錄對病人的觀察，有助於病人獲得最適當的照護及恢復健康，強調護理師必須記錄主要是爲了系統性收集病人照護資料，另護理記錄更是醫療團隊間溝通重要媒介。依據護理人員法第 25 條規定「護理人員執行業務時應製作紀錄」；而護理紀錄的目的乃爲了收集資料，作爲溝通工具及擬定護理計劃的依據，同時也是法律的證明文件，資料內容可作統計分析及研究之用，更可作爲教育及護理評值的應用。然而，傳統紙本護理紀錄的重複性、複雜性、耗時性，一直是護理師認爲屬低價值的護理活動。現今，因著資訊科技導入臨床護理，建置護理資訊系統包括給藥系統、護理過程(含評估、診斷、計畫與評估)系統、護理指導系統等，均將護理紀錄效能性、應用性與價值性再再提升。護理資訊系統的開發與設計應從護理人員的需求出發，將醫護流程自動化與智慧化，打造全方位的智慧醫療照護平台，提供更高品質的醫療服務。此外也呼應目前臺灣各醫

療院所推層出新的護理智慧照護，除建構智慧病房加強護理站管理效能，增強病人的照護參與，提升照護品質外，建議可利用臨床數據庫找出最適合該病人的護理照護，並維護和增強護理師帶給病人無形的護理價值，包括護理直覺 (nursing intuition)、關愛和信任，讓病人感受到的是一有溫度的醫療科技環境，又稱為「橘色科技」的醫療環境。

Welton (2010) 指出改善護理部門的成本核算和計費模式，使用資訊系統產出數據，可優化護理資源的分配使用，並建議醫療機構將護理師與病人的配對組合輸入至電子操作數據庫中，便可確知那些護理師需要照顧哪些病人，甚至提出單獨護理的收支成本中心的想法，讓醫療機構更能了解真正的護理成本^[7]。此外，在醫療保健方式，價值的衡量應著重於滿足病人個人需求的程度，綜合考慮病人的需求，重新定義醫療，並將相互關聯的醫療環境進行最佳化的整合，提供整合照護 (Integrated care)，例如：糖尿病病人若併發有高血壓、腎臟疾病和視網膜疾病時，將相關醫療整合，由糖尿病衛教師提供整合性糖尿病衛生教育，給予護理與運動建議，並轉介營養師提供飲食衛教，讓病人享有更好的照護、健康！

結 語

護理專業與所有的健康照護專業，共同服務的對象終究是「人」，人的需要在哪裡，護理照護就在那裡，分析服務對象與其家庭的文化背景與價值需求，經由決策過程充實護理專業應具備的新知與技能，與健康照護團隊協調合作共同將最佳有效的實證護理措施，即時地應用到服務對象，持續性監督與評值其身心反應與成效，應為護理科學發展的主要方向。

然而，重複且無效率的工作流程，讓護理師無法發揮真正的專業價值，病人的照護品質也深受影響。護理人員在醫療照護體系中是成果和成本的基本趨動者，有助於創造價值和提供保健服務，並領導和創新改善醫療照護流程。所以，護理領導人更需有效率及有影響力的引領變革，積極提升新世代護理人員的專業核心能力。另護理師必須從照護提供者，轉為照護成果當責者，才能重塑高價值護理照護，成功扮演民衆健康之守護者，奠定護理專業之社會價值。

參考資料

1. Porter, M. What is value in health care? *N Engl J Med.* 2010; 363(26):2477-2481.
2. 麥可·波特、伊莉莎白·泰絲柏格著；李振昌、羅耀宗譯。醫療革命：善用競爭策略：創造醫病雙贏的療護體制。臺北市：遠見天下文化，2014.07。
3. Kavanagh KT, Cimiotti JP, Abusalem S, Coty MB. Moving healthcare quality forward with nursing-sensitive value-based purchasing. *Journal of Nursing Scholarship* 2012; 44(4):385-395.
4. Welton JM, Harper EM. Measuring nursing care value. *Nurs Econ.* 2016;34(1):7-14.
5. Dick TK, Patrician PA, Loan LA. The value of nursing care: a concept analysis. *Nurs Forum.* 2017; 13. doi: 10.1111/nuf.12204.
6. Caspers BA, Pickard B. Value-based resource management: a model for best value nursing care. *Nurs Adm* 2013; 37(2):95-104.
7. Welton JM. Value-based nursing care. *JONA* 2010; 40:399-401.

8. 侯文萱。以病人為中心的實證健康照護—共同決定模式。醫療品質雜誌 2015;9(5):4-9。
9. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA* 2002; 288(16):1987-1993.
10. Kovner C, Jones C, Zhan C, Gergen PJ, Basu J. Nurse staffing and postsurgical adverse events: An analysis of administrative data from a sample of U.S. hospitals, 1990-1996. *Health Serv Res.* 2002; 37(3):611-629.
11. Needleman J, Buerhaus P, Mattke S, Stewart M, Zelevinsky K. Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *N Engl J Med.* 2002; 346(22):1715-1722.
12. Patrician PA, Loan L, McCarthy M, Fridman M, Donaldson N, Bingham M, Brosch LR. The association of shift-level nurse staffing with adverse patient events. *J Nurs Adm.* 2011; 41(2):64-70.
13. Seago JA. Nurse staffing, models of care delivery, and interventions. In Markowitz AJ, Shojania KG, Duncan BW, McDonald KM, Wachter RM. Making health care safer: A critical analysis of patient safety practices. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2001. 423-446.
14. Kavanagh KT, Climiotti JC, Busalem S, Coty MB. Moving healthcare quality forward with nursing-sensitive value-based purchasing. *Journal of Nursing Scholarship* 2012; 44(4):385-395.
15. Michael Porter. 醫療改革創造價值. Cited April 13, 2011. Available at: <http://www.cw.com.tw/article/article.action?id=5003785/>.
16. 張曉卉. 創造醫療價值，從「以病人為中心」做起. Cited June 13, 2014. Available at: <http://www.commonhealth.com.tw/article/article.action?nid=63426/>.
17. 詹火生。面對人口高齡化的挑戰與對策因應：台灣的經驗和借鏡。兩岸學術社會福利學術研討會。2010。
18. 李閏華。長期照護機構住民安寧療護的社會心理照護。長期照護雜誌 2014; 18(2):193-202。
19. 張薰榕、史麗珠、邱孟君、沈昱名、林雪蓉。台灣健保總額預算期間臨床護理人員的工作感受及工作壓力。中華職業醫學雜誌。2012; 19:18-30。
20. 林佳慧、陳玉如、蔣立琦。應用跨專業領域團隊之實證醫療促進臨床病人安全及照護品質。榮總護理。2013; 30:121-9。
21. McDonald S, Page MJ, Beringer K, Wasiak J, Sprowson A. Preoperative education for hip or knee replacement. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 5. Art. No.: CD003526. DOI: 10.1002/14651858.CD003526.pub3.

Value-Based Nursing Care

Rung-Chuang Feng, Ph.D.^{1,*}, Lu-Chiu Huang, RN, M.S.²,
Wen-Chuan Lu, RN, M.S.³, Ying-Moan Huang, RN, M.S.⁴, Yen-li Wu, RN, M.S.⁵,
Ti-Fen Lin, RN, M.S.⁶, Ying-Pei Chien, RN, M.S.⁷,
Kao-Ching Han, RN, M.S.⁸, Mei-Jen Yuan, RN, M.S.⁹

It does not necessary mean a successful health care even if the national health insurance has reached a 100% coverage in Taiwan. Michael Porter (2010) pointed out that “patient value” should be a basic infrastructure within the reform of the health care system in each country^[1]. From the patients’ perspective, value-based care means a safe, appropriate, and effective care with enduring results; from the professional point of view, “value-based nursing” means employing evidence-based medicine and proven treatments and techniques and in the same time, concern patients’ wishes and preferences. Creating value-based nursing care is a

sophisticated process in which the nursing value in clinical application is transformed from low- to high-value care. Courage is required to change ones’ thinking, attitudes and innovative practice on nursing. More importantly, the nursing leaders need lead the transformation efficiently and influentially, and actively improve the professional core competencies of the new generation nursing staff. Also, only when the nurses change from care providers to persons responsible for the outcomes that the high-value nursing care can be reshaped, play the guardians of public health successfully, and establish the social value of the nursing professionals.

Key words: value-based nursing, new thinking in nursing

Taipei City Med J 2017; 14(SP): 96-106

¹Department of Nursing, Taipei City Hospital; ²Department of Nursing, Taipei City Hospital, Heping Branch; ³Department of Nursing, Taipei City Hospital, Yangming Branch; ⁴Department of Nursing, Taipei City Hospital, Renai Branch; ⁵Department of Nursing, Taipei City Hospital, Zhongxiao Branch; ⁶Department of Nursing, Taipei City Hospital, Zhongxing Branch; ⁷Department of Nursing, Taipei City Hospital, Songde Branch; ⁸Department of Nursing, Taipei City Hospital, Linsen Chinese Medicine and Kunming Branch; ⁹Department of Nursing, Taipei City Hospital, Kunming Prevention and Control Center

Received: 15 August 2017; Accepted: 20 September 2017

*Correspondence to: Rung-Chuang Feng, Department of Nursing, Taipei City Hospital, No. 145, Zhengzhou Road, Datong District, Taipei 103, Taiwan