

参考文献

- [1] 韩静,谭迎春,王洪侠. 护士对国际合作办学项目的态度及其影响因素[J]. 护理研究, 2015, 28(3): 322-324.
- [2] 钟秉林. 推进高等教育国际化是高校内涵建设的重要任务[J]. 中国高等育, 2013, 48(17): 23-24.
- [3] 乔宇琪, 郑青, 陈芳源, 等. 浅析中外医学教育评价模式[J]. 中华医学教育探索杂志, 2012, 11(5): 454-456.
- [4] 赵艳华, 张文玲. 复合型医学检验人才培养方式探讨[J]. 创新与创业教育, 2013, 3(5): 72-73.
- [5] 费嫦, 张荔茗, 李树平, 等. 医学检验形态学检验系列课程融合的教学改革和探索[J]. 国际检验医学杂志, 2015, 36(20): 3068-3069.
- [6] 刘纯青, 黄晓华, 赵岩, 等. 澳大利亚与我国检验医学专业教学·管理

教学体系的比较与分析[J]. 检验医学与临床, 2015, 12(10): 1486-1488.

- [7] 段春燕, 史沁红, 胡雪琴, 等. 关于卫生检验与检疫技术专业教育现状及人才培养的思考[J]. 中国卫生检验杂志, 2012, 22(11): 2783-2784.
- [8] 梅勇, 朱长才, 李文芳, 等. 卫生检验专业人才培养模式探讨: 从卫生检验方向到卫生检验专业[J]. 中国卫生检验杂志, 2012, 21(10): 2510-2511.
- [9] 范耿, 于芳, 邢晓辉. 学科交叉在医学高等教育中的必要性[J]. 中国卫生事业管理, 2012, 29(12): 940-941.
- [10] 宁林. 交叉学科教学在医学高等教育发展中的必要性分析: 以医事法学为例[J]. 学园, 2014, 6(4): 56-56.

(收稿日期: 2017-03-16 修回日期: 2017-04-21)

加拿大多伦多 ICU 学习见闻与启示

陈国风, 向凤玲[△]

(重庆三峡中心医院护理部 404000)

摘要: 笔者通过在加拿大多伦多重症监护室(ICU)的学习, 阐述了加拿大多伦多 ICU 管理体系、运作机制及护理理念等, 结合我国 ICU 目前存在的问题, 提供了可供借鉴和学习的经验, 以提高国内 ICU 护理水平。

关键词: 加拿大; 多伦多; 重症监护室; 学习见闻

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2017. 17. 063 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2017)17-2653-02

笔者于 2015 年 8—12 月参加了由加拿大多伦多汉博学院生命科学学院与多伦多总医院组织的重症监护护理培训班学习, 并被安排进入安大略省 3 所不同级别医院的重症监护室(ICU)进行临床见习。见习医院包括多伦多总医院、布兰普顿市民医院及麦肯兹医院。通过理论学习及临床见习, 笔者了解了多伦多 ICU 管理体系、运作机制及护理理念等, 并由此对我国 ICU 护理模式及理念进行了思考, 报道如下。

1 功能完善、舒适的医疗环境

1.1 ICU 环境整洁, 功能完善 笔者见习的 3 所医院的 ICU 均设有 20 张左右床位, 实际开放床位数根据护理人员数量灵活确定。以多伦多总医院 ICU 为例, 设床位 25 张, 划分为 2 个区域, 各区域设施、设备基本相同, 包括各类检查仪器、抢救仪器、操作仪器等。除了 MRI 检查需要患者到 MRI 室检查外, 其余检查及操作均可在患者床旁进行, 且医生及护士可以通过电脑工作站调取患者的各种影像资料和化验结果。所有床位均为单间, 房间外部配套设施一致, 分别为洗手设备、手套、隔离衣、口罩、电脑等。房间内设施包括床单元、呼吸机、心电监护仪、辅助运动仪器(起重机)、洗手设备、电视机、座椅等。

1.2 注重患者隐私, 营造舒适的病房环境 为便于护士观察患者的病情变化, 每个房间都能从外面直观地看到房间内的情况, 但当为患者查体、治疗及行基础护理时会拉上窗帘, 以保护患者的隐私。ICU 内大部分单间都有窗户, 清醒的患者尽量都安排在有窗户的房间内, 个别没有窗户的单间会安排意识不清的患者。每个房间内都有一张关于患者信息的表格, 包括患者的姓名、当日医疗团队的人员姓名、当日最重要的安排、患者最关注的事情、出院日期、患者乐意的称呼等, 以方便不同医疗团队人员快速地了解患者。

2 科学的管理体系和运作机制

2.1 多学科团队合作, 分工明确、精细 ICU 有若干个医疗团

队轮流值班, 每个团队都包括医生、护士、药剂师、呼吸治疗师、物理治疗师、营养师、社工等。其中护士在 ICU 里占据主体地位。这种以团队的形式对患者进行治疗和护理的模式, 既减轻了护士的工作负担, 也为患者提供了更加优质的护理服务。

2.2 护理管理

2.2.1 ICU 护士队伍庞大 ICU 共有 100 名左右护士, 除了临床护士外, 有护理经理 1 名, 主要负责监督和管理 ICU 护理方面的工作, 制订工作目标和工作计划, 并督导实施; 进行人力资源的管理和协调, 招聘、解聘护士; 协调各个部门之间的工作, 协调解决医护、护患之间的矛盾; 为护士争取合法权益等。护理教育者 1 名, 主要负责本科室护士的新技术、新业务培训及对新护士的培训工作; 主管护士若干名, 不直接护理患者, 主要负责监督本组护理人员的工作, 及时处理本班出现的问题, 指导护士工作等。

2.2.2 准入制度严格 在进入 ICU 工作之前, 护士需要工作满 2 年, 且要通过 3 个月严格的理论和临床技能的考核。笔者参加的培训班即为 ICU 护士的准入培训班, 培训内容包括理论教学、实验培训、临床实践。而有些规模较小的医院由于人力短缺等特殊情况下, 对进入 ICU 的护士没有工作年限限制或者不需要参加重症监护的培训即可上岗。

2.2.3 排班与休假 ICU 有全职护士和兼职护士, 每名护士护理 1~2 位患者, 每天排班分白班、夜班 2 个班次, 两班均采用 12 h 制, 白班为 7:30—19:30, 夜班为 19:30 至次日 7:30, 通常 1 个月排 1 次班, 每人上夜班的机会均等。护士可根据自身情况选择上班时间。若护士不想上夜班, 只要能找到愿意换班的人即可, 遇特殊情况可由主管护士提出申请人员, 医院则联系代理护士临时顶班。安大略省护士协会规定, 在一个班次里, 护士可享受 2 个 15 min 的带薪休息时间和 1 个 30 min 的无薪用餐时间。对于工作满 1 年的护士有至少 4 周的带薪休

[△] 通信作者, E-mail: 1214957252@qq.com。

假, 休假时间随着工作年限的积累而逐渐延长。

2.2.4 护士工作需要独立的判断、思考能力 护士在 ICU 内占据主体地位, 需要独立判断患者的病情变化, 并根据医嘱要求及时调整护理计划等, 如患者的检查报告需由护士先阅读, 发现问题再报告医生等, 并且医生在制订治疗计划时也会征求护士的意见及建议。

2.2.5 护士的继续教育及专业发展 加拿大的护士属于护士协会及护士工会。他们在取得注册护士证后, 首先要加入护士协会, 护士协会及护士所在的医院会有计划、有组织地提供给护士多种类型的培训, 提高注册护士的护理实践、教育、管理、科研等方面的能力, 增加其理论知识和操作技能。护士很少占用工作时间出席各种讲座, 以确保病房护理工作的正常运转。对于 ICU 护士来说, 除了一直从事临床护理, 还可成为护理管理者或者护理专家。

2.3 多角色人员介入 ICU 里的药师主要负责审核药物, 为医生、护士临床用药制订用药指南, 并保证科室内药物储备充足; 呼吸治疗师监测呼吸机工作情况, 对患者进行呼吸功能锻炼, 并根据患者病情调整呼吸机参数等; 物理治疗师主要负责患者运动康复锻炼, 根据患者病情, 制订合理的运动计划, 实时调整; 营养师负责患者的日常饮食及营养, 依据营养目标给予适当饮食等; 社工为医院的志愿者, 在 ICU 内为重症患者家属探视提供帮助, 协助进行患者心理、生活护理, 帮助患者解决经济问题等, 如联系家庭医生、联系相关疾病服务的社团、帮助出院后无人照料者联系养老院等。多角色人员能缓解护理人员短缺的矛盾, 共同为患者提供全方位的生活服务^[1]。

2.4 ICU 工作程序

2.4.1 系统、全面、无缝隙交接班 ICU 护士严格遵守交接班流程, 绝不流于形式。每班交接时护士会提前到达 ICU, 从呼吸系统、循环系统、消化系统、神经系统、泌尿系统及用药等方面对每个患者进行逐步交接, 全面了解患者病情, 并及时对患者进行评估, 实现无缝隙交接班。

2.4.2 多学科团队查房 ICU 由重症监护医师负责领导多学科团队(医生、护士、呼吸治疗师、药师、康复师、营养师等), 围绕患者的诊疗计划达成共识, 且需告知家属, 制订治疗及护理计划, 每日按照计划执行即可。每日的例行床旁查房时, 医疗团队的所有人都在场。除了护士汇报患者病情, 总结存在的问题并提出建议外, 团队的其他人员都分别对自己分管的内容进行汇报, 最后医生进行总结, 并提出或修改治疗计划。

2.4.3 危重症反应团队 危重症反应团队也叫快速反应团队。团队中有经过培训的医生、护士、呼吸治疗师, 且有明确的启动标准和行动流程。当院内患者病情有恶化倾向时, 危重症反应团队被立即呼叫到床旁对患者进行评估及救治, 以预防院内非预期心跳停止事件的发生。

2.5 人性化的 ICU 质量与安全管理

2.5.1 护理质量高 ICU 内很少有针对护理质量的检查, 因为护士都必须遵守安大略省护士协会及医院的规定、要求来完成护理工作。通常是当班的主管护士监控护理质量, 接班者也会检查患者上一班的护理质量, 双重的监督促使每个护士都会严格履行工作职责。

2.5.2 重视患者安全 每个 ICU 患者都佩戴有一二维码的腕带, 且病历、护理记录、检查单的每一页及标本上都直接贴有患者信息的标签, 扫描二维码即可核对患者身份等, 减少差错事故的发生。

2.5.3 人性化管理应对不良事件 加拿大不良事件的上报具有匿名、自愿上报及非惩罚性。一旦发生了不良事件, 当事人会填写不良事件报告单, 同时报告主管护士、护理经理, 他们会从系统方面分析、讨论事件发生的原因, 并采取科学的措施去

干预与解决。除了不良事件当事人外, ICU 的其他护士若发现发生了不良事件也可以填写报告单, 并且匿名上报, 这也起到了互相监督的作用。

2.5.4 ICU 感染的预防 ICU 非常重视感染的预防, 随处可见洗手装置及宣传洗手、预防感染的标语, 并且每个房间的门口都配备手套、口罩、洗手液等, 方便医护人员取用, 避免了因为配套设施不齐全、不方便而导致的预防感染的依从性差的现象。

3 我国 ICU 存在的问题

虽然国内越来越重视 ICU 专科护士的培训, 但现阶段大部分护士的主要工作还停留在给药、写记录的阶段, 护士并未真正掌握专业技能, 未真正达到专业化、高标准的护理水平。我国的护士比较依赖医生, 传统的观念也使得护士习惯于简单地执行医嘱, 对患者的病情缺乏思考和决策的权力、能力^[2]。国内虽然在倡导不良事件无惩罚上报, 但传统的管理理念使管理者在分析和处理护理差错或事故时, 注重分析个人护理行为中的不安全因素, 对个人加以责罚, 而忽视管理制度或流程上的缺陷。这种做法无益于从根本上杜绝差错的继续发生, 治标不治本^[3]。我国 ICU 内的所有工作基本由 ICU 专科医生及护士承担, 基本没有其他学科人员介入, 导致 ICU 的护理工作繁重、琐碎且不精细, 所以患者很难得到更专业、精细的护理。

4 对我国 ICU 护理模式及管理的启示

4.1 加强培训, 提高 ICU 护士专业技能及评判性思维能力 临床中可以采用以问题为导向的教学方法(PBL)护理查房^[4]、临床病例讨论、情景模拟、专科操作训练、书写反思工作日记等形式来反复进行^[5-6]。

4.2 更新护理管理理念 护理管理者应打破传统观念, 学习国外做法, 树立管理服务于临床的理念, 为护士创造更好的工作环境^[7]。同时在处理差错事故时对事不对人, 完善制度和程序以减少差错的发生。

4.3 强化 ICU 团队建设 在 ICU 环境下, 建立多学科团队, 与其他科室建立良好的合作习惯和关系, 开展及时、有效的团队沟通协作, 提高 ICU 的整体医疗质量。例如: 成立危重症反应团队等, 因为大部分学者都坚信当患者生命体征突然发生变化时, 此类团队能够阻止严重不良事件的发生, 使全院患者更加安全^[8]。

参考文献

- [1] 李妍, 李楠, 马京华, 等. 新加坡无陪护护理服务模式简介[J]. 中华医院管理杂志, 2011, 27(12): 953-954.
- [2] 周云仙, 应立英. 澳大利亚护理理念剖析与借鉴[J]. 中国实用护理杂志, 2011, 27(10): 69-70.
- [3] 龙艳芳, 李映兰, 郭燕红. 我国护理不良事件报告现况调查及分析[J]. 中国护理管理, 2011, 11(5): 16-20.
- [4] 张红霞, 成守珍, 伍淑文, 等. PBL 护理查房对护生评判性思维能力影响[J]. 中国护理管理, 2009, 9(4): 59-61.
- [5] Marchigiano G, Eduljee N, Harvey K. Developing critical thinking skills from clinical assignments: a pilot study on nursing students' self-reported perceptions[J]. J Nurs Manag, 2011, 19(1): 143-152.
- [6] 葛秀洁, 李静. 临床护理人员评判性思维现状的调查分析[J]. 解放军护理杂志, 2011, 28(12): 68-69.
- [7] 王颖. 浅谈护理管理中的人性化管理[J]. 中国医药指南, 2012, 10(34): 368.
- [8] John A, 张继承. 重症快速反应小组的构建[J]. 中华内科杂志, 2012, 51(8): 595-596.