

การพัฒนารอบและแนวทาง
การพัฒนามาตรฐานบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ

โดย พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ และคณะ

เสนอ

สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ

กุมภาพันธ์ 2554



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข



การพัฒนากรอบและแนวทาง
การพัฒนามาตรฐานบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ

โดย พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ และคณะ

เสนอ

สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ

เลขหมู่.....WT 27 ค 238 ก 2554
เลขทะเบียน.....ks1912
วันที่.....๒๗.....ม.ค.....2555.....

กุมภาพันธ์ 2554



บทสรุปผู้บริหาร

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก โดยประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง แม้ว่านโยบายด้านผู้สูงอายุที่สนับสนุนให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยสถาบันครอบครัวเป็นหลักในการดูแล การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ต้องคำนึงถึงบริบทต่าง ๆ อย่างลึกซึ้ง ไม่สามารถใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งสำหรับการดูแลผู้สูงอายุทุกครั้งหรือทุกชุมชนได้ ส่งผลทำให้การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ หรือในสถาบัน(institutional care) ยังคงมีความจำเป็นและให้ความสำคัญอยู่ จึงมีคำถามเกี่ยวกับมาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มพึ่งพิงหรือพิการว่าควรเป็นอย่างไร ตลอดจนงบประมาณที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานต่อคนต่อปีตามที่ควรจะเป็นเท่าไร ด้วยเหตุนี้ จึงเห็นควรที่ให้มีพัฒนาความร่วมมือกับระหว่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ในการพัฒนากรอบและแนวทางการพัฒนามาตรฐานการบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ

การศึกษาดังกล่าวเพื่อเป็นการรวบรวม และสังเคราะห์องค์ความรู้ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการหรือสถาบัน จากเอกสารทางวิชาการ ประสบการณ์สถานบริการหรือสถาบันที่เป็นแนวทางการปฏิบัติในประเทศไทย และจากการศึกษาดูงานสถานบริการหรือสถาบันในต่างประเทศที่มีบริบททางสังคมวัฒนธรรมใกล้เคียง และเพื่อพัฒนากรอบและแนวทางการพัฒนามาตรฐานการบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการหรือสถาบัน

ผลการศึกษาได้ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการดังนี้

1 ควรมีการจัดให้มี MOU กับสถานศึกษาในพื้นที่ใกล้เคียง เนื่องจากสถาบันการศึกษาจะมีความพร้อมด้านวิชาการและทรัพยากร ทำให้สถานสงเคราะห์/สถานบริบาลได้รับความช่วยเหลือที่เป็นสหสาขาวิชา ขณะเดียวกันอาจารย์ นักวิจัย ตลอดจนนักศึกษาก็ได้เรียนรู้จากสงเคราะห์/สถานบริบาลเช่นกัน

2 เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนใจที่จะสนับสนุนสถานสงเคราะห์ที่มีลักษณะ nursing home จึงเสนอให้สถานสงเคราะห์จัดทำโครงการนำร่องที่มีการแยกส่วนการดูแลทางด้านการแพทย์ออกจากบริการอื่น ๆ ให้ชัดเจน มีแพทย์(จะเป็นเต็มเวลาหรือนอกเวลาก็ได้) พยาบาลเข้ามาดูแลประจำ และจัดทำมาตรฐานในการดูแล ตลอดจนคำนวณต้นทุนค่าใช้จ่ายแต่ละรายโรค เพื่อเสนอขอรับการสนับสนุนจาก สปสช. โดยผ่าน สปสช.เขต เพื่อเป็นการยกระดับ nursing home และเป็นช่องทางการรับงบประมาณในการดูแล

3 ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความพิการ ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ แม้จะไม่ได้รับสิทธิเบี้ยคนพิการ แต่จะได้รับสิทธิอื่นๆ เช่น ภาษีเงินได้ที่จำเป็น

4 ควรมีการจัดทำแบบประเมินกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เพื่อให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพหรือบริการทางการแพทย์และสังคมให้ตรงกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

5 การจัดให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนให้กับนักเรียน/นักศึกษา ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ (ควรเป็นความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ)

6 การจัดให้กิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ช่วยเหลือกัน และให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมแม้จะมีภาวะพึ่งพิง เหมือนในสังคมปกติ

7 การเพิ่มอัตราค่าจ้างประจำในทุกตำแหน่ง เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ฯลฯ โดยอาจใช้วิธีการอาสาสมัคร การใช้บุคลากรวิชาชีพบางเวลา และใช้ระบบเครือข่ายส่งไปยังที่ที่ต้องการบริการทางการแพทย์แบบ

8 การจัดให้มีเครือข่ายการบริการทางการแพทย์ ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนในท้องถิ่น กับ
สถานสงเคราะห์

9 การให้สิทธิในการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา ที่ไม่มีบัตรประชาชน

10 ให้สถานสงเคราะห์มีหน่วย primary care 1 หน่วย มีหน่วย primary care ที่
รับผิดชอบประจำสถานสงเคราะห์ คือเป็นหน่วยแพทย์ประจำครอบครัว

รายงานสรุปปิดโครงการ

ชื่อโครงการ	การพัฒนากรอบและแนวทางการพัฒนามาตรฐานบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ
เลขที่ข้อตกลง	พ-53-ข-117
หัวหน้าโครงการ	แพทย์หญิงลัดดา ดำริการเลิศ
ที่ปรึกษาโครงการ	นายแพทย์สมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์
ระยะเวลาโครงการ	15 กันยายน 2553 – 31 มกราคม 2554
การขยายเวลา	ครั้งที่ 1 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2554

หลักการและเหตุผล

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก โดยประเทศไทยมีจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.4 ในปี พ.ศ.2503 เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ.2548 เป็นร้อยละ 10.3 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าตัว ในปี พ.ศ.2568 คิดเป็นร้อยละ 20 การที่จำนวนผู้สูงอายุ 60 ปี มีมากกว่าร้อยละ 10 ของจำนวนประชากรนี้ ทำให้สังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) (รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2550)

นอกจากนี้ จากการสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพและการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ได้มีการพยากรณ์ว่า ในปี พ.ศ.2553, 2563 และ 2573 จะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงจำนวนถึง 499,837 คน 741,766 คน และ 1,103,754 คน ตามลำดับ (วรรณภา ศรีธีรัตน และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545)

แม้ว่านโยบายผู้สูงอายุ มีแนวทางสนับสนุนให้มีการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน โดยสถาบันครอบครัวเป็นหลักในการดูแล แต่ก็มีรายงานปัญหาการที่ลูกต้องเข้าเมืองเพื่อทำงาน และทั้งผู้สูงอายุให้ดูแลตนเองและหลานในบางพื้นที่ ปัญหาการทำร้ายร่างกายและทำร้ายจิตใจของผู้สูงอายุโดยลูกหลาน ปัญหาความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา และสภาพในเมืองใหญ่ที่บุคคลต้องดิ้นรนหารายได้ จึงเป็นไปได้ยากที่ครอบครัวที่ยากจนจะดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา อีกทั้งต้องการการดูแลที่มีความซับซ้อนที่ต้องใช้ทักษะในการดูแลเพิ่มมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถดูในครอบครัวได้ โดยภาพรวมการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อน ต้องคำนึงถึงบริบทต่าง ๆ อย่างลึกซึ้ง ไม่สามารถใช้รูปแบบใดรูปแบบหนึ่งสำหรับการดูแลผู้สูงอายุทุกครัวเรือนหรือทุกชุมชนได้ส่งผลทำให้การให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ หรือในสถาบัน (institutional care) ยังคงมีความจำเป็นและให้ความสำคัญอยู่ และมีบทบาทเพิ่มขึ้นในอนาคตที่ศักยภาพของครอบครัวอ่อนแอลง แต่ผู้สูงอายุวัยปลาย (> 80) ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือพิการกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2548)

การดูแลในสถานบริการหรือในสถาบัน เป็นการดูแลสำหรับบุคคลที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ ความเจ็บป่วยเรื้อรัง สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความ

เจ็บป่วยหรือความพิการ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2548) ซึ่งในส่วน of สถานบริการสำหรับผู้สูงอายุมีหลายประเภท สามารถแบ่งตามลักษณะการบริการที่ให้และแบ่งตามระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและสังกัด ประกอบไปด้วย 1) บ้านพักคนชรา 2) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต 3) สถานบริบาล 4) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล และ 5) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ของทั้งภาครัฐ เช่น ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนทั่วไปให้บริการการแบบหวังผลกำไร และองค์กรการกุศลที่ให้บริการโดยไม่หวังผลกำไร (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2552)

จากการลงพื้นที่ศึกษาดูงาน ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บางแค 1) และศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบางแค 2 เมื่อวันที่ 17 สิงหาคม 2553 ของทีมวิชาการ โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสถาบันส่งเสริมสุขภาพคนพิการ พบว่า สถานบริการเหล่านี้ยังไม่มีกำหนดมาตรฐานกลางการจัดบริการ หรือมาตรฐานขั้นต่ำที่ควรจะเป็นในการจัดบริการโดยเฉพาะบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ซึ่งยังพบว่ามีปัญหาในเรื่องของการขาดแคลนบุคลากรในการดูแลฟื้นฟูและดำรงรักษาสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด การขาดการจัดระบบ, กำหนดเป้าหมายและรูปแบบบริการในการดูแลทางการแพทย์และพยาบาลสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้หรือพิการ และยังไม่มีการศึกษาต้นทุนบริการที่เกิดขึ้นอย่างจริงจัง ขณะที่แนวโน้มของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานบริการ จากผู้สูงอายุ กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ (กลุ่ม A) เริ่มกลายเป็นผู้สูงอายุกลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ช่วยเหลือบางส่วน (กลุ่ม B) และ กลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องมีคนดูแล (กลุ่ม C) ตามลำดับ ประกอบกับมีภาวะของความพิการและเจ็บป่วยเรื้อรังตามมา จำเป็นต้องการการได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มมากขึ้น

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บางแค 1) และศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบางแค 2 ซึ่งเป็นสถานสงเคราะห์ของรัฐขนาดใหญ่ในเขตเมืองที่มีงบประมาณในการดำเนินการส่วนหนึ่งมาจากการจัดสรรของรัฐ และส่วนหนึ่งมาจากการรับบริจาค ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค 1 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานต่อคนต่อปี เป็นเงินจำนวน 23,456 บาท และศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบางแค 2 ได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานต่อคนต่อปี เป็นเงินจำนวน 52,500 บาท แต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ขณะเดียวกันสถานสงเคราะห์ของภาครัฐยังมีข้อจำกัดในการรับผู้สูงอายุ โดยรับเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ในภาวะพึ่งพิงเท่านั้นประกอบกับยังไม่มีมาตรฐานกลางที่มีคุณภาพในการจัดบริการเพื่อดูแลผู้สูงอายุ

จึงมีคำถามเกี่ยวกับมาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มพึ่งพิงหรือพิการว่าควรเป็นอย่างไร ตลอดจนงบประมาณที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานต่อคนต่อปีตามที่ควรจะเป็นเท่าไร ด้วยเหตุนี้ จึงเห็นควรที่ให้มีพัฒนาความร่วมมือกับระหว่างสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข และสถาบันส่งเสริมสุขภาพคนพิการ ในการพัฒนารอบและแนวทางการพัฒนามาตรฐานบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อรวบรวม และสังเคราะห์องค์ความรู้ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการหรือสถาบัน จากเอกสารทางวิชาการ ประสบการณ์สถานบริการหรือสถาบันที่เป็นแนวทางการปฏิบัติในประเทศไทย และจากการศึกษาดูงานสถานบริการหรือสถาบันในต่างประเทศที่มีบริบททางสังคมวัฒนธรรมใกล้เคียง
2. เพื่อพัฒนารอบและแนวทางการพัฒนามาตรฐานการบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการหรือสถาบัน

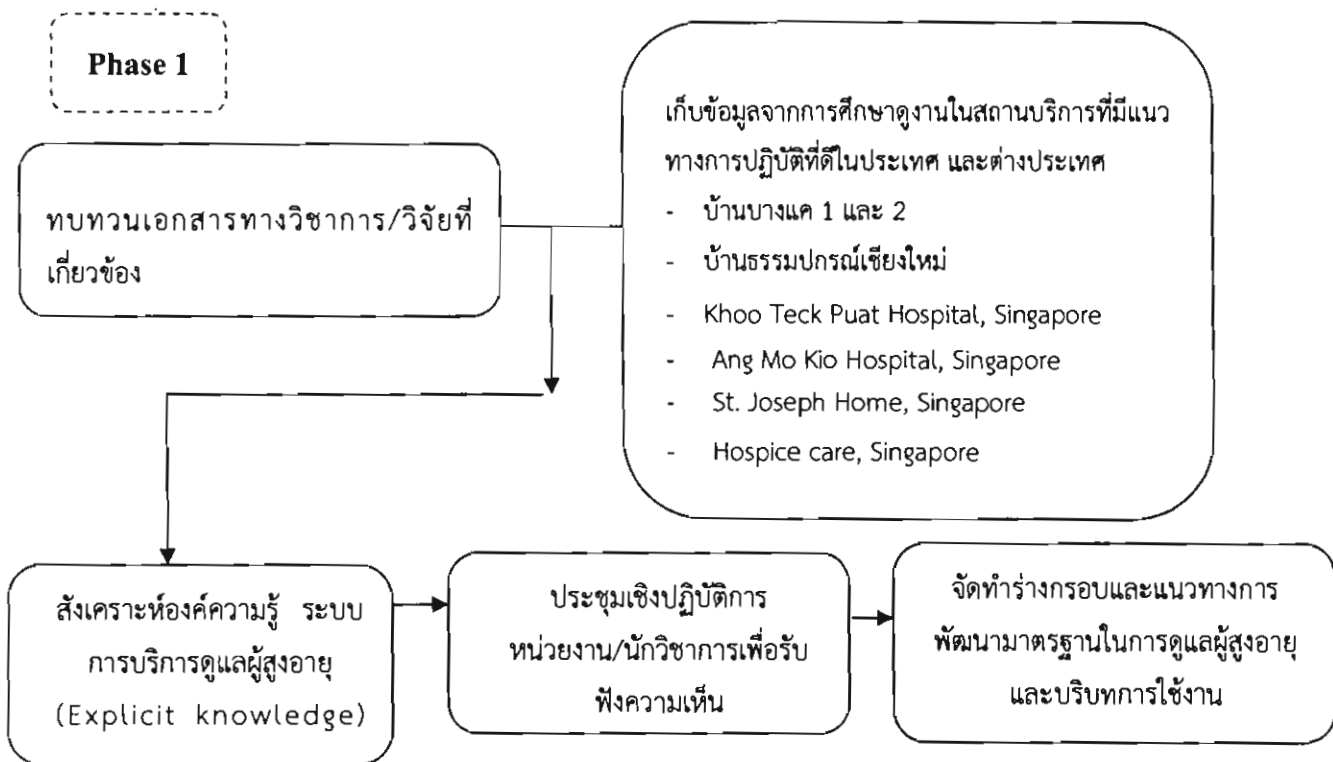
วิธีการดำเนินงาน

Phase 1

1. ทบทวนเอกสารทางวิชาการ งานวิจัยประเทศที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานสถานบริการ และบริบทในเชิงระบบ เช่น ระบบการควบคุมมาตรฐาน และการคลังที่สนับสนุนบริการ
2. เก็บข้อมูลจากการศึกษาดูงานในโรงพยาบาลบริการดูแลผู้สูงอายุ สถานบริการหรือสถาบัน ในประเทศและต่างประเทศที่มีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมใกล้เคียง ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์
3. สังเคราะห์องค์ความรู้การบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการหรือสถาบัน จากการศึกษาทบทวนเอกสาร วิชาการ และการศึกษาดูงาน เพื่อกำหนดกรอบและแนวทางการพัฒนามาตรฐาน
4. จัดทำกรอบและแนวทางการพัฒนามาตรฐานบริการฯ โดยมีกิจกรรม ได้แก่
 - กำหนดทางเลือกรูปแบบการจัดบริการฯ พร้อมข้อมูลจุดอ่อน-จุดแข็ง
 - แนวทาง/ระบบการจัดการด้านการเงินการคลังเพื่อสนับสนุน/ซื้อบริการ
 - กำหนดชุดกิจกรรมบริการที่เหมาะสม และวัตถุประสงค์ของบริการ หรือข้อบ่งชี้ในการรับบริการนั้นๆ
 - จัดประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันส่งเสริมสุขภาพคนพิการ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กองประกอบโรคศิลปะ สภาการพยาบาล ฯลฯ เพื่อให้ความเห็นต่อความเหมาะสมของชุดกิจกรรม ตัวชี้วัดประสิทธิผลและคุณภาพ ทั้งเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ของบริการตามกิจกรรมนั้น หรือบริการในภาพรวม
5. นำเสนอผลการศึกษาเพื่อใช้ดำเนินการพัฒนามาตรฐานบริการฯ ต่อไป

กรอบแนวคิดการดำเนินงาน (ในระยะที่ 1)

ทั้งนี้ ในการดำเนินงานในข้อเสนอโครงการการพัฒนารอบและแนวทางการพัฒนามาตรฐานการบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ จะอยู่ในระยะที่ 1 โดยมีกรอบการดำเนินงานดังนี้



สรุปผลการดำเนินงานโครงการ

1. การเก็บข้อมูลจากการศึกษาดูงานในสถานบริการในประเทศ

1.1 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บางแค 1)

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค 1 หรือชื่อเดิมว่า สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค เป็นสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุตามนโยบายสวัสดิการสังคมของรัฐ ซึ่งงบประมาณในการดำเนินงานมาจากการจัดสรรงบประมาณของรัฐ และจากเงินบริจาค โดยรัฐสนับสนุนงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานต่อคนต่อปี เป็นเงินจำนวน 23,456 บาท

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค 1 แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่ม A คือ กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

กลุ่ม B คือ กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ช่วยเหลือบางส่วน

กลุ่ม C คือ กลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องมีคนดูแล

รายละเอียดดังภาคผนวก 1

ข้อค้นพบ

1. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค 1 ยังไม่ได้มีการคิดงบประมาณค่าใช้จ่ายต่อคนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง มีเพียงตัวเลขงบประมาณที่ได้จากรัฐ ซึ่งไม่รวมค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากมูลนิธิ

2. เนื่องจากมีผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลผู้สูงอายุของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแค 1 มีหลายระดับ จึงยากที่จะคิดต้นทุนค่าใช้จ่ายต่อหัวในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบกับงบประมาณ ไม่ได้มาจากงบประมาณของรัฐเท่านั้น แต่มาจากเงินบริจาคด้วย ทั้งนี้ หากจะคิดงบประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ อาจคิดได้เพียงค่ามาตรฐานขั้นต่ำที่ผู้สูงอายุแต่ละคนควรจะได้รับ

3. โปรแกรม Happy Home เป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากต่างประเทศ ทางศูนย์ฯ ให้ความสำคัญประยุกต์นำเอากิจกรรมแบบไทย มาใช้ในโปรแกรม Happy Home ดังกล่าว และควรมีการคิดต้นทุนค่าใช้จ่าย ในโปรแกรมต่าง ๆ ของ Happy Home ว่ามีต้นทุนค่าใช้จ่ายแต่ละโปรแกรมเท่าไร

4. ยังขาดแคลนบุคลากร เช่น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ซึ่งทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค 1 ไม่มีอัตรารองรับ มีพยาบาลเต็มเวลาเพียง 1 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน และนักกายภาพบำบัด 2 คน ที่ต้องให้บริการเฉลี่ยวันละ 60-70 ราย

5. ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค 1 จะไม่ได้รับสิทธิเบี้ยยังชีพคนชราและเบี้ยยังชีพคนพิการ 500 บาท เนื่องจากรัฐตีความว่าผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ได้รับการดูแลจากรัฐอยู่แล้ว

1.2 ศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบางแค 2

ศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบางแค 2 เป็นสถานสงเคราะห์ที่อยู่ในสังกัดสำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร เป็นศูนย์ให้บริการผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาทุกข์ยากเดือดร้อน ขาดผู้อุปการะดูแล โดยได้รับงบประมาณจากรัฐและเงินบริจาคเป็นค่าใช้จ่าย (รวมแล้วประมาณคนละ 52,500 บาทต่อคนต่อปี) ทั้งนี้ ทางศูนย์ฯ จะรับเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นสุภาพสตรีที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และเป็นผู้สูงอายุในกลุ่ม A เท่านั้น ขณะนี้มีผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของศูนย์บริการประมาณ 125 คน แบ่งประเภทของผู้สูงอายุเป็น 3 ประเภท เช่นเดียวกับศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค 1 คือ

กลุ่ม A คือ ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีจำนวน 82 คน

กลุ่ม B คือ ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ช่วยเหลือบางส่วน มีจำนวน 17 คน

กลุ่ม C คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องมีคนดูแล มีจำนวน 26 คน (นอนติดเตียงมี 2 คน)

รายละเอียดดังภาคผนวก 1

ข้อค้นพบ

1. ยังขาดแคลนบุคลากรในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ เช่น พยาบาลประจำ ผู้ช่วยพยาบาล พี่เลี้ยง เช่นเดียวกับศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค 1 ทั้งนี้ เนื่องจากไม่มีอัตราตำแหน่งรองรับ และส่วนใหญ่เห็นว่ายังขาดเส้นทางความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ประกอบกับบุคลากรที่มีอยู่ขอย้ายออกจากศูนย์ฯ

2. ยังไม่มีการคิดค่าใช้จ่ายต่อหัวในการดูแลผู้สูงอายุเช่นเดียวกับศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค 1

3. เนื่องจากทางศูนย์ฯยังขาดแคลนพยาบาลประจำ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บเล็กน้อยหรือจนกระทั่งเกิดเหตุฉุกเฉินทางศูนย์ฯจะใช้วิธีการส่งต่อผู้สูงอายุไปรักษาที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ โรงพยาบาลที่รับการรักษาให้เป็นประจำ เช่นโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง เป็นต้น

4. อัตราผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายแข็งแรงแต่เป็นโรคสมองเสื่อมมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้น ทางศูนย์ฯจึงจัดให้มีกิจกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุหลายกิจกรรม เช่น การสอนเต้นลีลาศ การร้องเพลง การเล่นดนตรีไทย อังกะลุงเพื่อฝึกสมอง การเล่นดนตรีสากล การฝึกงานฝีมือ เล่นเกมส์บิงโก การอ่านข่าว ตลอดจนการส่งเสริมให้ช่วยตนเอง เช่น การล้างจาน การทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ไม่ต้องออกแรงมาก ซึ่งนอกจากจะเป็นการกระตุ้นสมองแล้วยังเป็นการสร้างวัฒนธรรมการช่วยเหลือกัน

5. การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุของศูนย์ฯ ยังไม่มีการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรค

1.3 ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมพรณ์เชียงใหม่

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมพรณ์เชียงใหม่มีการจัดกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้เกณฑ์ในเรื่องสุขภาพและเกณฑ์ทางสังคม/ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองร่วมกัน โดยแบ่งเป็น กลุ่ม A⁺, B⁺, B⁻ และ C โดยใช้มาตรฐานการให้บริการ จากมาตรฐานการบริการในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหลัก มี 3 ประเด็น คือ

- มาตรฐานด้านการบริหาร
- มาตรฐานด้านการให้บริการ
- มาตรฐานคุณภาพการบริการ

ทั้งนี้ เนื่องจากทางศูนย์ฯมีความร่วมมือกับคณะวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้เข้ามาช่วยจัดทำมาตรฐาน และช่วยแยกกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ได้มาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทั้งในด้านบริการการแพทย์และสังคม งบประมาณมาจากการจัดสรรของรัฐ และงบประมาณจากการบริจาค

รายละเอียดดังภาคผนวก 2

ข้อค้นพบ

1. อัตรากำลังยังไม่เพียงพอ ขาดแคลนบุคลากร ได้แก่ แพทย์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการประจำ ทั้งนี้ กระทรวง พม. แก้ไขปัญหาโดยการส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมในส่วนที่ขาด (ปีละครั้ง)

2. ศูนย์ฯ ได้รับการบริจาคอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุบางส่วนจากประเทศญี่ปุ่น (มูลนิธิใจกว้าง) แต่ก็มีปัญหาไม่สามารถใช้งานได้ เนื่องจากไม่มีนักกายภาพบำบัดมาสาธิตการใช้งาน

3. ไม่สามารถคำนวณค่าใช้จ่ายในการบริการของผู้สูงอายุเป็นรายหัวได้ ปัญหาที่มีคือไม่สามารถจำแนกได้ว่า ผู้สูงอายุหนึ่งคน จะต้องได้รับการบริการอะไรบ้าง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ เช่น ค่าน้ำมันรถ ก็จะไม่สามารถนำมาแบ่งได้ว่า ผู้สูงอายุหนึ่งคนจะต้องใช้ค่าน้ำมันเท่าไร

4. ยังขาดแคลนบุคลากรเช่นเดียวกับบ้านบางแค 1 และบ้านบางแค 2 ที่ไม่มี แพทย์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการประจำศูนย์ฯ

5. เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนใจที่จะสนับสนุนสถานสงเคราะห์ที่มีลักษณะ nursing home แต่ยังมีข้อขัดข้อง จึงเสนอให้ศูนย์ฯ จัดทำโครงการ เป็นโครงการนำร่องที่มีการแยกส่วนการดูแลทางการแพทย์ออกจากการบริการอื่น ๆ ให้ชัดเจน มีแพทย์ พยาบาลเข้ามาดูแลประจำ มีการจัดทำ care plan/map และจัดทำมาตรฐานในการดูแล ตลอดจนคำนวณต้นทุนค่าใช้จ่ายแต่ละรายโรค เพื่อเสนอขอรับการสนับสนุนจาก สปสช. โดยฝ่าย สปสช.เขต เพื่อเป็นการยกระดับ nursing home และเป็นช่องทางการรับงบประมาณในการดูแล

6. มีผู้สูงอายุบางคนได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ ทั้งนี้ เห็นว่า สธ. สปสช. และ พม.ควรมีการนิยามความหมายของความพิการให้ตรงกัน

7. ยังไม่มีการประเมินสมรรถภาพผู้สูงอายุอย่างจริงจัง โดยกำหนด out come และเป้าหมายที่ต้องการให้ชัดเจน และมีการประเมินจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น เรื่องน้ำหนัก สุขภาพ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร

8. ควรมีการทำ MOU ระหว่างสถาบันการศึกษา กับสงเคราะห์/สถานบริบาลที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งสถาบันการศึกษาจะมีความพร้อมด้านวิชาการและทรัพยากร ทำให้สถานสงเคราะห์/สถานบริบาลได้รับความช่วยเหลือที่เป็นสหสาขาวิชา ขณะเดียวกันอาจารย์ นักวิจัย ตลอดจนนักศึกษาก็ได้เรียนรู้จากสงเคราะห์/สถานบริบาลเช่นกัน

9. ควรหาอาสาสมัครมาช่วยเหลือจากมหาวิทยาลัย ภาคเอกชน มูลนิธิ เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังคน

1.4 สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบุญเป็นอุปถัมภ์)

สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบุญเป็นอุปถัมภ์) เกิดขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์การดำเนินงาน เพื่อเป็นการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือประสบปัญหาทุกข์ยากเดือดร้อน ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ไม่มีที่อยู่อาศัย อยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข หรือไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ และส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านสวัสดิการผู้สูงอายุทั้งภาครัฐ และเอกชน กลุ่มเป้าหมายจะรับแต่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้หญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีโรคเรื้อรัง ไม่พิการ และประสบปัญหาความเดือดร้อน โดยรับเฉพาะใน 5 เขต คือ จังหวัดนครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรสาคร และสมุทรปราการ ในระยะแรกอยู่ในความดูแลของกรมประชาสงเคราะห์ ต่อมาในปี 2547 ได้ถ่ายโอนมาอยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม งบประมาณมาจาก 2 ส่วน คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม และงบประมาณจากการบริจาค ซึ่งมีงบประมาณต้นทุนค่าใช้จ่ายในการเข้ารับบริการ เป็นเงิน 76,552 บาท ต่อคนต่อปี ทั้งนี้ สถานสงเคราะห์ฯ ได้รับการบริการทางการแพทย์จากโรงพยาบาลห้วยพลู แต่หากมีกรณีผู้สูงอายุเจ็บป่วยและโรงพยาบาลห้วยพลูไม่สามารถรักษาได้ จะส่งต่อโรงพยาบาลนครปฐม หรือกรณีที่เป็นโรคเฉพาะทาง เช่น โรคตา ก็จะส่งโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์

รายละเอียดดังภาคผนวก 3

ข้อค้นพบ

1. ควรมีการจัดทะเบียนผู้พิการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ เพื่อให้ได้รับสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์หรืออื่นๆ
2. ควรมีการจัดจ้างแพทย์ นักกายภาพบำบัดเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายเพิ่มมากขึ้น และลดอัตราการนอนติดเตียง
3. เนื่องจากเคยมีความร่วมมือระหว่างสถาบันการศึกษามาก่อน จึงควรมีการสานต่อและจัดทำความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา (คณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยคริสเตียน) ทำ MOU ร่วมกับ อบจ.และสถานสงเคราะห์ เพื่อให้นักศึกษาได้เข้ามาจัดการเรียนการสอนในสถานสงเคราะห์ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง
4. ควรมีการจัดกิจกรรมเฉพาะ สำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เพื่อให้เข้ากับสมรรถภาพของผู้สูงอายุและฟื้นฟูที่ตรงจุด ทั้งนี้ ควรจัดกิจกรรมเฉพาะให้กลุ่มอัลไซเมอร์อย่างต่อเนื่อง และควรมีการรูปแบบการประเมินติดตามผลลัพธ์บริการฟื้นฟูฯ แต่ละกลุ่มที่ชัดเจน
5. สถานสงเคราะห์ฯ ยังไม่มีการเก็บข้อมูลและการประเมินเฉพาะกลุ่ม ทั้งนี้ ทางสถานสงเคราะห์ใช้มาตรฐานการดูแลของกระทรวง กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งจะมีเฉพาะมาตรฐานทางด้านสังคม จึงควรมีการพัฒนาแบบประเมินที่ครอบคลุมการบริการทางการแพทย์ และการบริการทางด้านสังคม

2. การเก็บข้อมูลจากการศึกษาดูงานในสถานบริการในประเทศสิงคโปร์

2.1 Khoo Teck Puat Hospital (Acute care)

เป็นโรงพยาบาลชุมชนของรัฐในเขตภาคเหนือ ขนาด 550 เตียง ซึ่งรัฐบาลจะเป็นคนลงทุนสร้างโรงพยาบาลให้ แต่พนักงานไม่ใช่ราชการ เป็นลักษณะคล้าย ๆ พนักงานของรัฐ มีระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) Acute care รองรับประชากรที่อยู่ในเขตตอนเหนือของสิงคโปร์ จำนวนมากกว่า 570,000 คน โรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของ Alexandra Health (เป็นชื่อเรียกของ new health care cluster ประกอบด้วย Alexandra Hospital (AH) และ Jurong Medical Centre (JMC)

การบริการของโรงพยาบาล ได้แก่

- Acute care & Emergency center โดยเฉลี่ยมี ambulance case ประมาณ 60 – 65 คนต่อวัน
- inpatients wards ผู้ให้บริการจะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริการ สวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกที่ทางโรงพยาบาลมี ส่วนผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าต้องการอะไร ความแตกต่างในการบริการระหว่างผู้ป่วยแต่ละกลุ่มนั้นจะไม่มี การบริการเหมือนกัน ไม่ว่าจะแพงหรือถูก จะแตกต่างกันที่การมีความส่วนตัว เสื้อผ้าที่ใส่ หรืออาหารที่สั่ง นอกจากนี้ ในwards ยังมีการ share facilities
- Specialist Outpatient Clinics (SOCs) รองรับผู้ป่วยมากกว่า 2,000 คนต่อสัปดาห์ บริการสำคัญ ได้แก่ 1) Health for life clinic 2) dental surgery 3) Diabetes clinic 4) Rehabilitation clinic 5) ENT clinic 5) Geriatric clinic เป็นลักษณะของศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ แก่ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยทีมสหวิชาชีพ บริการประกอบด้วย continence care ,memory and dementia care, palliative care, Parkinson's Disease care and mobility enhancement day care 6) eye clinic

2.2 Dover Park Hospice care (Nursing Home)

เป็นสถานบริบาลที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ ที่เป็นศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งรับเฉพาะคนไข้จากที่ส่งมาจากโรงพยาบาลที่เป็น acute care เท่านั้น มีจำนวน 40 เตียง ทั้งนี้ Dover Park เป็นหนึ่งใน Community hospice services in Singapore คนไข้/ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดประมาณ 80% จะอยู่ในช่วง end of life (ผู้ป่วยระยะสุดท้าย) ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโรคมะเร็ง ที่เหลือเป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน หัวใจ เอ็ดส์ พากินสัน เป็นต้น

บุคลากร ผู้ให้บริการประกอบด้วย แพทย์ palliative care 1 คน แพทย์ฝึกหัด 1 คน แพทย์ไม่ประจำ 1 คน พยาบาล 20 คน ผู้ช่วยผู้ดูแล 8 জনท.เวชระเบียน 1 คน ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็น Day Care จะมีอาสาสมัครช่วยเป็นพี่เลี้ยง โดยอาสาสมัครจะเป็นผู้ออกแบบและสนับสนุนการทำกิจกรรม ทั้งนี้ Dover Park Hospice care มีระบบอาสาสมัครที่ดีและได้รับรางวัล มีอาสาสมัครมาช่วยเป็นพี่เลี้ยงประมาณ 300 คน ซึ่งจะต้องผ่านการอบรม

2.3 St. Joseph Home (Nursing Home)

เป็นสถานบริบาลที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ ผู้สูงอายุที่อยู่ใน St. Joseph Home จะอยู่ในภาวะพึ่งพิง (กลุ่ม B และ C) มีประมาณ 139 เตียง เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้าย (hospice care) ประมาณ 14 เตียง ผู้สูงอายุทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุที่ถูกส่งมาจากโรงพยาบาลในพื้นที่ โดยต้องผ่านการประเมินก่อนเข้ามาอยู่ สถานที่มีการออกแบบที่เอื้อต่อการเข้าถึงและให้บริการของคนพิการและผู้สูงอายุ เช่น ห้องนำคนพิการ ทางเดินที่สะดวกสำหรับรถเข็นคนพิการ สวนพักผ่อน และโบสถ์สำหรับประกอบพิธีกรรมทางศาสนา มีอาคารต่างๆประกอบด้วย

- 1) Adminstration office
- 2) Nursing department ได้แก่ consultant room ,Nurses' station ,Ee Peng Liang Hall
- 3) Home ได้แก่ Dining hall ,kitchen, Security post, Handicraft Room, Staff Quarters, Linen Room, Women's Corridor ,Men,s Corridor, Meeting room, Kitchen Store room, Staff eating Lounge, workshop, Male Staff area, common Counseling room
- 4) Hospice ได้แก่ Pastoral Care room ,Nurses' station
- 5) ST Magdalene Center ได้แก่ Physiotherapy office, conference room ,staff area, Nurses' station

2.4 Ang Mo Kio Hospital (Intermediate care)

เป็นโรงพยาบาลของรัฐ ที่ดูแลผู้สูงอายุและให้บริการระดับ intermediate care โดยรับคนไข้ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลที่เป็น Acute care ประมาณ 85% มีประมาณ 200 เตียง ไม่มีการรับคนไข้ฉุกเฉิน

โดยแบ่ง Type wards ออกเป็น

- A เพียงเดียว เป็นห้องปรับอากาศ มีห้องน้ำและสิ่งอำนวยความสะดวก ทั้งนี้ รัฐสนับสนุนบางส่วนและคนไข้จะต้องออกค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

- B1 เป็นห้องรวม 4 เตียง เป็นห้องปรับอากาศและมีสิ่งอำนวยความสะดวก มีห้องน้ำและสิ่งอำนวยความสะดวก

- B2 เป็นห้องรวม 5-6 เตียง เป็นห้องธรรมดา มีห้องน้ำ

- C เป็นห้องรวม 8-10 เตียง เป็นห้องธรรมดา มีห้องน้ำ

มีการออกแบบที่เอื้อต่อการเข้าถึงและใช้บริการของคนพิการและผู้สูงอายุ มีการแบ่ง ward /wing สำหรับการดูแล โดยมีระบบจอภาพแสดงทีมให้บริการในแต่ละwing นอกจากนี้ มีมุมพักผ่อนนั่งเล่นในแต่ละwingด้วย

ข้อค้นพบจากการศึกษาดูงานในสถานบริการในประเทศสิงคโปร์

1. ความพร้อมของสถานที่แสดงสิ่งแวดล้อม การวางผังอาคารแต่แรก เน้นออกแบบปรับสภาพแวดล้อมที่มีอยู่ให้เข้ากับความต้องการของผู้ป่วย เช่นการออกแบบอาคารที่มีความสัมพันธ์กับธรรมชาติ ทิศทางของลม จากทะเลที่พัดขึ้นมา หรือแสงอาทิตย์ เพื่อลดค่าไฟ หรือเพื่อให้มีอากาศถ่ายเทได้ดี

2. การสร้างเครือข่ายบริการประสานส่งต่อและเป็นระบบ โดยจะมี Polyclinics เป็นระดับปฐมภูมิ (primary care unit) ที่จะมี GP ทำงาน ซึ่ง GP นี้จะเป็น Private primary care providers เมื่อมีกรณีที่จะต้องได้รับการรักษาที่ GP ไม่สามารถทำได้ก็จะมีการส่งต่อ (referred) ให้กับโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาระดับหนึ่งก็จะถูกประเมิน เมื่อดีขึ้นแล้วก็จะส่งกลับลงมาที่ Polyclinics

3. nursing home ผู้ที่จะเข้ามารับบริการได้ต้องผ่านการส่งต่อมาจาก acute care hospital โดย medical social worker ทำหน้าที่เป็น gate keeper ในการประเมินความจำเป็นและส่งผู้ป่วยมา

4. มีระบบการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐ กำหนดสัดส่วนการจ่ายค่ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลรัฐ ของคนไข้ในแต่ละ class

5. มีการจัดทำระบบบันทึกข้อมูล เช่น มีแบบบันทึกการประเมินโดยสหสาขาวิชา Nursing care plan Nursing care record

6. การจัดการแก้ปัญหาทำหลังคน โดยพัฒนาระบบอาสาสมัครสนับสนุน

โอกาส/แนวทางพัฒนาที่นำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย

1. การออกแบบสถานที่และสภาพแวดล้อม
 2. การสร้างเครือข่ายบริการประสานส่งต่อและเป็นระบบ
 3. การพัฒนาระบบแบบบันทึกข้อมูล
 4. การจัดการแก้ปัญหาทำหลังคน พัฒนาระบบอาสาสมัคร
- รายละเอียดดังภาคผนวก 4-5

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ

1. ควรมีการจัดให้มีการร่วมมือ (MOU) กับสถานศึกษาในพื้นที่ใกล้เคียง เนื่องจากสถาบันการศึกษาจะมีความพร้อมด้านวิชาการและทรัพยากร ทำให้สถานสงเคราะห์/สถานบริบาลได้รับความช่วยเหลือที่เป็นสหสาขาวิชา ขณะเดียวกันอาจารย์ นักวิจัย ตลอดจนนักศึกษา ก็ได้เรียนรู้จากสงเคราะห์/สถานบริบาลเช่นกัน

2. เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนใจที่จะสนับสนุนสถานสงเคราะห์ที่มีลักษณะ nursing home จึงเสนอให้สถานสงเคราะห์จัดทำโครงการนำร่องที่มีการแยกส่วนการดูแลทางด้านการแพทย์ออกจากบริการอื่น ๆ ให้ชัดเจน มีแพทย์ (จะเป็นเต็มเวลาหรือนอกเวลาก็ได้) พยาบาลเข้ามาดูแลประจำ และจัดทำมาตรฐานในการดูแล ตลอดจนคำนวณต้นทุนค่าใช้จ่ายแต่ละรายโรค เพื่อเสนอขอรับการสนับสนุนจาก สปสช. โดยผ่าน สปสช.เขต เพื่อเป็นการยกระดับ nursing home และเป็นช่องทางการรับงบประมาณในการดูแล
3. ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความพิการ ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ แม้จะไม่ได้รับสิทธิเบี้ยคนพิการ แต่จะได้รับสิทธิอื่นๆ เช่น ภายอุปการณที่จำเป็น
4. ควรมีการจัดทำแบบประเมินกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เพื่อให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพหรือบริการทางการแพทย์และสังคมให้ตรงกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม
5. ควรเป็นความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ ในการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนให้กับนักเรียน/นักศึกษา ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ
6. การจัดให้กิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ช่วยเหลือกัน และให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมแม้จะมีภาวะพึ่งพิง
7. การเพิ่มอัตรากำลังประจำในทุกตำแหน่ง เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ฯลฯ ทั้งนี้ อาจแก้ปัญหาค่าหลังคน โดยใช้วิธีการอาสาสมัคร หรือการใช้บุคลากรวิชาชีพบางเวลา หรือใช้ระบบเครือข่ายส่งไปยังที่ที่ต้องการบริการทางการแพทย์แบบ
8. การจัดให้มีเครือข่ายการบริการทางการแพทย์ ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนในท้องถิ่น กับสถานสงเคราะห์
9. การให้สิทธิในการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา ที่ไม่มีบัตรประชาชน
10. ให้สถานสงเคราะห์มีหน่วย primary care 1 หน่วย มีหน่วย primary care ที่รับผิดชอบประจำสถานสงเคราะห์ คือเป็นหน่วยแพทย์ประจำครอบครัว

ภาคผนวก

รายการภาคผนวก

- 1 .สรุปการศึกษาดูงานศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บ้านบางแค 1) และศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบางแค 2
- 2 สรุปประเด็นการศึกษาดูงานศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านธรรมปกรณ์เชียงใหม่
- 3 สรุปการศึกษาดูงานสถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบึงเป็นอุปถัมภ์)
- 4 สรุปการศึกษาดูงานประเทศสิงคโปร์
- 5 สรุปการศึกษาดูงานประเทศสิงคโปร์ (เอกสารนำเสนอ)
- 6 สรุปวิเคราะห์ผลการศึกษาดูงานผู้สูงอายุในประเทศและต่างประเทศ
- 7 การพัฒนารอบและแนวทางการพัฒนามาตรฐานบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ (เอกสารนำเสนอ)
- 8 Khoo Teck Puat Hospital 1 (เอกสารนำเสนอ)
- 9 Khoo Teck Puat Hospital 2 (เอกสารนำเสนอ)
- 10 Dover Park Hospice (เอกสารนำเสนอ)
- 11 ST.Joseph's Home Geriatric Assessment
- 12 ST.Joseph's Home Nursing Care Plan
- 13 ST.Joseph's Home Nursing Care Record
- 14 Nursing Home Applicant' s Biodata
- 15 ST.Joseph's Home Pressure Sore Risk Assessment (Braden Scale)
- 16 รายงานการประชุมหารือการจัดทำกรอบและแนวทางการพัฒนามาตรฐานบริการผู้สูงอายุในสถานบริการ

สรุปการศึกษาดูงาน

ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บางแค 1) และศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบางแค 2

ในวันที่ 17 สิงหาคม 2553

รายชื่อผู้ไปศึกษาดูงาน

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. แพทย์หญิงลัดดา คำการเลิศ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 2. ทันทแพทย์หญิงกนิษฐา บุญธรรมเจริญ | สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ |
| 3. ผศ.ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์ | คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 4. น.ส.วรรณพร บุญเรือง | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |
| 5. น.ส.แพรว เอี่ยมน้อย | สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ |
| 6. นายสาขชล กล้อยเอี่ยม | สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ |
| 7. น.ส.วริฏฐา แก้วเกตุ | มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย |

ประเด็นการศึกษาดูงาน

1. ระบบและมาตรฐานการให้บริการการดูแลของสถานสงเคราะห์
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุ
3. การจัดบริการในพื้นที่/ชุมชน
4. การเก็บข้อมูลต้นทุนค่าใช้จ่ายของแต่ละบริการ

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บางแค 1)



ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค 1 หรือชื่อเดิมว่า สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค เป็นสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุตามนโยบายสวัสดิการสังคมของรัฐ ซึ่งงบประมาณในการดำเนินงานมาจากการจัดสรรงบประมาณของรัฐ และจากเงินบริจาค โดยรัฐสนับสนุนงบประมาณเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายตามความจำเป็นขั้นพื้นฐานต่อคนต่อปี เป็นเงินจำนวน 23,456 บาท

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค 1 แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่ม A คือ กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้

กลุ่ม B คือ กลุ่มที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ช่วยเหลือบางส่วน

กลุ่ม C คือ กลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องมีคนดูแล

ทั้งนี้ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุฯ ได้จัดให้มีโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุให้
อยู่ในบ้านอย่างมีความสุขและมีคุณค่า (Happy Home) บ้านบางแค เพื่อเป็นการพัฒนางานด้านสวัสดิการ
สังคมผู้สูงอายุ โดยเริ่มจัดทำกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้รับบริการภายในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคม
ผู้สูงอายุแต่ละแห่ง ซึ่งเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2553 แบ่งโปรแกรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ
ของผู้สูงอายุออกเป็น 11 โปรแกรม ซึ่งมีการพัฒนาโปรแกรมร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล และบริษัทยูแพม
(ซึ่งเป็นบริษัทเอกชนที่จัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการฟื้นฟูสมรรถนะผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกได้ดังนี้

ด้านร่างกาย	ด้านสังคม
1. โปรแกรมกายภาพบำบัด 2. โปรแกรมส่งเสริมและรักษาสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุมี ความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพ 3. โปรแกรมโภชนาบำบัด เป็นการให้ความรู้ด้าน โภชนาการ มีการสาธิตการประกอบอาหารและ ร่วมกันปรุงและรับประทานอาหาร 4. โปรแกรมนวดผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5. โปรแกรมมัจฉาบำบัด เป็นสปาที่ใช้ปลาบำบัด ช่วยกินเซลล์ผิวที่ตายแล้ว	8. โปรแกรมศิลปะบำบัด เป็นการใช้กิจกรรมทาง ศิลปะในการส่งเสริมพัฒนาการด้านสติปัญญา อารมณ์ และร่างกาย 9. โปรแกรมอาชีพบำบัด เป็นการสอนงานฝีมือที่ เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เพื่อฝึกพัฒนาการด้านต่าง ๆ 10. โปรแกรมท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เป็นการพา ผู้สูงอายุไปเยี่ยมชมสถานที่ท่องเที่ยวต่าง ๆ
ด้านจิตใจและอารมณ์	ด้านจิตวิญญาณ
6. โปรแกรมสปาจิต เป็นการฝึกจิตและนำการฝึก สมาธิมาใช้ในการบำบัด 7. ฟื้นฟูและพัฒนาสมรรถภาพ (Snoezen room) เป็น ห้องที่ฟื้นฟูและพัฒนาสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหา ทางสมองและระบบประสาทต่าง ๆ เป็นการกระตุ้น ประสาทสัมผัสทั้ง 7 ประสาท คือ การมองเห็น การ ได้ยิน การรับรส การได้กลิ่น การสัมผัส การทรงตัว	11. โปรแกรมการสร้างคุณค่าในตนเอง เป็นการปรับ ทางด้านอารมณ์ ให้สามารถยอมรับเหตุการณ์ที่ทำให้ ให้เคยผิดหวัง ท้อแท้ และสร้างความเชื่อมั่นใน ตนเอง

และ การรู้การเคลื่อนไหวจากกระดูก ข้อต่อ และ กล้ามเนื้อ โดยใช้เครื่องมือที่ทันสมัยมาช่วยแก้ไข ข้อบกพร่องต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ



ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุในกลุ่ม B มาใช้บริการ Happy Home นี้ ซึ่งทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจะคัดเลือกโปรแกรมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละคน มีการประเมินโปรแกรม ทั้ง 11 โปรแกรมว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจมากน้อยแค่ไหน สามารถช่วยฟื้นฟูสมรรถนะของผู้สูงอายุ แต่ละกลุ่มหรือไม่เพียงใด

การจัดบริการในพื้นที่/ชุมชนของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จะมีการจัดบริการ เยี่ยมบ้านเดือนละครั้ง โดยมีทีมจากสหสาขาวิชา และ อพส.ออกเยี่ยมทุกครั้ง และรายงานสถานการณ์ ผู้สูงอายุตลอดจนสิ่งที่พบเห็นในชุมชนให้กับศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุได้รับทราบ ใน บางครั้ง มีกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกันเป็นอาสาสมัครคอยช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้ (กลุ่ม B และ C)

สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง/มีภาวะพึ่งพิงสูงสุด (ผู้สูงอายุกลุ่ม C) จะมีหอนอนแยกต่างหาก การ ให้บริการจะเน้นไปที่การเคลื่อนไหวพื้นฐาน และจะมีการประเมินความก้าวหน้าเป็นระยะ ๆ ขณะเดียวกัน ก็มีคำถามว่า ผู้สูงอายุจากกลุ่ม B และ C จะสามารถพัฒนาขึ้นมาในกลุ่ม A ได้หรือไม่ และมีอะไรเป็นเกณฑ์ ในการพิจารณา ทั้งนี้ ทางศูนย์ยังมีปัญหาการขาดมาตรฐานและขาดเกณฑ์ในการจัดกลุ่มผู้สูงอายุ และยังไม่ สามารถระบุได้ว่า แต่ละกลุ่มต้องการการบริการลักษณะไหนและมาตรฐานควรเป็นอย่างไร

สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสมอง หรือมีอาการทางประสาท ทางศูนย์ฯ จะมีอาคารแยกเป็น สักส่วน ออกจากผู้สูงอายุในกลุ่มอื่น

เนื่องจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ มีความพร้อมด้านทรัพยากร คือสถานที่ บุคลากร จึงจัดให้มีโปรแกรม respite care ในการดูแลเด็กที่มีความบกพร่อง/พิการทางสมอง เพื่อสร้างเสริม

พัฒนาการทางสมองของเด็ก และสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ใหญ่และเด็กที่มีความพิการดังกล่าว เป็นงานบูรณาการในชุมชน แต่กิจกรรมดังกล่าวไม่ใช่บทบาทภารกิจหลักของงานบริการผู้สูงอายุที่ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

ข้อค้นพบ/ปัญหา

1. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค 1 ยังไม่ได้มีการคิดงบประมาณค่าใช้จ่ายต่อคนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างแท้จริง มีเพียงตัวเลขงบประมาณที่ได้จากรัฐ ซึ่งไม่รวมค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากมูลนิธิ
2. เนื่องจากมีผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลผู้สูงอายุของศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค 1 มีหลายระดับ จึงยากที่จะคิดต้นทุนค่าใช้จ่ายต่อหัวในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบกับงบประมาณไม่ได้มาจากงบประมาณของรัฐเท่านั้น แต่มาจากเงินบริจาคด้วย ทั้งนี้ หากจะคิดงบประมาณค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ อาจคิดได้เพียงค่ามาตรฐานขั้นต่ำที่ผู้สูงอายุแต่ละคนควรจะได้รับ
3. ยังไม่มีการคิดต้นทุนค่าใช้จ่ายในโปรแกรมต่าง ๆ ของ Happy Home ว่ามีต้นทุนค่าใช้จ่ายแต่ละโปรแกรมเท่าไร
4. ยังขาดแคลนบุคลากร เช่น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ซึ่งทางศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค 1 ไม่มีอัตรารองรับ มีพยาบาลเต็มเวลาเพียง 1 คน ผู้ช่วยพยาบาล 2 คน และนักกายภาพบำบัด 2 คน ที่ต้องให้บริการเฉลี่ยวันละ 60-70 ราย
5. ผู้สูงอายุในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค 1 จะไม่ได้รับสิทธิเบี้ยยังชีพคนชราและเบี้ยยังชีพคนพิการ 500 บาท เนื่องจากรัฐตีความว่าผู้สูงอายุในกลุ่มนี้ได้รับการดูแลจากรัฐอยู่แล้ว
6. โปรแกรม Happy Home เป็นโปรแกรมที่พัฒนามาจากต่างประเทศ ทางศูนย์ฯ ควรมีการประยุกต์นำเอากิจกรรมแบบไทย มาใช้ในโปรแกรม Happy Home ดังกล่าว

ศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบางแค 2

ศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบางแค 2 เป็นสถานสงเคราะห์ที่อยู่ในสังกัดสำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร เป็นศูนย์ให้บริการผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาทุกข์ยากเดือดร้อน ขาดผู้อุปการะดูแล โดยได้รับงบประมาณจากรัฐและเงินบริจาคเป็นค่าใช้จ่าย (รวมแล้วประมาณคนละ 52,500 บาทต่อคนต่อปี) ทั้งนี้ ทางศูนย์ฯ จะรับเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นสุภาพสตรีที่อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และเป็นผู้สูงอายุในกลุ่ม A เท่านั้น ขณะนี้มีผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของศูนย์บริการ

ประมาณ 125 คน แบ่งประเภทของผู้สูงอายุเป็น 3 ประเภท เช่นเดียวกับศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค 1 คือ

กลุ่ม A คือ ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีจำนวน 82 คน

กลุ่ม B คือ ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง แต่ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ช่วยเหลือบางส่วน มีจำนวน 17 คน

กลุ่ม C คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ต้องมีคนดูแล มีจำนวน 26 คน (นอนติดเตียงมี 2 คน)

การให้บริการ

ในผู้สูงอายุกลุ่ม A ส่วนใหญ่เป็นการให้บริการด้านออโรบิกคิกทั่วไป เป็นการกระตุ้น และเสริมสร้างสมรรถนะ ป้องกันไม่ให้เป็นผู้สูงอายุในกลุ่ม B และ C

ในผู้สูงอายุกลุ่ม B และ C เป็นการกระตุ้นและเสริมสร้างสมรรถนะที่มากกว่าในกลุ่ม A ต้องมีคนคอยดูแลอยู่ตลอดเวลา เนื่องจากผู้สูงอายุบางท่านมีภาวะสมองเสื่อม

การให้บริการทางการแพทย์ จะมีแพทย์ในสังกัดของกรุงเทพมหานครให้บริการตรวจสุขภาพและรักษาทุกวันจันทร์ ทั้งนี้ หากผู้สูงอายุท่านใดมีอาการเจ็บป่วยมากจึงส่งต่อโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลในสังกัดของกรุงเทพมหานคร แต่ก็จะมีการเก็บประวัติผู้สูงอายุแต่ละคนไว้ด้วย มีพยาบาลมาปฏิบัติงานนอกเวลา 17.00-20.00 น.ทุกวัน เว้นวันหยุด

เนื่องจากอาคารที่พักของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มไม่ได้แยกกันชัดเจน ทำให้ผู้สูงอายุในกลุ่ม A สามารถเข้าไปช่วยดูแลผู้สูงอายุในกลุ่ม B และ C โดยเฉพาะการเป็นผู้ช่วยนักกายภาพบำบัดซึ่งมีเพียงคนเดียว ซึ่งเป็นการสร้างวัฒนธรรมการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน และปลูกฝังให้สนใจซึ่งกันและกัน

ข้อค้นพบ/ปัญหา

1. ยังขาดแคลนบุคลากรในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ เช่น พยาบาลประจำ ผู้ช่วยพยาบาล ที่เลี้ยง เช่นเดียวกับศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค 1 ทั้งนี้ เนื่องจากไม่มีอัตราตำแหน่งรองรับ และส่วนใหญ่เห็นว่ายังขาดเส้นทางความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ประกอบกับบุคลากรที่มีอยู่ขอย้ายออกจากศูนย์ฯ

2. ยังไม่มีการคิดค่าใช้จ่ายต่อหัวในการดูแลผู้สูงอายุเช่นเดียวกับศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค 1

3. เนื่องจากทางศูนย์ฯยังขาดแคลนพยาบาลประจำ ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย หรือจนกระทั่งเกิดเหตุฉุกเฉินทางศูนย์ฯจะใช้วิธีการส่งต่อผู้สูงอายุไปรักษาที่โรงพยาบาล ทั้งนี้ โรงพยาบาลที่รับการรักษาให้เป็นประจำ เช่น โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง เป็นต้น

4. อัตราผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายแข็งแรงแค่เป็นโรคสมองเสื่อมมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้น ทางศูนย์ฯจึงจัดให้มีกิจกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุหลายกิจกรรม เช่น การสอนเดินลีลาศ การร้องเพลง การเล่นดนตรีไทย อังกฤษเพื่อฝึกสมอง การเล่นดนตรีสากล การฝึกงานฝีมือ เล่นเกมส์บิงโก การอ่านข่าว ตลอดจนการส่งเสริมให้ช่วยตนเอง เช่น การล้างจาน การทำงานบ้านเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ไม่ต้องออกแรงมาก ซึ่งนอกจากจะเป็นการกระตุ้นสมองแล้วยังเป็นการสร้างวัฒนธรรมการช่วยเหลือกัน

5. การรักษาพยาบาลผู้สูงอายุของศูนย์ฯ ยังไม่มีการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันโรค

วรรณพร บุญเรือง

ผู้สรุปรายงาน

สรุปประเด็นการศึกษาดูงาน ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านธรรมปกรณ์เชียงใหม่

วันที่ 28 กันยายน 2553

หัวข้อ	ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ สวรส.
1. สถานที่และสิ่งแวดล้อมของสถานบริการ	1.พื้นที่ใช้สอยทั้งหมด 7 ไร่ มี 5 อาคาร ได้แก่ - อาคารชายชั้นบน 15 คน - อาคารชายชั้นล่าง 20 คน - อาคารหญิงหน้า 23 คน - อาคารหญิงหลัง 19 คน - อาคารผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ 23 คน 2.มีการออกแบบอาคารสถานที่ที่อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ เช่น - ทางขึ้นของอาคารมีทางลาด - ห้องน้ำมีราวเหล็กช่วยพยุงตัว - ก๊อกน้ำสามารถดันขึ้นลงไม่เป็นแบบหมุน - บรรยากาศทั่วไปร่มรื่น มีต้นไม้ในบริเวณโดยรอบ นอกจากนี้ ยังมีลาน ที่เรียกว่า จุฬารวมพล และหอประชุมที่ใช้ออกกำลังกายและทำกิจกรรมร่วมกัน แต่ขนาดพื้นที่น้อยกว่าบ้านบางแค 1 และบ้านบางแค 2 3. เนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุในกลุ่ม B และกลุ่ม C มากขึ้น จึงได้จัดสร้างอาคารที่พักของกลุ่มผู้สูงอายุดังกล่าวขึ้นใหม่ มีการออกแบบให้เป็น nursing home มากขึ้น (เป็น nursing home แห่งแรกของประเทศ) โดยได้รับความร่วมมือจากทีมอาจารย์และนักศึกษาคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ในการออกแบบอาคารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงความปลอดภัย ความสะดวกสบาย และการใช้สอย	
2. ผู้ให้บริการ (คือ ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการ ได้แก่	1. บุคลากรที่มีอยู่ปัจจุบัน (จากการสัมภาษณ์เพิ่มเติม) ได้แก่ - นักกิจกรรมบำบัด 2 คน	ควรมีการทำ MOU ระหว่างสถาบันการศึกษากับสงเคราะห์/สถาน

หัวข้อ	ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ สวรศ.
แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด พี่เลี้ยง ฯ)	- ผู้ดูแล (พี่เลี้ยง) 8 คน ในจำนวนนี้ ทำงานอัตราจ้างเงินของศูนย์เอง 4 คน แต่ละคนจะทำหน้าที่กันในตัวต่างกัน ในสัดส่วน ผู้ดูแลแต่ผู้สูงอายุ 1 ต่อ 7-8 คน - นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ 2 คน ในจำนวนนี้ 1 คนเป็นอัตราจ้างพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ 2 คน ในจำนวนนี้ เป็นลูกจ้าง 1 คน - พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ 2 คน ในจำนวนนี้ เป็นลูกจ้าง 1 คนหน้าที่ของพยาบาล : ควบคุม ตรวจสอบ ควบคุม ตรวจสอบการทำงานของพี่เลี้ยง, ส่งเสริมสุขภาพ, ป้องกันโรคที่ตามมา, ฟื้นฟู, และการพยาบาล - ผู้ช่วยพยาบาล 1 คน ซึ่งผ่านหลักสูตร nurse aid ทั้งนี้ บุคลากรทั้งหมดผ่านการอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ 2. ยังขาดแคลนบุคลากรเช่นเดียวกับบ้านบางแค 1 และบ้านบางแค 2 ที่ไม่มี แพทย์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการประจำศูนย์ฯ 3. ทั้งนี้ ได้รับความช่วยเหลือจากเครือข่าย ที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ จากหน่วยงานอื่น เช่น - มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่มีความพร้อมด้านวิชาการและทรัพยากรมาช่วยเหลือ เช่น การส่ง แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ฯ มาช่วยดูแลฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ และการเป็นที่ปรึกษาให้คำปรึกษาในการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูต่าง ๆ ตลอดจนการส่งนักเรียนมาร่วมทำกิจกรรม และฝึกงานในศูนย์ฯ ทั้งนี้ มีปัญหาบ้างในช่วงปิดภาคเรียนที่ขาดความต่อเนื่องในการดูแล - โรงพยาบาลต่าง ๆ ที่ช่วยรักษา ฟื้นฟู และส่งต่อ เช่น รพ.มหาราชนครเชียงใหม่ รพ.นครพิงค์ รพ.สวนดอก เป็นต้น	บริหารที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งสถาบันการศึกษาจะมีความพร้อมด้านวิชาการและทรัพยากร ทำให้สถานสงเคราะห์/สถานบริบาลได้รับความช่วยเหลือที่เป็น สห สาขาวิชา ขณะเดียวกัน อาจารย์ นักวิจัย ตลอดจนนักศึกษา ก็ได้เรียนรู้จากสถานสงเคราะห์/สถานบริบาลเช่นกัน
a. สัดส่วนของผู้ให้บริการต่อจำนวนผู้สูงอายุ	1.ผู้สูงอายุที่อยู๋ในบ้านฯทั้งหมด 97 ราย (บ้านรองรับได้ไม่เกิน 150 คน)ในจำนวนนี้ มีผู้สูงอายุในกลุ่ม C (ติดเตียง) 23 ราย : ผู้ดูแล 3 คน คิดเป็นสัดส่วน 7:1 2.กรณีผู้สูงอายุที่มารับบริการฟื้นฟูในห้องกายภาพบำบัด มีอาจารย์กายภาพบำบัดและนักศึกษา มาหมุนเวียนให้บริการ วันละ 7-8 คน ขณะที่ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ 15-20คนต่อวัน ดังนั้น สัดส่วนของ ผู้ฟื้นฟู:ผู้สูงอายุ คิดเป็น 1: 2	ควรรหาอาสาสมัครมาช่วยเหลือ หรือขอรับการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัย ภาคเอกชน มูลนิธิ เพื่อให้สัดส่วนการดูแลผู้สูงอายุใกล้เคียงมาตรฐาน

หัวข้อ	ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ สวรส.
b. ลักษณะการปฏิบัติงาน	1. มีการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแพทย์ อย่างน้อยคนละ 2 ครั้งต่อเดือน 2. มีการจัดทำฐานข้อมูลสถานการณ์ผู้สูงอายุ 3. มีการจัดทำคู่มือและพัฒนามาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุ โดยได้รับการพัฒนาจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่ง อ.ลินจง เป็นหัวหน้าคณะ ทั้งนี้ มุ่งหวังให้บ้านธรรมปกรณเชียงใหม่เป็นศูนย์สาธิตของกระทรวง พม.	
c. คุณสมบัติและสมรรถนะของผู้ให้บริการ (เช่น พยาบาลวิชาชีพ)	1. มีทีมวิชาการที่เป็นสหวิชาชีพจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่เข้ามาช่วยให้คำปรึกษา และอบรมให้ความรู้เพิ่มเติมแก่เจ้าหน้าที่ของศูนย์ฯ	
3. การบริหารจัดการของสถานบริการ		
a. บริหารจัดการองค์กร เช่น การจัดสรรงบประมาณ แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากร อัตราค่าจ้างคน	1. มีการจัดกลุ่มผู้สูงอายุโดยใช้เกณฑ์ในเรื่องสุขภาพและเกณฑ์ทางสังคม/ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองร่วมกัน โดยแบ่งเป็น กลุ่ม A ⁺ , B ⁺ , B ⁻ และ C แต่ทั้งนี้ คณะวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ที่เข้ามาช่วยจัดทำมาตรฐานจะช่วยแยกกลุ่มผู้สูงอายุให้ด้วย 2. งบประมาณมาจากการจัดสรรของรัฐ และงบประมาณจากการบริจาค (ซึ่งเอามาใช้แต่ในส่วนที่เป็นดอกผลของเงินต้น) ในปีงบประมาณ 2553 ได้รับงบประมาณดำเนินการดังนี้ - ในสถาบัน 8,043,626 บาท - ในชุมชน 2,207,300 บาท - โครงการพระราชดำริ 506,300 บาท - โครงการ Group home 82,200 บาท - ศูนย์ 3 วัย แม่เหียะ 2,805,600 บาท	1. ควรมีการจัดโปรแกรมการฟื้นฟูที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

หัวข้อ	ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ สวรศ.
	3. อัตรากำลังยังไม่เพียงพอ ขาดแคลนบุคลากร ได้แก่ แพทย์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ประจำ ทั้งนี้ กระทรวง พม. แก้ไขปัญหาโดยการส่งเจ้าหน้าที่ไปอบรมในส่วนที่ขาด (ปีละครั้ง) 4. ได้รับการบริจาคอุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุบางส่วนจากประเทศญี่ปุ่น (มูลนิธิใจกล้า) แต่ก็มีปัญหาไม่สามารถใช้งานได้ เนื่องจากไม่มีนักกายภาพบำบัดมาสาธิตการใช้งาน 4. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์เชียงใหม่ ใช้มาตรฐานการให้บริการ โดยยึดมาตรฐานการบริการในสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหลัก มี 3 ประเด็น คือ - มาตรฐานด้านการบริหาร - มาตรฐานด้านการให้บริการ - มาตรฐานคุณภาพการบริการ 5. ไม่สามารถคำนวณค่าใช้จ่ายในการบริการของผู้สูงอายุเป็นรายหัวได้ ปัญหาที่มีคือไม่สามารถจำแนกได้ว่าผู้สูงอายุหนึ่งคน จะต้องได้รับการบริการอะไรบ้าง และค่าใช้จ่ายอื่นๆเช่น ค่าน้ำมันรด ก็จะไม่สามารถนำมาแบ่งได้ว่า ผู้สูงอายุหนึ่งคนจะต้องใช้ค่าน้ำมันเท่าไร	
6. บริหารจัดการในการจัดบริการผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินสภาวะสุขภาพ การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแล	1. รูปแบบการให้บริการ ได้แก่ 1.1 บริการที่พักอาศัยในลักษณะสถานสงเคราะห์ โดยแยกเป็นอาคารชายและหญิง มีพี่เลี้ยงให้การดูแลประจำอาคาร มีการให้บริการ ดังนี้ ■ การส่งเสริมสุขภาพ เริ่มโดยการวางแผนร่วมกับบุคลากรด้านสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง(เช่น โภชนาการ เกษตร ทันตกรรม จาการพ.มหาราช) ดำเนินการตามแผน ติดตามประเมินผล ปรับปรุงกิจกรรม และส่งเสริมช่องทางการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพ กิจกรรมที่ทำ อาทิ - การให้ความรู้เรื่องโรคและวิธีการดูแลปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องโดยทีมสุขภาพ - ดูแลเรื่องสุขอนามัยและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม - การให้ความรู้โภชนาการที่เหมาะสมดูแลให้ได้รับอาหารเสริม	1. ในการจัดบริการโปรแกรมต่าง ๆ ในโครงการ Happy Home ควรมีการประเมิน ออกแบบ และวางแผนว่าผู้สูงอายุแต่ละคนต้องการการดูแลในโปรแกรมใดจึงจะเหมาะสม ทั้งนี้ขอให้มีการประเมินโครงการเป็นระยะ ๆ และสม่ำเสมอ 2. เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนใจที่จะ

หัวข้อ	ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ สวรส.
	- ส่งเสริมการออกกำลังกาย - การรับประทานยา ■ การป้องกัน (ทำงานร่วมกับเวชศาสตร์ครอบครัว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) - เน้นการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ - ตรวจร่างกายและประเมินภาวะเสี่ยง เช่น วัดความดันโลหิต เจาะเลือดหาค่าต่างๆเป็นต้น - ดูแลให้ได้รับวัคซีนป้องกันโรคระบาดตามฤดูกาล - ฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เช่น โรคไขมันเลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า โรคอุจจาระร่วง เป็นต้น - X-ray ปอดทุกปี ■ การส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพ - ประเมินตามความต้องการจำเป็นด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ใช้บริการ - ส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพตามเห็นของแพทย์ โดยการจัดทำแผนการฟื้นฟูผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล(IRP) - มีอุปกรณ์ส่งเสริมและฟื้นฟู - มีกลไกที่ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงอุปกรณ์ - มีบุคลากรผู้ให้บริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ ■ การรักษาพยาบาล - มีการรักษาพยาบาลโดยคำสั่งแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ - มีการบันทึก ติดตาม และประเมินผลการรักษาพยาบาล ■ การพยาบาลฉุกเฉินและการส่งต่อทางการแพทย์ - มีการจัดการรักษาพยาบาลเบื้องต้นในภาวะฉุกเฉิน - มีกลไกส่งต่อทางการแพทย์ ■ การบำบัดรักษาโรค	สนับสนุนสถานสงเคราะห์ที่มีลักษณะ nursing home แต่ยังไม่มียช่องทาง จึงเสนอให้ศูนย์ฯ จัดทำโครงการ เป็นโครงการนำร่องที่มีการแยกส่วนการดูแลทางการแพทย์ ออกจากการบริการอื่นๆ ให้ชัดเจน มีแพทย์ พยาบาลเข้ามาดูแลประจำ มีการจัดทำ care plan/map และจัดทำมาตรฐานในการดูแล ตลอดจนคำนวณต้นทุนค่าใช้จ่ายแต่ละรายโรค เพื่อเสนอขอรับการสนับสนุนจาก สปสช. โดยฝ่าย สปสช.เขต เพื่อเป็นการยกระดับ nursing home และเป็นช่องทางการรับงบประมาณในการดูแล 3. มีผู้สูงอายุบางคนได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ ทั้งนี้ เห็นว่า สปสช. และ พม. ควรมีการนิยามความหมายของความพิการให้ตรงกัน

หัวข้อ	ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ สวรรค.
	- ตรวจรักษาโรค และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น - แก้ไขปัญหาภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและชีวิตผู้ป่วยก่อนประสานส่งต่อไปยังโรงพยาบาล - เชิญแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ(ทางกาย จิต) มาตรวจรักษา - ติดตามผลการรักษาทุกราย ▪ การจัดการเรื่องยาและอุปกรณ์การแพทย์ - มีระบบการจัดเก็บยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ (แต่ไม่มีอุปกรณ์ที่จะสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีเครื่องมือทางการแพทย์อยู่ด้วย เช่น ผู้ที่ต้องเจาะคอ ใช้สายสวนปัสสาวะ ซึ่งบ้านธรรมดาไม่มีอุปกรณ์พิเศษรับกลุ่มดังกล่าว) - กำหนดระเบียบการใช้ยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ - บุคลากรทางการแพทย์ตรวจสอบคุณภาพ (มีคณะกรรมการช่วยเป็นที่ปรึกษา มีสมุดบันทึกการรับยา ซึ่งยาได้มา 2 แห่ง คือ 1. สั่งซื้อ 2 รับบริจาค การตรวจสอบคุณภาพยาตามช่วงเวลาใดก็ตาม) - มีอุปกรณ์ทางการแพทย์และยาที่เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ - เจ้าหน้าที่ได้รับอบรมในการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ 1.2 บริการบ้านพักฉุกเฉิน เป็นการให้บริการที่พักและเลี้ยงดูแก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา เป็นการชั่วคราว (ไม่เกิน 15 วัน) โดยไม่คิดค่าใช้จ่าย 1.3 บริการผู้สูงอายุปิยะมาลย์ เป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรม การให้บริการและเป็นแหล่งพบปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุภายนอกเข้าใช้บริการในตอนกลางวัน 2..กลุ่มเป้าหมายที่จะขอรับบริการ ได้แก่ ผู้สูงอายุในเขตภาคเหนือ ที่ได้รับความเดือดร้อนหรือประสบปัญหา	

หัวข้อ	ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ สวรศ.
	3. กระบวนการให้บริการ มีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้ 1.รับคำร้อง ตรวจสอบหลักฐาน/สอบข้อเท็จจริง (30 นาที) 2.ตรวจสอบข้อมูล (15 นาที) 3.ประสานหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้องเยี่ยมบ้าน วิเคราะห์ปัญหา วางแผนช่วยเหลือ(2วัน) 4.แจ้งประสานเป็นการภายในให้สถานสงเคราะห์ เตรียมรับ/ขออนุมัติส่งเข้าศูนย์(1ชั่วโมง30นาที) 5. แจ้งผลการพิจารณา (15 นาที) 5 ขั้นตอน ระยะเวลาการดำเนินการแล้วเสร็จ 4 วัน (วันทำการ) ทั้งนี้ ในกระบวนการรับเข้าจะมีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ เพื่อตรวจสอบว่าผู้สูงอายุแต่ละคนประสบปัญหาเดือดร้อนจริง ไม่มีที่อยู่ หรือไม่มีผู้อุปการะ หรือเปล่า ซึ่ง 70% ของผู้สูงอายุที่บ้านธรรมปกรณ์ จะเป็นผู้ที่ไม่มีผู้อุปการะ เกณฑ์อื่นๆที่ใช้พิจารณาในการรับผู้สูงอายุ ได้แก่ - กรณีผู้สูงอายุมีโรคติดคอมา ทางศูนย์จะไม่รับ ต้องให้ทางแพทย์รักษาโรคให้หายก่อน - กรณีถ้าทางชุมชนสามารถดูแลได้ ทางศูนย์ก็จะไม่รับเข้า - กรณีปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น เบาหวาน ความดัน ไม่ปฏิเสธ 4. มีการจัดโครงการส่งเสริมสุขภาวะผู้สูงอายุให้มีความสุขและมีคุณค่า (Happy Home) มี 8 โปรแกรมประกอบด้วย ด้านร่างกาย ได้แก่ 1)กายภาพบำบัด 2) กิจกรรมบำบัด 3)อาชีพบำบัด 4) นวดเพื่อสุขภาพ ด้านจิตใจ/อารมณ์ ได้แก่ 5) สบายใจ 6) ศิลปะ ด้านสังคม ได้แก่ 7) นันทบำบัด 8)ธรรมชาติบำบัด กลุ่ม AและB พัฒนาพื้นที่ส่วนกลุ่มCเป็นการบำบัดฟื้นฟูร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม 5. อาคาร nursing home มีเตียงจำนวน 26 เตียง (มีผู้สูงอายุในกลุ่ม C เพียง 23 ราย) มีเจ้าหน้าที่ดูแลประจำ 3	

หัวข้อ	ข้อค้นพบ	ข้อเสนอแนะ สวรส.
	คน ไม่ได้แยกกลุ่มชาย-หญิง มีโปรแกรมการดูแล/ทำกิจกรรมเหมือนกัน ยังไม่มีการแยกโปรแกรมเพื่อให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล 6. สำหรับผู้สูงอายุในกลุ่ม B จะแยกสัดส่วนระหว่างชาย-หญิง และแยกส่วนการรับประทานอาหารร่วมกับกลุ่ม A 7. ในศูนย์จะเป็นกลุ่ม B & C เป็นส่วนใหญ่ การจัดแบ่งกลุ่มจะพยายามให้เป็น กลุ่ม B ถึงแม้ว่า คุณลักษณะจะคล้ายกลุ่ม A (สนองนโยบายกรมฯ) ก็ตาม ทั้งนี้เนื่องจากเพื่อป้องกันการไม่ให้ผู้สูงอายุเมื่อได้รับการรับเข้าฟื้นฟูแล้ว มีอาการแย่ลงไปอีก เพราะว่าถ้าให้เป็นกลุ่ม A แต่เมื่อเวลาผ่านไป ถ้าแม้ว่าจะยังไม่มีโรคหรือความพิการอะไร ก็จะมีอาการโรคของผู้สูงอายุตามมา ซึ่งนั่นหมายความว่า ทางศูนย์ดูแลไม่ดี	
4. ระบบการบันทึกข้อมูล	1. มีการบันทึกข้อมูลประวัติผู้สูงอายุแต่ละคนตั้งแต่แรกเข้า ตลอดจนข้อมูลด้านสุขภาพ การฟื้นฟู ประวัติการรักษาพยาบาลประวัติการรับประทานยา และนำมาประเมิน รายงานความก้าวหน้า	
5. ผลลัพธ์ของการให้บริการ		
a. ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น / คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	มีการประเมิน และติดตามความก้าวหน้าในเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุบ้าง แต่ยังไม่เป็นมาตรฐาน	1. ให้มีการประเมินอย่างจริงจัง โดยกำหนด out come และเป้าหมายที่ต้องการให้ชัดเจน และมีการประเมินจากทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น เรื่องน้ำหนัก สุขภาพ พฤติกรรมการรับประทาน
b. ความพึงพอใจ	ยังไม่เห็นการประเมินในส่วนนี้	

ข้อมูลทั่วไป/ประเด็นอื่น ๆ

ประเด็นความพิการกับผู้สูงอายุ ได้แก่

- เกณฑ์การพิจารณาว่าผู้สูงอายุมีความพิการนั้น สามารถใช้ ICF codes เป็นเครื่องมือวัด

ICF รวมลักษณะการเกิดความพิการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดความพิการ ได้แก่

- ความบกพร่องทางด้านร่างกายและการทำงานของร่างกาย (Impairments of body function and structure) เช่น ความผิดปกติต่างๆ ที่สามารถตรวจได้โดยตรงจากเครื่องมือทางการแพทย์หรือสังเกตเห็นได้โดยตรง อาทิเช่น อาการหูตึง แขนขาด เดินไม่ปกติ ความจำเสื่อม ตาบอด เป็นไข้ ฯ
- มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Activity limitations) ซึ่งเป็นผลมาจากความบกพร่องจากข้อที่ I ซึ่งเครื่องมือทางการแพทย์ไม่สามารถตรวจวัดได้เสมอไป เช่น ในกรณีที่ผู้สูงอายุสามารถเดินไปไหนมาไหนได้ แต่ต้องใช้ walker เท่านั้น ทางผู้สูงอายุเองอาจจะมองว่าตนเองไม่มีความพิการเลยก็เป็นได้
- มีข้อจำกัดในการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม หรือการได้รับการบริการ (Participation limitations) เช่น ผู้สูงอายุที่ต้องนั่งอยู่ในเก้าอี้ล้อเลื่อน สามารถไปไหนมาไหนได้ ถ้ามีทางลาดและลิฟท์สำหรับคนพิการ แต่สามารถไปร่วมทำกิจกรรมกับสังคมและได้รับการบริการต่างๆ ได้ ในกรณีนี้ ผู้สูงอายุอาจมองว่าตัวเองไม่มีความพิการก็เป็นได้

ลักษณะความพิการนี้สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้เช่น การที่อยู่แต่ในบ้านไม่ไปไหน เอาแต่กิน จนทำให้เกิดโรคเบาหวาน และภาวะแทรกซ้อนนี้ก็สามารถทำให้เกิดลักษณะความพิการได้เช่นกัน เช่น โรคเบาหวานรุนแรงไม่ได้รับการรักษา ทำให้มีการติดเชื้อที่เท้าจนต้องตัดเท้าทิ้ง ไม่สามารถเดินไปไหนมาไหนได้เหมือนอย่างแต่ก่อน จนทำให้ไม่สามารถเข้าไปร่วมในกิจกรรมของสังคมได้

- ปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดความพิการคือสภาพแวดล้อม (Environmental factors) เช่น ทัศนคติของสังคมต่อผู้พิการ สิ่งอำนวยความสะดวก การเข้าถึงต่างๆ สถานที่การทำงาน ฯ และปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) เช่น ความเครียด ทัศนคติต่อตัวเอง ความเชื่อมั่นในตัวเอง อารมณ์ หรือความคิดที่แตกต่างซึ่งมาจากวัฒนธรรม ฯ

- ข้อมูลที่ได้จาก ICF Codes นี้ สามารถนำมาใช้ในการ

- ค้นหาความพิการและระดับความรุนแรงของความพิการ (Screening)
- ค้นหาความต้องการของคนพิการเอง (Need Assessment)
- เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบการป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูความพิการ (Intervention/prevention development)
- ใช้ในการติดตามการดำเนินการของกิจกรรมเพื่อป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูความพิการว่า ตรงตามจุดประสงค์หรือไม่ (Monitoring)
- ใช้ในการประเมินผลที่ได้รับ หรือการพัฒนาของคนพิการเอง หลังจากได้รับการรักษาแล้ว (Evaluation)

- จากการสังเกตการณ์ ผู้สูงอายุในกลุ่มB ของบ้านธรรมปกรณ์ พบว่า มีจำนวนหนึ่งที่มี

- ภาวะของสมองเสื่อม ชนิดที่ยังพอรู้เรื่องช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง แต่เริ่มบกพร่องสูญเสียด้านความคิด/ความจำ และชนิดที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
- จิตเวช(เคสที่มาจากรพ.สวนปรุง)
- ข้อเสื่อม มีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน
- หูตึง

เป็นต้น

ภาวะบกพร่องเหล่านี้ สามารถถูกตรวจวินิจฉัยและพิจารณาออกเอกสารรับรองความพิการ(ซึ่งมีรายละเอียดหลักเกณฑ์ต่างๆที่ต้องพิจารณาเพิ่มเติม ไม่สามารถตัดสินได้ โดยการสังเกตเพียงอย่างเดียว ต้องใช้เครื่องมือในการตรวจประเมิน ดูระดับความรุนแรงของการบกพร่อง เช่น ภาวะจิตเวช สมองเสื่อม ต้องใช้หลักเกณฑ์การวินิจฉัยของICD) โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เพื่อประกอบการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ

อ้างอิงตาม

- ประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการพ.ศ.2552 ที่ได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ไว้สำหรับการพิจารณาความพิการต่างๆ 6 ประเภท
- คู่มือการตรวจประเมินและวินิจฉัยความพิการ โดย ศูนย์สิรินธรเพื่อหารฟื้นฟูร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ และสำนักประกันหลักสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งสอดคล้องตามเนื้อหาจาก ICF ถึงแม้จะยังไม่ได้ลงลึกลงไปถึงขั้นระดับ codes แต่ก็สามารถเป็นเกณฑ์ได้ระดับดีและเข้าใจง่าย

แพรว เอี่ยมน้อย

วรรณพร บุญเรือง

ผู้บันทึกรายงาน

สรุปประเด็นการศึกษาฐาน ณ สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่เป็นอุปถัมภ์)

วันที่ 16 พฤศจิกายน 2553

หัวข้อ	ข้อค้นพบ
ข้อมูลทั่วไป สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี(หลวงพ่เป็นอุปถัมภ์) เกิดขึ้นโดยพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี ซึ่งมีพระราชดำริกับพระอุดมประชาณาด (หลวงพ่เป็น) เจ้าอาวาสวัดบางพระ ให้จัดสร้างสงเคราะห์คนชราขึ้นที่ตำบลวัดสำโรง อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม บนเนื้อที่สาธารณประโยชน์ จำนวน 24 ไร่ 3 งาน 97 ตารางวา และได้ทำการเปิดสถานสงเคราะห์ เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2553 มีวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน ดังนี้ 1. เพื่อเป็นการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือประสบปัญหาทุกข์ยากเดือดร้อน ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู ไม่มีที่อยู่อาศัย อยู่กับครอบครัวไม่มีความสุข หรือไม่สามารถอยู่กับครอบครัวได้ 2. เพื่อเป็นการตอบแทนคุณงามความดีของผู้สูงอายุที่เคยทำประโยชน์แก่ประเทศชาติ เมื่อครั้งยังอยู่ในวัยหนุ่มสาว 3. ส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนานุเคราะห์ด้านสวัสดิการผู้สูงอายุทั้งภาครัฐ และเอกชน กลุ่มเป้าหมาย จะรับแต่ผู้สูงอายุที่เป็นผู้หญิง ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่มีโรคเรื้อรัง ไม่พิการ และประสบปัญหาความเดือดร้อน เช่น ฐานะยากจน ไม่มีที่อาศัย ขาดผู้อุปการะหรือมีปัญหาได้รับความเดือดร้อนจากครอบครัว ปัจจุบันมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 68 คน โดยรับเฉพาะใน 5 เขต คือ จังหวัดนครปฐม นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรสาคร และสมุทรปราการ ในระยะแรกอยู่ในความดูแลของกรมประชาสงเคราะห์ ต่อมาในปี 2547 ได้ย้ายโอนมาอยู่ในความดูแลขององค์กรปกครองท้องถิ่น คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม งบประมาณมาจาก 2 ส่วน คือ องค์การบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม และของมูลนิธิที่ได้รับการบริจาค ซึ่งนำมาใช้เฉพาะดอกเบี้ยเท่านั้น ทั้งนี้ สถานสงเคราะห์ฯ ได้รับการบริการทางการแพทย์จากโรงพยาบาลห้วยพลู แต่หากมีกรณีผู้สูงอายุเจ็บป่วยและโรงพยาบาลห้วยพลูไม่สามารถรักษาได้ จะส่งต่อโรงพยาบาลนครปฐม หรือกรณีที่เป็นโรคเฉพาะทาง เช่น โรคตา ก็จะส่งโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์	
1. สถานที่และสิ่งแวดล้อมของสถานบริการ	■ เป็นสถานสงเคราะห์ที่ก่อตั้งขึ้นจากพระราชดำริของสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ โดยมีงบประมาณเริ่มก่อตั้งประมาณ 4 ล้านบาท พื้นที่ประมาณ 24 ไร่ มีอาคารพัก 4 อาคาร คือ - อาคารพยาบาล - อาคารบรรทมทิพย์ เป็นที่พักของผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ มีประมาณ 38 คน - อาคารนิราภิรมย์ เป็นที่พักของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีประมาณ 23 คน - อาคารพระธรรมปริยัติเวที (มี 12 ห้อง) เป็นอาคารใหม่ สำหรับรองรับผู้สูงอายุที่เป็นอัลไซเมอร์ มีประมาณ 6 คน

หัวข้อ	ข้อค้นพบ
	สภาพแวดล้อมและบรรยากาศโดยทั่วไป ภายในบริเวณสถานสงเคราะห์ มีความร่มรื่น มีต้นไม้เยอะ ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและมีความสุข อากาศสถานที่มีการดูแลความสะอาดดี ในส่วนของอาคารใหม่(สำหรับผู้ป่วยอัลไซเมอร์) ออกแบบตกแต่งสีสนให้ดูคล้ายที่พักอาศัย ต่างจากบ้านบางแค อย่างไรก็ตาม ก่อนข้างมีพื้นที่จำกัด หากผู้สูงอายุต้องใช้ wheelchair
2. ผู้ให้บริการ (คือ ผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด พี่เลี้ยง ฯ)	
a. สัดส่วนของผู้ให้บริการต่อจำนวนผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย/ลักษณะการปฏิบัติงาน/คุณสมบัติและสมรรถนะของผู้ให้บริการ (เช่น พยาบาลวิชาชีพ)	- มีพยาบาลประจำ 1 คน - พยาบาลช่วยราชการ 1 คน ทำงานสัปดาห์ละ 2-3 วัน - แพทย์ 1 คน ไม่ประจำ เป็นแพทย์จากโรงพยาบาลห้วยพู่ จะมาเดือนละ 1 ครั้ง - นักกายภาพบำบัด (ชั่วคราว) 1 คน ทำงานสัปดาห์ละ 2 วัน (เฉพาะวัน เสาร์-อาทิตย์) กลุ่ม A จะได้รับการบำบัดช่วงเช้า และ B-C ในช่วงบ่าย - นักอาชีวะบำบัด 1 คน เป็นวิทยากรจากภายนอก เชิญมาสอนเกี่ยวกับการทำงานศิลปะหัตถกรรม โดยทางสถานสงเคราะห์จะแบ่งกลุ่มให้ตามความถนัดของแต่ละคน - นักสังคมสงเคราะห์ประจำ 1 คน - พี่เลี้ยงจำนวน 9 คน (8 คน จากงบประมาณที่ได้รับการจัดสรร และ 1 คน จากการบริจาค) ส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่ การศึกษาขั้นต่ำกำหนดไว้ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 แต่ความเป็นจริงบางคนก็จบการศึกษาแค่ระดับประถม 4 (ให้บริการตั้งแต่เปิดศูนย์แรกๆ) - จำนวนพี่เลี้ยง อาคารละ 4 คน (หมุนเวียนอาคาร) ทั้งนี้ อัตราส่วนของพี่เลี้ยงต่อผู้สูงอายุทั้งหมด คิดเป็น 1:17 - นอกจากนี้ ยังมีนักศึกษาฝึกงานเป็นครั้งคราว เช่น พยาบาลวิทยาลัยคริสเตียน กายภาพจากมหาวิทยาลัยมหิดล
3. การบริหารจัดการของสถานบริการ	
a. บริหารจัดการองค์กร เช่น การจัดสรรงบประมาณ แนวทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากร อัตรากำลังคน	งบประมาณมาจาก 2 ส่วน คือ องค์กรบริหารส่วนจังหวัดนครปฐม และของมูลนิธิหลวงพ่อบึง ที่ได้รับการบริจาค ซึ่งนำมาใช้เฉพาะดอกเบี้ยเท่านั้น

หัวข้อ	ข้อค้นพบ
	สถานสงเคราะห์
4. การจัดบริการสำหรับกลุ่มสมองเสื่อม	- เน้นการทำกิจกรรมที่ช่วยกระตุ้นสมอง สันทนาการ อาทิจ ร้องเพลง ดูโทรทัศน์ ชวนผู้สูงอายุพูดคุย ทบทวนความจำ ออกแบบและนำกิจกรรมโดยนักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงนักศึกษาพยาบาลที่มาฝึกงาน
5. ระบบการบันทึกข้อมูล	ยังไม่มีเก็บข้อมูลและการประเมิน ทั้งนี้ทางสถานสงเคราะห์ใช้มาตรฐานการดูแลของกระทรวง พม.ซึ่งมีเฉพาะด้านสังคม
6. ผลลัพธ์ของการให้บริการ	
a. ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น /คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	การฟื้นฟู โดยเฉพาะในกลุ่ม C - เป็นการรักษาตามอาการ และส่งต่อโรงพยาบาลที่อยู่ในเขต (รพ.ห้วยพลู) หรือมีการรับยามาให้ ไม่ใช่การฟื้นฟู - นักกายภาพ 1 คนจากรพ.ห้วยพลู(จ้างนอกเวลาราชการ) มาให้บริการฟื้นฟู มีการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์เพื่อช่วยในการฟื้นฟู(ปีที่ผ่านมามีสถานสงเคราะห์ได้มีการจัดซื้ออุปกรณ์ฟื้นฟู) - ให้บริการนอกเวลาเสาร์-อาทิตย์ ได้แก่ ○ การตรวจร่างกาย ○ ถ่ายภาพโดยไม่ใช้เครื่องมือ อาทิจ ดัด-ดึงข้อต่อ /การเคลื่อนไหวข้อต่อ/การยืดกล้ามเนื้อ/การกดจุดเจ็บ/วงล้อหมุนไหล่/เครื่องบริหารเข้า/จักรยาน/ฝึกเดิน ○ ถ่ายภาพโดยใช้เครื่องมือ อาทิจ แผ่นประคบร้อน/เย็น อัลตราซาวด์ กระตุ้นไฟฟ้า ○ บริการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาทิจ สวดมนต์ กลุ่ม ออกกำลังกาย รำไม้พลอง เป็นต้น กิจกรรมบริการของนักกายภาพมุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพ และป้องกัน ชะลอการเสื่อมสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ในทุกกลุ่ม (กลุ่มB และCของที่ยังพอสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีกว่าที่อื่น ลูกนั่งได้ บางคนลงจากเตียง ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินได้ ไม่มีภาวะแผลกดทับ) อย่างไรก็ตาม เมื่อเทียบกับสัดส่วนของนักกายภาพและผู้สูงอายุ ประกอบกับชั่วโมงที่สามารถให้บริการแล้ว สะท้อนถึงคุณภาพและประสิทธิผลของการให้บริการฟื้นฟูยังไม่สามารถทำได้เต็มที่ - ยังไม่เห็นรูปแบบการประเมินติดตามผลลัพธ์บริการฟื้นฟูที่ชัดเจน - นอกจากนี้ กิจกรรมที่โดดเด่นของสถานสงเคราะห์ประการหนึ่งน่าจะเป็นของการฟื้นฟูด้านสังคม ซึ่งมีหลายกิจกรรมที่เน้นการสร้างการมีส่วนร่วม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ และชุมชน (คนใน

หัวข้อ	ข้อค้นพบ
	ชุมชนค่อนข้างรู้จัก สนับสนุนกับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิต คนในชุมชนก็มาเข้าร่วมในพิธีฌาปนกิจ)
๖. ความพึงพอใจ	ยังไม่มีการทำแบบประเมิน

ข้อมูลอื่น ๆ เพิ่มเติม

1 การเป็นโรคของผู้สูงอายุในบ้าน

โรค	จำนวน (คน)
ความดันโลหิต	42
ไขมันในเลือด	26
หัวใจ	13
เบาหวาน	12
โลหิตจาง	10
เข่าเสื่อม	6
คอกระดูก	5
มะเร็ง	3
อื่น ๆ อย่างละคน	

จำนวนชนิดของโรค	จำนวน (คน)
เป็น 1 โรค	22
เป็น 2 โรค	18
เป็น 3 โรค	19
เป็น 4 โรค	5
เป็น 5 โรค	1

ทั้งนี้ มีผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัวเลย 2 คน

2 กิจกรรมที่จัดให้ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ได้แก่

- กิจกรรมใจประสานใจ ผู้สูงวัยสู่ชุมชน เป็นการมอบของให้ผู้ยากไร้ ทั้งนี้จะมีแพทย์เคลื่อนที่ไปพร้อมกันด้วย เพื่อตรวจสุขภาพ
- กิจกรรมผู้สูงวัยปันน้ำใจสู่โรงพยาบาล เป็นการมอบของให้ผู้ยากไร้ที่โรงพยาบาลช่วยเหลือ
- บรรยายธรรมเพื่อผู้สูงอายุ

- กิจกรรมของวัยรวมกัน เป็นการจัดกิจกรรมร่วมกับเด็กกำพร้าบ้านเปี่ยมสุข ซึ่งเป็นเด็กกำพร้าที่พ่อแม่ตายจากโรคเอดส์
- กิจกรรมการสอนงานประดิษฐ์
- การทัศนศึกษา จัดปีละประมาณ 3 ครั้ง (เข้าไป เย็นกลับ)
- กิจกรรมการออกกำลังกาย
- กิจกรรมเพื่อนเยี่ยมเพื่อน เช่น ไปบ้านบางแค 1 และ 2 , โซเชียลมีเดียโมเรียด
- กิจกรรมขายหลานประสานใจ เป็นการจัดกิจกรรมร่วมกับเด็กกำพร้าบ้านราชวิถี โดยจัดกิจกรรมร่วมกันปีละ 2 ครั้ง

ข้อเสนอแนะ สวรรค.

1. ควรมีการจัดทะเบียนผู้พิการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพ เพื่อให้ได้รับสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์หรืออื่นๆ
2. เสนอให้มีการจัดจ้างแพทย์ นักกายภาพบำบัดเพิ่มเติม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกายเพิ่มมากขึ้น และลดอัตราการนอนติดเตียง
3. เสนอให้มีการสานต่อและจัดทำความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา (คณะพยาบาลศาสตร์ คณะกายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยคริสเตียน) ทำ MOU ร่วมกับ อบจ.และสถานสงเคราะห์ เพื่อให้นักศึกษาได้เข้ามาจัดการเรียนการสอนในสถานสงเคราะห์ขณะเดียวกันผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง
4. ควรมีการจัดกิจกรรมเฉพาะ สำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เพื่อให้เข้ากับสมรรถภาพของผู้สูงอายุและฟื้นฟูที่ตรงจุด ทั้งนี้ ควรจัดกิจกรรมเฉพาะให้กลุ่มอัลไซเมอร์อย่างต่อเนื่อง

สรุปประเด็นการศึกษางาน ณ ประเทศสิงคโปร์

วันที่ 24-27 ตุลาคม 2553

หัวข้อ	Khoo Teck Puat Hospital (Acute care)	Dover Park Hospice care (Nursing Home)	St. Joseph Home (Nursing Home)	Ang Mo Kio Hospital (Intermediate care)
ข้อมูลทั่วไป	- เป็นโรงพยาบาลชุมชนของรัฐในเขตภาคเหนือ ขนาด 550 เตียง ซึ่งรัฐบาลจะเป็นคนลงทุนสร้างโรงพยาบาลให้ แต่พนักงานไม่ใช่ราชการ เป็นลักษณะคล้าย ๆ พนักงานของรัฐ มีระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) Acute care รองรับประชากรที่อยู่ในเขตตอนเหนือของสิงคโปร์ จำนวนกว่า 570,000 คน - โรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของ Alexandra Health (เป็นชื่อเรียกของ new health care cluster ประกอบด้วย Alexandra Hospital (AH) และ Jurong Medical Centre (JMC) - Class of accommodation : deluxe, A 1 , B1(5 bedder) , B2(10 bedder) ,isolation	- เป็นสถานบริบาลที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ ที่เป็นศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย(รวมถึงกลุ่มที่เป็นเด็กด้วย) ซึ่งรับเฉพาะคนไข้จากที่ส่งมาจากโรงพยาบาลที่เป็นacute care เท่านั้น มีจำนวน 40 เตียง - Dover Park เป็นหนึ่งใน Community hospice services in Singapore - คนไข้/ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดประมาณ 80% จะอยู่ในช่วง end of life (ผู้ป่วยระยะสุดท้าย) ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโรคมะเร็ง ที่เหลือเป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน หัวใจ โรคไต เป็นต้น - วิสัยทัศน์ ของ Dover Park คือ "To be a Centre of Excellence for Palliative Services, Education and Research"	เป็นสถานบริบาลที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ ผู้สูงอายุที่อยู่ใน St. Joseph Home จะอยู่ในภาวะพึ่งพิง (กลุ่ม B และ C) มีประมาณ 139 เตียง เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้าย (hospice care) ประมาณ 14 เตียง ผู้สูงอายุทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุที่ถูกส่งมาจากโรงพยาบาลในพื้นที่ โดยผ่านการประเมิน	เป็นโรงพยาบาลของรัฐ ที่ดูแลผู้สูงอายุและให้บริการระดับ intermediate care โดยรับคนไข้ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลที่เป็น Acute care ประมาณ 85% มีประมาณ 200 เตียง ไม่มีการรับคนไข้ฉุกเฉิน โดยแบ่ง Type wards ออกเป็น - A เตียงเดี่ยว เป็นห้องปรับอากาศ มีห้องน้ำและสิ่งอำนวยความสะดวก ทั้งนี้ รัฐสนับสนุนบางส่วนและคนไข้จะต้องออกค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม - B1 เป็นห้องรวม 4 เตียง เป็นห้องปรับอากาศและมีสิ่งอำนวยความสะดวก มีห้องน้ำและสิ่งอำนวยความสะดวก - B2 เป็นห้องรวม 5-6 เตียง เป็นห้องธรรมดา มีห้องน้ำ - C เป็นห้องรวม 8-10 เตียง เป็นห้องธรรมดา มีห้องน้ำ

หัวข้อ	Khoo Teck Puat Hospital (Acute care)	Dover Park Hospice care (Nursing Home)	St. Joseph Home (Nursing Home)	Ang Mo Kio Hospital (Intermediate care)
	▪ สักส่วนเตียง - private wards 142 เตียง - Subsidized Wards B2 : 150 , C : 180 - Isolation Rooms : 36 - ICU :39 ▪ โรงพยาบาลมีแผน/เป้าหมายในการดำเนินงาน คือ - becoming the hospital of choice in the region - build a community hospital and medical center - form an intergrated healthcare hub in the north			
1. สถานที่และสิ่งแวดล้อมของสถานบริการ	▪ จุดสำคัญของโรงพยาบาลคือ จะต้องรู้ว่าเมื่อผู้ป่วยได้เข้ามาในโรงพยาบาลแล้วจะได้รับหรือได้ประสบการณ์อะไร โดยทางโรงพยาบาลจะเน้นการปรับสภาพแวดล้อมที่มีอยู่ให้เข้ากับความต้องการของผู้ป่วย เช่นการออกแบบอาคารที่มีความสัมพันธ์กับธรรมชาติ ทิศทางของลม จากทะเลที่พัดขึ้นมา	▪ มีการออกแบบที่คำนึงถึงทิศทางลม เพื่อให้อากาศถ่ายเท บางห้องไม่จำเป็นต้องเปิดแอร์ก็มีอากาศเย็นสบาย มีการจัดสวนหย่อม มีบ่อเลี้ยงปลาขนาดใหญ่ตรงกลางศูนย์ เป็นลักษณะของปรัชญามิถุนเพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ผ่อนคลายแก่ผู้สูงอายุ	▪ มีการออกแบบที่เอื้อต่อการเข้าถึงและใช้บริการของคนพิการและผู้สูงอายุ เช่น ห้องนำคนพิการทางเดินที่สะดวกสำหรับรถเข็นคนพิการ สวนพักผ่อน และโบสถ์สำหรับประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ▪ อาคาร/ฝ่ายต่างๆประกอบด้วย	▪ มีการออกแบบที่เอื้อต่อการเข้าถึงและใช้บริการของคนพิการและผู้สูงอายุ มีการแบ่ง ward /wingสำหรับการดูแลโดยมีระบบจอภาพแสดงทีมให้บริการ ในแต่ละ wing นอกจากนี้ มีมุมพักผ่อนนั่งเล่นในแต่ wing ด้วย

หัวข้อ	Khoo Teck Puat Hospital (Acute care)	Dover Park Hospice care (Nursing Home)	St. Joseph Home (Nursing Home)	Ang Mo Kio Hospital (Intermediate care)
	หรือแสงอาทิตย์ เพื่อลดค่าไฟ หรือเพื่อให้มีอากาศถ่ายเทได้ดี (อากาศภายในอาคารเย็นสบายทั้ง ๆ ที่ไม่ได้เปิดแอร์) บนตึกหลายตึกก็จะมีหญ้าหรือต้นไม้ปกคลุม ซึ่งจะช่วยลดความร้อนได้ น้ำร้อนก็มาจากพลังงานแสงอาทิตย์ เพื่อให้เป็นโรงพยาบาลสีเขียวในแต่วัน (Green Hospital) ลักษณะของการจัดสภาพแวดล้อมที่มีต้นไม้มาก มีสระน้ำ มีการจัดสวนหย่อมสวยงาม (เหมือน รพ.เอกชนในประเทศไทย เช่น บำรุงราษฎร์) ▪ ในด้านของสิ่งอำนวยความสะดวก หรือการบริการ ทางโรงพยาบาลจะพยายามนำสิ่งอำนวยความสะดวกไปหาผู้ป่วย แทนที่ผู้ป่วยจะต้องมาหาสิ่งอำนวยความสะดวกเอง ทางโรงพยาบาลจะทำการศึกษาประวัติของผู้ป่วยแต่ละคนว่าจะต้องไปที่ไหน เพื่อให้ใกล้กับสิ่งที่พวกเขาต้องการ เช่น ร้านขายยา ก็จะอยู่ใกล้ ผู้ป่วยไม่ต้องเดินไปหาเอง ทางโรงพยาบาลจะบริการให้ได้ตรงกับ		1)Adminstration office 2) Nursing department ได้แก่ consultant room ,Nurses' station ,Ee Peng Liang Hall 3) Home ได้แก่ Dining hall ,kitchen, Security post, Handicraft Room, Staff Quarters, Linen Room, Women's Corridor ,Men,s Corridor, Meeting room, Kitchen Store room, Staff eating Lounge, workshop, Male Staff area, common Counseling room 3) Hospice ได้แก่ Pastoral Care room ,Nurses' station 4) ST Magdalene Center ได้แก่ Physiotherapy office, conference room ,staff area, Nurses' station	

หัวข้อ	Khoo Teck Puat Hospital (Acute care)	Dover Park Hospice care (Nursing Home)	St. Joseph Home (Nursing Home)	Ang Mo Kio Hospital (Intermediate care)
	ความต้องการและความคาดหวังของผู้ป่วย ผู้ให้บริการจะให้คำแนะนำ แต่การตัดสินใจจะเป็นของผู้รับบริการ นอกจากนั้นแล้ว ยังมีห้องทางการแพทย์แยกกันอยู่ตามจุดต่างๆ เช่น ห้องฉุกเฉิน และห้องผ่าตัด			
2. ผู้ให้บริการ (คือผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในสถานบริการ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด ที่เกี่ยวข้อง ฯ)				
a. สักส่วนของผู้ให้บริการ ต่อจำนวนผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย/ลักษณะ การปฏิบัติงาน/คุณสมบัติและ สมรรถนะของผู้ให้บริการ (เช่น พยาบาลวิชาชีพ)	แพทย์ประมาณ 200 คน แพทย์ 1 คน : ประชากร ประมาณ 650 คน พยาบาล 1 คน : ประชากร ประมาณ 250 คน	- ผู้ให้บริการประกอบด้วย - แพทย์ palliative care 1 คน - แพทย์ฝึกหัด 1 คน - แพทย์ไม่ประจำ 1 คน - พยาบาล 20 คน - ผู้ช่วยผู้ดูแล 8 - จนท.เวชระเบียน 1 คน - ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็น Day Care จะมีอาสาสมัครช่วยเป็นที่เลี้ยง โดยอาสาสมัครจะเป็นผู้ออกแบบ	- มีพยาบาลประมาณ 40 คน ส่วนใหญ่พยาบาลผู้ช่วย (nurse aid จะมาจากต่างประเทศ เช่น พม่า อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ อินเดีย) - นักกายภาพบำบัด 1 คน - นักกิจกรรมบำบัด 1 คน - นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน - แพทย์ไม่ประจำเป็นลักษณะอาสาสมัคร - อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้สูงอายุ 3:16 (เป็นพยาบาล Nurse Aid 2 คน	- Health care team ได้แก่ 1. Medical team –resident doctors and visiting specialists 2. nursing team 3. therapy team - มี 11 ทีมแต่ละทีมประกอบด้วย - นักกายภาพบำบัด 1 คน - นักกิจกรรมบำบัด 1 คน - ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด 2 คน เป็นอย่างน้อย ทั้งนี้ บุคลากรมาจากต่างประเทศ (เช่น พม่า อินโดนีเซีย

หัวข้อ	Khoo Teck Puat Hospital (Acute care)	Dover Park Hospice care (Nursing Home)	St. Joseph Home (Nursing Home)	Ang Mo Kio Hospital (Intermediate care)
		และสนับสนุนการทำกิจกรรม ทั้งนี้ Dover Park Hospice care มี ระบบอาสาสมัครที่ดีและได้รับ รางวัล มีอาสาสมัครมาช่วยเป็นที่ เลียงประมาณ 300 คน ซึ่งจะต้อง ผ่านการอบรม	และ Health Care Assistant 1 คน) ▪ ตัวส่วนของ การดูแล staff nurse: ผู้สูงอายุ ตามระดับ category 1-4 Category 1 1:2 Category 2 1:8 Category 3 1:4 Category 4 1:38 ▪ นอกจากนี้ ยังมีนักเรียน/ นักศึกษาเข้ามาฝึกงาน เพื่อ ช่วยเหลือผู้สูงอายุ (ระยะเวลา ประมาณ 1 เดือน) ทั้งนี้ รัฐได้ กำหนดให้เป็นหลักสูตรการ เรียนการสอน เพื่อสร้างให้ เกิดความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้สูงอายุกับเยาวชน และสร้าง ความสัมพันธ์ในชุมชน	ฟิลิปปินส์ อินเดีย) เช่นเดียวกับ St. Joseph Home หนึ่งทีมดูแลคนไข้ประมาณ 20 -25 คน 4.Care& Counseling team--นัก สังคมสงเคราะห์ด้านการแพทย์และ นักให้คำปรึกษา
3. การบริหารจัดการของสถาน บริการ		▪		
a. บริหารจัดการองค์กร เช่น การจัดสรรงบประมาณ แนว ทางการพัฒนาศักยภาพบุคลากร	A :รัฐสนับสนุนค่าใช้จ่ายประมาณ 25% B1 } รัฐสนับสนุนประมาณ 50% B2 }	▪ งบประมาณที่ได้รับจากรัฐปีละ ประมาณ 4 ล้านดอลลาร์สิงคโปร์ ส่วนหนึ่งมาจากการบริจาค และ	▪ ค่าใช้จ่าย สำหรับ - ผู้สูงอายุกลุ่ม B รัฐจะสนับสนุน ประมาณ 50 %	▪ งบประมาณหนึ่งได้มาจากการ รับบริจาค

หัวข้อ	Khoo Teck Puat Hospital (Acute care)	Dover Park Hospice care (Nursing Home)	St. Joseph Home (Nursing Home)	Ang Mo Kio Hospital (Intermediate care)
อัตราค่าถึงคน	C : รัฐสนับสนุนค่าใช้จ่ายประมาณ 75%	ส่วนหนึ่งคนไข้ต้องออกเอง ■ ค่าใช้จ่ายต่อคนต่อวัน ประมาณ 210 ดอลลาร์สิงคโปร์ (ประมาณ 5,040 บาท) ทั้งนี้ รัฐจะสนับสนุนโดยแบ่งเป็นระดับตามรายได้ เช่น สนับสนุน 75,50,25% ตามลำดับ โดยรัฐจะออกค่าใช้จ่ายให้เพียง 3 เดือน ส่วนผู้สูงอายุที่เอามาฝากเลี้ยงจะคิดค่าใช้จ่ายวันละ 15 ดอลลาร์สิงคโปร์ (ประมาณวันละ 360 บาท)	- ผู้สูงอายุกลุ่ม C รัฐจะสนับสนุนประมาณ 75 % - งบประมาณค่าใช้จ่ายประมาณคนละ 65 ดอลลาร์สิงคโปร์ : คน : วัน (ประมาณ 1,560 บาท)	
b. บริหารจัดการในการจัดบริการผู้สูงอายุ ได้แก่ การประเมินสถานะสุขภาพ การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแล	■ บริการ ได้แก่ - Acute care & Emergency center โดยเฉลี่ยมี ambulance case ประมาณ 60 – 65 คนต่อวัน - inpatients wards ผู้ให้บริการจะให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการบริการสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกที่ทางโรงพยาบาลมี ส่วนผู้ป่วยจะเป็นผู้ตัดสินใจว่าต้องการอะไร ความแตกต่างในการบริการระหว่าง	■ บริการ ได้แก่ - In-patient Hospices - การดูแลที่เป็น day care โดยเอาผู้สูงอายุมาฝากไว้และรับกลับในตอนเย็น ซึ่งจะมีอาสาสมัครช่วยทำกิจกรรมและดูแล ■ เกณฑ์การรับผู้สูงอายุ - Estimated prognosis – few months; - Advanced Progressive	■ บริการ ได้แก่ - Physiotherapy and occupational therapy - Music therapy - Massage - Speech therapy - Chapel service (optional) - Prayers and reflection - Counselling - Board and group-centred games	มี Day Rehabilitation Centre (DRC) มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสายฟื้นฟูสภาพและสามารถมีชีวิตที่อิสระได้มากที่สุด การให้บริการโดยนักบำบัดซึ่งทำงานร่วมกับครอบครัวและผู้ดูแล มีการออกแบบแผนการบำบัดดูแลเฉพาะบุคคล และการอบรมผู้ดูแลเพื่อสามารถสนับสนุนดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง บริการของDRC 1)การประเมินกลุ่มเป้าหมาย

หัวข้อ	Khoo Teck Puat Hospital (Acute care)	Dover Park Hospice care (Nursing Home)	St. Joseph Home (Nursing Home)	Ang Mo Kio Hospital (Intermediate care)
	ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มนั้นจะไม่มี การบริการเหมือนกัน ไม่ว่าจะแพงหรือถูก จะแตกต่างกันที่การมีความ ส่วนตัว เสื้อผ้าที่ใส่ หรืออาหารที่สั่ง นอกจากนี้ inwards ยังมีการ share facilities - Specialist Outpatient Clinics (SOCs) รองรับผู้ป่วยมากกว่า 2,000 คนต่อสัปดาห์ บริการสำคัญ ได้แก่ 1) Health for life clinic 2) dental surgery 3) Diabetes clinic 4) Rehabilitation clinic 5) ENT clinic 5) Geriatric clinic เป็นลักษณะของ ศูนย์บริการเบ็ดเสร็จ แก่ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป โดยทีมสหวิชาชีพ บริการ ประกอบด้วย continence care ,memory and dementia care,palliative care,Parkinson,s Disease care and mobility enhancement day care 6) eye clinic	Disease - No caregiver at home; - Not suitable for nursing home or other stepdown care facility		ดังต่อไปนี้ - stroke - Post-fracture - Traumatic Head Injury - Parkinson's Disease - Amputation - Post-hospitalisation Deconditioning - Functional Decline 2)การฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายใต โปรแกรมบริการ ได้แก่ Fall prevention program me ,Cognitive therapy, Community reintegration Volunteer Support program me, Active/maintenance programmes,customised to individuals' condition , Specific exercise rehabilitation 3) การช่วยปรับสภาพบ้าน 4) การฝึกอบรม ได้แก่ อบรมผู้ดูแล อบรมIL และhealth education

หัวข้อ	Khoo Teck Puat Hospital (Acute care)	Dover Park Hospice care (Nursing Home)	St. Joseph Home (Nursing Home)	Ang Mo Kio Hospital (Intermediate care)
4. ระบบการบันทึกข้อมูล			มีแบบบันทึกการประเมินโดยสหสาขาวิชา (แพทย์ พยาบาล) Nusing care plan Nusing care record	
5. ผลลัพธ์ของการให้บริการ	-	-	-	-
a. ภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น / คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น	-	-	-	-
b. ความพึงพอใจ	-	-	-	-

สรุปภาพรวม

❖ ระบบการบริการ

ในประเทศสิงคโปร์ อัตราส่วน แพทย์ต่อจำนวนประชากรของประเทศเป็น 1: 650 คน พยาบาล อัตราส่วน 1:210 (พยาบาลทั้งประเทศมีประมาณ 20,927 คน สำหรับระบบบริการ จะมี Polyclinics เป็นระดับปฐมภูมิ (primary care unit) ที่จะมี GP ทำงาน ซึ่ง GP นี้จะเป็น Private primary care providers เมื่อมีเคสที่จะต้องได้รับการรักษาที่ GP ไม่สามารถทำได้ก็จะมี การส่งต่อ(referred) ให้กับ โรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาระดับหนึ่งก็จะถูกประเมิน เมื่อดีขึ้นแล้วก็จะส่งกลับลงมาที่ Polyclinics

❖ การกำหนดค่าใช้จ่ายในการรักษา

จะมีการเปรียบเทียบกับ โรงพยาบาลอื่นๆซึ่งจะถูกควบคุมโดยรัฐฯ รัฐฯจะทำการประชาสัมพันธ์เพื่อให้ทางภาคประชาชนเข้าถึงการบริการได้

❖ การบริการ

1. การส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชน จะเน้นไปที่การดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ (Wellness of population, health maintenance)
2. การบริการแบบฉุกเฉิน (Fast medicine, fast people) สำหรับอุบัติเหตุต่างๆ
3. การบริการแบบดูแล ประคบประครอง (Slow medicine, slow people) สำหรับผู้สูงอายุ การบริการจะให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการให้ความช่วยเหลือทั้งด้านอารมณ์ จิตใจ และสังคม ทางโรงพยาบาลจะให้การเข้าหาแบบช้าๆ (Slow approach) ต้องคิดว่า ชีวิตของผู้สูงอายุแต่ละคนจะเป็นอย่างไรในอนาคต
4. การบริการสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (The end of life services)

❖ การวางแผนการบริการ

จะต้องนึกอยู่เสมอว่า ใครเป็นผู้รับ และใครได้รับผลกระทบบ้าง ไม่ใช่เพียงผู้ป่วย แต่รวมถึงครอบครัว หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องเพราะว่าบุคคลเหล่านี้จะมีความเกี่ยวข้องกันและมีอิทธิพลต่อกันและกันเสมอ

❖ การพัฒนาบริการ

- 1) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ให้บริการ โดยการฝึกอบรม
- 2) การส่งเสริมและประชาสัมพันธ์การบริการที่มีอยู่ เช่น promotion of healthy ageing เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาพ
- 3) การทำงานร่วมกับภาคภาคีเครือข่ายที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน และให้บริการครบวงจร

แพรว เอี่ยมน้อย

วรรณพร บุญเรือง

ผู้บันทึกรายงาน



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
Health Systems Research Institute

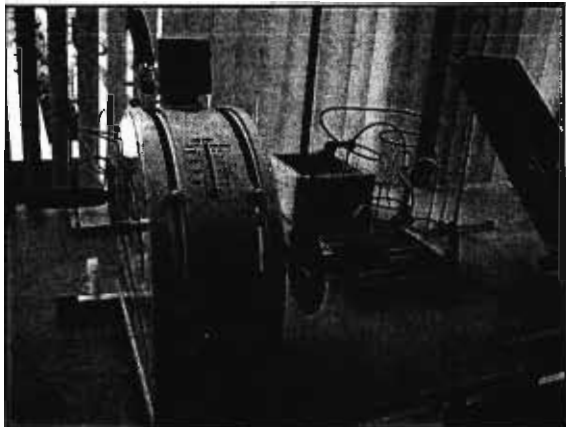
ข้อมูลทั่วไป

- เป็นโรงพยาบาลชุมชนของรัฐ ขนาด 550 เตียง มีระบบการดูแลผู้สูงอายุใน
 - Intermediate Care ระยะกลาง หลังการเจ็บป่วยเฉียบพลัน
 - Acute Care ระยะเฉียบพลันเร่งด่วน
- แบ่งเป็น อาคาร A B และ C
- เน้นการรับสภาพแวดล้อมที่มีอยู่ในเข้ากับความต้องการของผู้ป่วย มีการออกแบบอาคารที่สัมพันธ์กับธรรมชาติ และทิศทางลมทะเล แสงอาทิตย์ มีการใช้ประโยชน์จากพลังงานแสงอาทิตย์



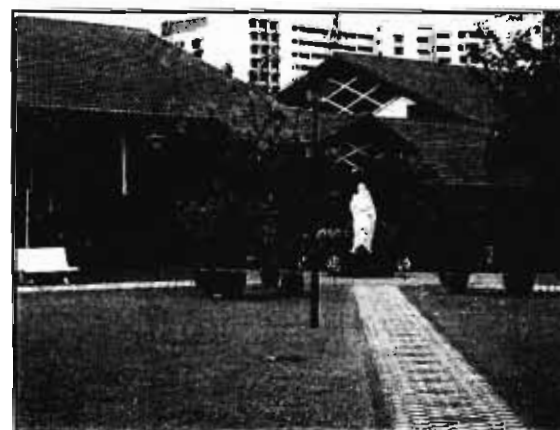
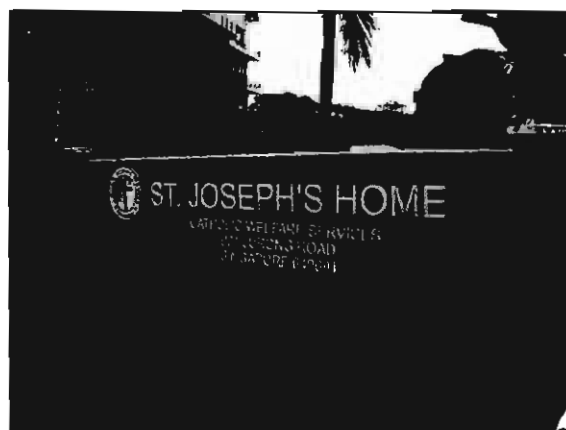
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
Health Systems Research Institute

การออกแบบอาคาร ที่คำนึงถึงทิศทางลม/แสงแดด





	การออกแบบอาคารคำนึงถึงทิศทางลม สภาพแวดล้อม มีการจัดสวนหย่อมและสภาพแวดล้อมที่สวยงาม งบประมาณการดำเนินงานมาจาก • รัฐ (ประมาณ 4 ล้านบาทต่อปี) • การบริจาค • คนไข้เอง มีการให้บริการ Day Care โดยมีอาสาสมัครเป็นผู้เลี้ยง คิดอัตราค่าบริการประมาณ 15 ดอลลาร์ (360 บาท) มีอาสาสมัครประมาณ 300 คน ทั้งนี้ ทุกคนต้องผ่านการอบรมก่อน
--	--

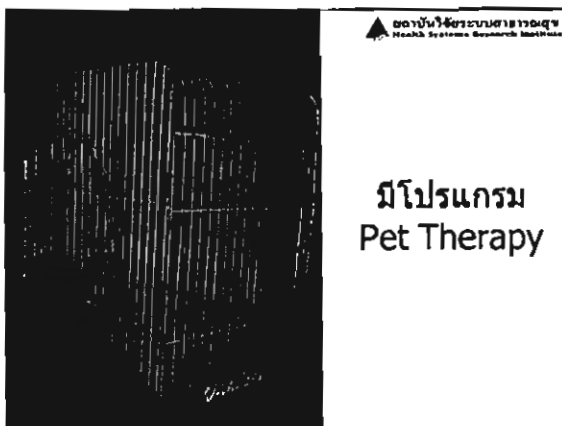




สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข Health Systems Research Institute	
	• เป็นสถานบริบาลที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ • โดยจะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (กลุ่ม B และ C) มีประมาณ 139 เตียง • เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้าย (hospice care) ประมาณ 14 เตียง • จะรับเฉพาะผู้สูงอายุที่ถูกส่งมาจากโรงพยาบาลในพื้นที่ โดยจะมีการประเมินก่อนส่งต่อ



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข Health Systems Research Institute	
	รัฐได้กำหนดหลักสูตรการเรียนการสอนร่วมกับสถานศึกษาในพื้นที่ เพื่อเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับเยาวชน และสร้างความสัมพันธ์ในชุมชน โดยให้นักเรียนเข้ามาช่วยทำกิจกรรมและดูแลผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลาประมาณ 1 เดือน



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข Health Systems Research Institute	
	• พยาบาลประมาณ 40 คน ส่วนใหญ่พยาบาลผู้ช่วย (nurse aid จะมาจากต่างประเทศ เช่น พม่า อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์ อินเดีย) • นักกายภาพบำบัด 1 คน • นักกิจกรรมบำบัด 1 คน • นักสังคมสงเคราะห์ 1 คน • แพทย์ไม่ประจำ (อาสาสมัคร) • อัตราส่วนพยาบาลต่อผู้สูงอายุ 3:16 (เป็นพยาบาล Nurse Aid 2 คน และ Health Care Assistant 1 คน)

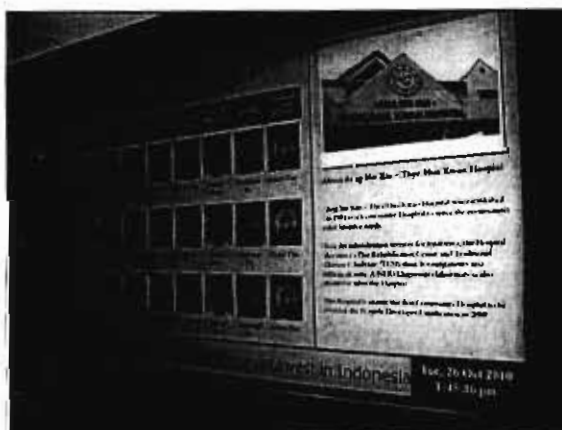
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
Health Systems Research Institute

- ผู้สูงอายุกลุ่ม B รัฐสนับสนุน 50 %
- ผู้สูงอายุกลุ่ม C รัฐสนับสนุน 75 %
- ค่าใช้จ่ายประมาณคนละ 65 ดอลลาร์สิงคโปร์:คน:วัน (ประมาณ 1,560 บาท)



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
Health Systems Research Institute

- เป็นโรงพยาบาลของรัฐ ดูแลและให้บริการผู้สูงอายุระดับ intermediate care โดยรับคนไข้ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลที่เป็น Acute care ประมาณ 85% มีประมาณ 200 เตียง ทั้งนี้ ไม่มีการรับคนไข้ฉุกเฉิน
- โดยแบ่ง Type wards ออกเป็น
 - A เดี่ยวเดี่ยว
 - B1 เป็นห้องรวม 4 เตียง
 - B2 เป็นห้องรวม 5-6 เตียง
 - C เป็นห้องรวม 8-10 เตียง





สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข Health Systems Research Institute	
	- Health care team ได้แก่ - Medical team – resident doctors and visiting specialists - nursing team - therapy team - Care & Counseling team (นักสังคมสงเคราะห์ด้านการแพทย์และนักให้คำปรึกษา) - มีทั้งหมด 11 ทีมแต่ละทีมประกอบด้วย - นักกายภาพบำบัด 1 คน - นักกิจกรรมบำบัด 1 คน - ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด 2 คน เป็นอย่างน้อย ทั้งนี้บุคลากรมาจากต่างประเทศ (เช่น พม่า อินเดีย เวียดนาม ฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย) เช่นเดียวกับ St. Joseph Home - หนึ่งทีมดูแลคนไข้ประมาณ 20 -25 คน

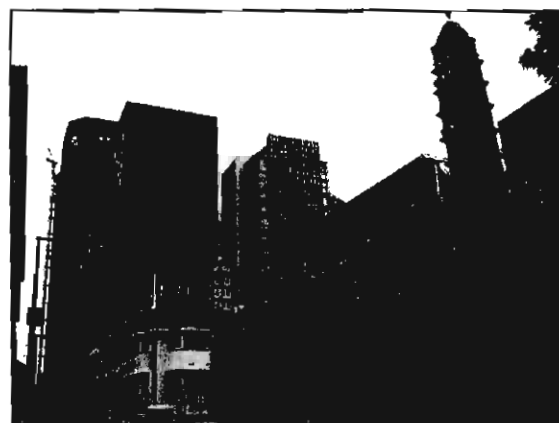


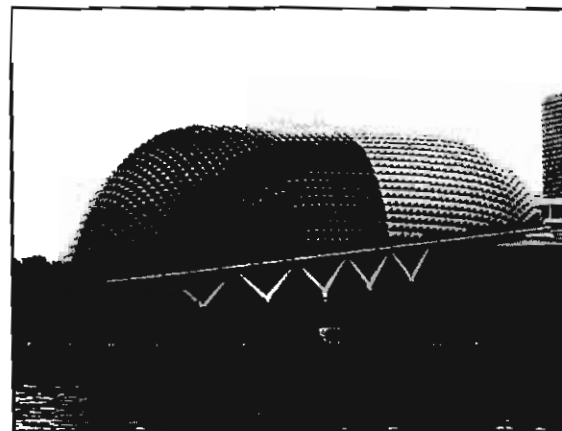
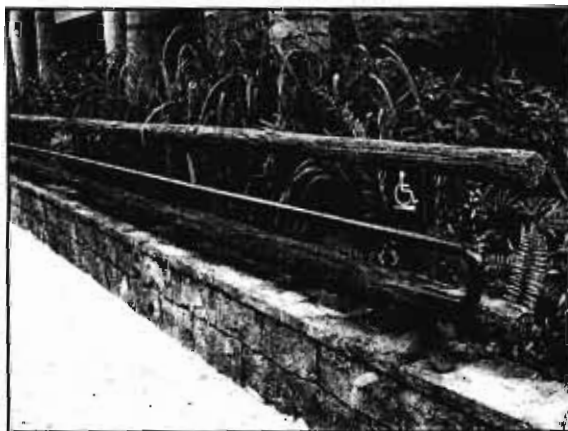
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
Health Systems Research Institute

มี Day Rehabilitation Centre (DRC) เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ฟื้นฟูสภาพและสามารถมีชีวิตที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น มีการให้บริการโดยนักบำบัด ซึ่งทำงานร่วมกับครอบครัวและผู้ดูแล จะมีการออกแบบการบำบัดดูแลเฉพาะบุคคล และการอบรมผู้ดูแลเพื่อสามารถช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง



สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข Health Systems Research Institute	
	- ในประเทศสิงคโปร์ อัตราส่วน แพทย์ต่อจำนวนประชากรของประเทศเป็น 1 : 650 คน - พยาบาล อัตราส่วน 1 : 210 (พยาบาลทั้งประเทศมีประมาณ 20,927 คน) - ระบบบริการ จะมี Polyclinics เป็นระดับปฐมภูมิ (primary care unit) ที่จะมี GP ทำงาน ซึ่ง GP นี้จะเป็น Private primary care providers เมื่อมีเคสที่จะต้องได้รับการรักษาที่ GP ไม่สามารถทำได้ก็จะมีการส่งต่อ(referred) ให้กับโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาระดับหนึ่งก็จะถูกประเมินเมื่อดีขึ้นแล้วก็จะส่งกลับลงมาที่ Polyclinics





สรุปวิเคราะห์ผลการศึกษาดูงานผู้สูงอายุในประเทศ และต่างประเทศ

ประเทศ ไทย	สถาน บริการ	จุดแข็ง	จุดอ่อน	โอกาส/แนวทางพัฒนา
	บางแค 1	1. ความพร้อมของสถานที่ สภาพแวดล้อม ได้แก่ มีการจัดสัดส่วนพื้นที่ใช้สอย(ตึก พัก ห้องทำกิจกรรมต่างๆ) มีการออกแบบ จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเอื้อต่อ ผู้สูงอายุ (เช่น ทางลาดในอาคาร) 2. ความพร้อมของการบริการด้านสังคม 3. ความพร้อมทางด้านงบประมาณ/เงิน บริจาคสูง 4. การจัด โปรแกรมให้บริการที่หลากหลาย 11 โปรแกรม (HAPPY HOME)	1. ขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ เช่น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาล นักกายภาพบำบัด เป็นต้น ซึ่งทาง ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้าน บางแค 1 ไม่มีอัตรารองรับ 2. ขาดการประเมินสมรรถภาพผู้สูงอายุในแต่ละ กลุ่มเพื่อออกแบบและจัดกิจกรรม รวมถึงการ ประเมินผลลัพธ์ของการให้บริการตาม โปรแกรม มีเพียงการประเมินความพึงพอใจ ผู้รับบริการ (บางโปรแกรมอาจปรับให้ เหมาะสมกับบริบทบ้านเรา หรืออาจมีความ จำเป็นไม่มาก เช่น ห้อง Snoezen room สปา ปลา 3. ยังไม่มีการคิดค่าใช้จ่ายต่อหัวในการดูแล ผู้สูงอายุ	1. ความพร้อม/สามารถในการลงทุนอุปกรณ์ เครื่องมือบริการฟื้นฟู การจัดจ้างบุคลากร 2. การจัดทำแบบประเมินกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เพื่อให้สามารถ ฟื้นฟูสมรรถภาพให้ตรงกับผู้สูงอายุแต่ละ กลุ่ม 3. ช่องทางสร้างความเชื่อมโยง ระหว่างสถาน สงเคราะห์กับสถาบันการศึกษา โรงพยาบาล ใกล้เคียง
	บางแค 2	1. มีนักกายภาพบำบัด(เป็นหลักในการบริการ ฟื้นฟู) 2. การดูแลพยาบาลฟื้นฟูผู้สูงอายุ ไม่พบ ภาวะแผลกดทับ หรือข้อติดรุนแรง 3. บทบาทของผู้สูงอายุช่วยเหลือดูแลกันเอง	1. ขาดแคลนบุคลากรด้านสุขภาพ โดยเฉพาะ พยาบาลประจำ ดังนั้น เมื่อผู้สูงอายุได้รับ บาดเจ็บเล็กน้อย หรือเหตุฉุกเฉินทางศูนย์ ต้องส่ง ต่อไปโรงพยาบาลอย่างเดียว 2. ความเชื่อมโยงระหว่างสถานสงเคราะห์กับ	1. การพัฒนา self help group ผู้สูงอายุ 2. ช่องทางสร้างความเชื่อมโยง ระหว่าง สถานสงเคราะห์กับโรงพยาบาล เช่น การ ประสานส่งต่อบริการที่เป็นระบบ การ สนับสนุนบุคลากรสุขภาพ การเป็น

		(กลุ่ม A B ดูแลกลุ่ม C 4. มีหลายโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ที่สามารถพาผู้สูงอายุไปรับบริการ/ส่งต่อ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง	โรงพยาบาลยังไม่มีเท่าที่ควร 3. ยังไม่มีการคิดค่าใช้จ่ายต่อหัวในการดูแลผู้สูงอายุ	เครือข่ายร่วมบริการ เป็นต้น
	บ้านธรรม ปกรณ์ เชียงใหม่	1. ความพร้อมของสถานที่และสภาพแวดล้อม ได้แก่ อาคารใหม่ที่จะเป็น nursing home ได้รับการออกแบบโดยคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ ม.เชียงใหม่ 2. มีความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) ทำให้ได้รับการช่วยเหลือทั้งทรัพยากรกำลังคน(อาจารย์ และนักศึกษา) อุปกรณ์เครื่องมือ และองค์ความรู้ต่างๆ 3. การจัดโปรแกรมให้บริการที่หลากหลาย 8 โปรแกรม 4. มีการจัดทำคู่มือและพัฒนามาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุ โดยได้รับการพัฒนาจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่ง อ.ลินจง เป็นหัวหน้าคณะ ทั้งนี้ มุ่งหวังให้บ้านธรรมปกรณ์เชียงใหม่เป็นศูนย์สาธิตของกระทรวง พม. 5. มีการออกแบบระบบบันทึกข้อมูล ขณะนี้	1. ขาดแคลนบุคลากร ไม่มี แพทย์ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการประจำศูนย์ฯ ผู้ดูแล (มีผู้สูงอายุในกลุ่ม C (ติดเตียง) 23 ราย : ผู้ดูแล 3 คน คิดเป็นสัดส่วนมากถึง 7:1) 2. ยังไม่สามารถคำนวณค่าใช้จ่ายในการบริการของผู้สูงอายุเป็นรายหัวได้ (ปัญหาที่มีคือไม่สามารถจำแนกได้ว่า ผู้สูงอายุหนึ่งคน จะต้องได้รับการบริการอะไรบ้าง และค่าใช้จ่ายอื่นๆ	1. เนื่องจากมีการแยกอาคารเฉพาะที่มีลักษณะ nursing home จึงเสนอให้สถานสงเคราะห์จัดทำโครงการนำร่องที่มีการแยกส่วนการดูแล ทางด้านการแพทย์ออกจากการบริการอื่นๆ ให้ชัดเจน โดยทำความร่วมมือกับ สปสช. ในการเป็นหน่วยบริการคู่สัญญา เพื่อเป็นการยกระดับ nursing home และเป็นช่องทางการรับงบประมาณในการดูแล 2. ควรมีการทำ MOU ระหว่างสถาบันการศึกษากับ สงเคราะห์/สถานบริบาลที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งสถาบันการศึกษาจะมีความพร้อมด้านวิชาการและทรัพยากร ทำให้สถานสงเคราะห์/สถานบริบาลได้รับความช่วยเหลือที่เป็นสหสาขาวิชา ขณะเดียวกันอาจารย์ นักวิจัย ตลอดจนนักศึกษา ก็ได้เรียนรู้จากสงเคราะห์/สถานบริบาลเช่นกัน 3. การหาอาสาสมัครมาช่วยเหลือ หรือขอรับการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัย ภาคเอกชน มูลนิธิ

		มีการจัดทำประวัติผู้สูงอายุแต่ละคนตั้งแต่แรกเข้า ตลอดจนข้อมูลด้านสุขภาพ การฟื้นฟู ประวัติการรักษาพยาบาลประวัติการรับประทานยา และนำมาประเมิน ดูรายงานความก้าวหน้า) 6. การสนับสนุนจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในการรักษา ฟื้นฟู และส่งต่อ เช่น รพ.มหาราช นครเชียงใหม่ รพ.นครพิงค์ รพ.สวนดอก เป็นต้น		เพื่อให้สัดส่วนการดูแลผู้สูงอายุใกล้เคียงมาตรฐาน 4. ส่งเสริมการจัด โปรแกรมการฟื้นฟูที่เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม(ร่วมกับสถาบันศึกษา และ โรงพยาบาล)
สถาน สงเคราะห์ หลวงพ่ เป็น	1. ความพร้อมของสถานที่สภาพแวดล้อม โดยเฉพาะการจัดสภาพแวดล้อม สำหรับอาคารใหม่ เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่เป็นอัลไซเมอร์ บรรยายภาศการตกแต่ง สร้างความผ่อนคลายได้ 2. มีการประสานเชื่อมโยงบริการกับโรงพยาบาล และสถานศึกษา (โดยสถานสงเคราะห์ฯ ได้รับการบริการทาง การแพทย์จากโรงพยาบาลห้วยพูลุ กรณีผู้สูงอายุเจ็บป่วยและโรงพยาบาลห้วยพูลุ ไม่สามารถรักษาได้ จะส่งต่อโรงพยาบาล นครปฐม หรือกรณีที่เป็น โรคเฉพาะทาง เช่น โรคตา ก็จะส่งโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ นอกจากนี้เป็นสถานที่ฝึกงาน	1. ขาดแคลนบุคลากรเช่นเดียวกับที่อื่นๆ แม้จะมีนักกายภาพบำบัด ให้บริการเสาร์-อาทิตย์ แต่เมื่อ เทียบกับสัดส่วนของนักกายภาพและ ผู้สูงอายุ ประกอบกับชั่วโมงที่สามารถให้บริการแล้ว สะท้อนถึงคุณภาพและประสิทธิผลของการ ให้บริการฟื้นฟูยังไม่สามารถทำได้เต็มที่ หรือ พยาบาลต้องทำหน้าที่รับ-ส่งผู้ป่วยไปรพ. 2. ยังไม่มีการใช้เครื่องมือแบบประเมินในจัดกลุ่ม ผู้สูงอายุ (นักสังคมสงเคราะห์เป็นหลักในการ ประเมิน) 3. ยัง ไม่มีการออกแบบการจัดบริการที่เหมาะสม เฉพาะสำหรับแต่ละกลุ่ม 4. ยังไม่เห็นรูปแบบการประเมินติดตามผลลัพธ์ บริการฟื้นฟูฯที่ชัดเจน	1. ให้มีการจัดจ้างแพทย์ นักกายภาพบำบัด เพิ่มเติม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟู สมรรถภาพของร่างกายเพิ่มมากขึ้น และลด อัตราการนอนติดเตียง 2. ให้มีการสานต่อและจัดทำความร่วมมือกับ สถาบันการศึกษา (คณะพยาบาลศาสตร์ คณะ กายภาพบำบัด มหาวิทยาลัยคริสเตียน) โดย อาจทำ MOU ร่วมกับ อบจ.(สถาน สงเคราะห์ฯได้รับการถ่ายโอนมาอยู่ในการ ความดูแลและได้รับงบประมาณจาก อบจ.) เพื่อให้อาจารย์และนักศึกษาได้เข้ามาจัดการ เรียนการสอนในสถานสงเคราะห์	

		ของสถานศึกษา) 3. ได้รับการสนับสนุนบุคลากรด้านสุขภาพ มีแพทย์ 1 คน ไม่ประจำ เป็นแพทย์จากโรงพยาบาลห้วยพูลุ จะมาเดือนละ 1 ครั้ง และนักกายภาพบำบัด (ชั่วคราว) 1 คน ทำงานสัปดาห์ละ 2 วัน (เฉพาะวัน เสาร์-อาทิตย์) 4. มีกิจกรรมด้านสังคมก่อนข้างโคกเด่น ซึ่งมีหลายกิจกรรมที่เน้นการสร้างการมีส่วนร่วม ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุ และชุมชน (คนในชุมชนก่อนข้างรู้จักสนิทสนมกับผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ เมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิต คนในชุมชนก็มาเข้าร่วมในพิธีฌาปนกิจ)		ขณะเดียวกันผู้สูงอายุก็จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง 3. ควรมีการจัดกิจกรรมเฉพาะ สำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เพื่อให้เข้ากับสมรรถภาพของผู้สูงอายุและฟื้นฟูที่ตรงจุด ทั้งนี้ ควรจัดกิจกรรมเฉพาะให้กลุ่มอัลไซเมอร์อย่างต่อเนื่อง
ต่างประเทศ	สิงคโปร์ (Khoo Teck Puat Hospital, Dover Park Hospice care, St. Joseph	1. ความพร้อมของสถานที่แสดงสิ่งแวดล้อม การวางผังอาคารแต่แรก เน้นออกแบบปรับสภาพแวดล้อมที่มีอยู่ให้เข้ากับความต้องการของผู้ป่วย เช่นการออกแบบอาคารที่มีความสัมพันธ์กับธรรมชาติ ทิศทางของลม จากทะเลที่พัดขึ้นมา หรือแสงอาทิตย์ เพื่อลดค่าไฟ หรือเพื่อให้มีอากาศถ่ายเทได้ ดี (ต.ย. Khoo Teck Puat Hospital)	1. nursing home บุคลากรส่วนใหญ่เป็น nurse aid ซึ่งก็คือพยาบาลจากฟิลิปปินส์ พม่า อินเดีย ซึ่งยังไม่สามารถสอบใบอนุญาตบัตรเป็นพยาบาลได้ก็ต้องมาเป็นผู้ช่วยพยาบาลในการดูแล รวมถึงผู้ช่วยผู้ดูแล ส่วนใหญ่มาจากต่างประเทศ (ต.ย. St. Joseph Home)	โอกาส/แนวทางพัฒนาที่นำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทย 1. การออกแบบสถานที่และสภาพแวดล้อม 2. การสร้างเครือข่ายบริการประสานส่งต่อและเป็นระบบ 3. การพัฒนาระบบแบบบันทึกข้อมูล 4. การจัดการแก้ปัญหาหากำลังคน พัฒนาระบบอาสาสมัคร

	Home, Ang Mo Kio Hospital)	2. การสร้างเครือข่ายบริการประสานส่งต่อ และเป็นระบบ โดยจะมี Polyclinics เป็นระดับปฐมภูมิ (primary care unit) ที่จะมี GP ทำงาน ซึ่ง GP นี้จะเป็น Private primary care providers เมื่อมีเคสที่จะต้องได้รับการรักษาที่ GP ไม่สามารถทำได้ก็จะมีการส่งต่อ(referred) ให้กับโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาระดับหนึ่งก็จะถูกประเมิน เมื่อดีขึ้นแล้วก็จะส่งกลับลงมาที่ Polyclinics 3. nursing home ผู้ที่จะเข้ามาใช้บริการได้ ต้องผ่านการส่งต่อมาจาก acute care hospital โดย medical social worker ทำหน้าที่เป็น gate keeper ในการประเมินความจำเป็นและส่งผู้ป่วยมา (เช่น St. Joseph Home) 4. ระบบการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐ กำหนดสัดส่วนการจ่าย(รพ. รัฐ คนไข้) ในแต่ละclass เช่น - Khoo Tech Puat Hospital: รัฐบาลอุดหนุนตามระดับของวอร์ด class C 75% class B 50-25% class A ไม่สนับสนุน - สำหรับ Dover Park Hospice ได้รับการ		
--	----------------------------	---	--	--

		สนับสนุนจากรัฐบาลและอาสาสมัคร 5. จัดทำระบบบันทึกข้อมูล เช่น มีแบบบันทึกการประเมินโดยสหสาขาวิชา (แพทย์ พยาบาล) Nursing care plan Nursing care record (เช่น St. Joseph Home) 6. การจัดการแก้ปัญหาแก่ผู้กำลังคน โดยพัฒนาระบบอาสาสมัครสนับสนุน(เช่น Dover Park Hospice care มีอาสาสมัครถึง 300 คน หรือ St. Joseph Home ใช้แพทย์อาสาสมัคร)		
--	--	---	--	--

ข้อเสนอจากการศึกษาดูงานทั้งหมด เพื่อการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ

- ควรมีการจัดให้มี MOU กับสถานศึกษาในพื้นที่ใกล้เคียง เนื่องจากสถาบันการศึกษาจะมีความพร้อมด้านวิชาการและทรัพยากร ทำให้สถานสงเคราะห์/สถานบริบาลได้รับความช่วยเหลือที่เป็นสหสาขาวิชา ขณะเดียวกันอาจารย์ นักวิจัย ตลอดจนนักศึกษา ก็ได้เรียนรู้จากสงเคราะห์/สถานบริบาลเช่นกัน
- เนื่องจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนใจที่จะสนับสนุนสถานสงเคราะห์ที่มีลักษณะ nursing home จึงเสนอให้สถานสงเคราะห์จัดทำโครงการนำร่องที่มีการแยกส่วนการดูแลทางการแพทย์ออกจากบริการอื่น ๆ ให้ชัดเจน มีแพทย์(จะเป็นเต็มเวลาหรือนอกเวลาก็ได้) พยาบาลเข้ามาดูแลประจำ และจัดทำมาตรฐานในการดูแล ตลอดจนคำนวณต้นทุนค่าใช้จ่ายแต่ละรายโรค เพื่อเสนอขอรับการสนับสนุนจาก สปสช. โดยผ่าน สปสช.เขต เพื่อเป็นการยกระดับ nursing home และเป็นช่องทางการรับงบประมาณในการดูแล
- ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความพิการ ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ แม้จะไม่ได้รับสิทธิเบี้ยคนพิการ แต่จะได้รับสิทธิอื่นๆ เช่น ภาษีลดหย่อนที่จำเป็น
- ควรมีการจัดทำแบบประเมินกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เพื่อให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพหรือบริการทางการแพทย์และสังคมให้ตรงกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม
- การจัดให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนให้กับนักเรียน/นักศึกษา ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ (ควรเป็นความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กระทรวงศึกษาธิการ)
- การจัดให้กิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ช่วยเหลือกัน และให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมแม้จะมีภาวะพึ่งพิง เหมือนในสิงคโปร์
- การเพิ่มอัตราค่าจ้างประจำในทุกตำแหน่ง เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ฯลฯ โดยอาจใช้วิธีการอาสาสมัคร การใช้บุคลากรวิชาชีพบางเวลา และใช้ระบบเครือข่ายส่งไปยังที่ที่ต้องการบริการทางการแพทย์แบบ
- การจัดให้มีเครือข่ายการบริการทางการแพทย์ ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนในท้องถิ่น กับสถานสงเคราะห์
- การให้สิทธิในการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา ที่ไม่มีบัตรประชาชน
- ให้สถานสงเคราะห์มีหน่วย primary care 1 หน่วย มีหน่วย primary care ที่รับผิดชอบประจำสถานสงเคราะห์ คือเป็นหน่วยแพทย์ประจำครอบครัว
- การประยุกต์ใช้จากการศึกษาดูงานที่สิงคโปร์ ได้แก่
 - การออกแบบสถานที่และสภาพแวดล้อมต่อผู้สูงอายุ
 - การสร้างเครือข่ายบริการประสานส่งต่อและเป็นระบบ
 - การพัฒนาระบบแบบบันทึกข้อมูล
 - การจัดการแก้ปัญหาสำหรับผู้สูงอายุ พัฒนาระบบอาสาสมัคร

 **กระทรวงสาธารณสุข**

**การพัฒนารอบและแนวทางการพัฒนา
มาตรฐานบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ
25 มกราคม 2554**

ในประเทศไทย	สิงคโปร์
■ บ้านบางแค 1	■ Khoo Teck Puat Hospital (Acute care)
■ บ้านบางแค 2	■ Dover Park Hospice care
■ บ้านธรรมปารณ์ จ.เชียงใหม่	(Nursing Home)
■ สถานสงเคราะห์คนชรา หลวงพ่อบึง	■ St. Joseph Home (Nursing Home)
	■ Ang Mo Kio Hospital (Intermediate care)

 **MINISTRY OF HEALTH SINGAPORE**

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค

จุดแข็ง

- ความพร้อมของสถานที่ สภาพแวดล้อม ที่เหมาะสมเอื้อต่อผู้สูงอายุ
- ความพร้อมของการบริการด้านสังคม เป็นส่วนใหญ่
- ความพร้อมทางด้านงบประมาณ/เงินบริจาคสูง
- การจัดโปรแกรมให้บริการที่หลากหลาย 11 โปรแกรม (HAPPY HOME) (ส่วนใหญ่เป็นโปรแกรมด้านสังคม)

โอกาส/แนวทางการพัฒนา

- การจัดการงบประมาณเพื่อการพัฒนาในส่วนที่ขาดที่เป็นบริการทางการแพทย์มากขึ้นทุกอุปกรณ์ เครื่องมือเพื่อการดูแลที่ชุมชนมาก ตลอดจนการจัดจ้างบุคลากร หรือการใช้บุคลากรในแบบอาสาสมัคร และจ้างเป็น part time ซึ่งอาจมีการทำงานร่วมกับภาคเอกชนหรือองค์กรสาธารณประโยชน์อื่น
- การจัดทำแบบประเมินกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการได้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม
- สร้างความเชื่อมโยงระหว่างสถานสงเคราะห์กับสถาบันการศึกษา โรงพยาบาลใกล้เคียง

ศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบางแค 2

จุดแข็ง

- ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่ม A ยังมีผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงน้อย
- บทบาทของผู้สูงอายุช่วยเหลือดูแลกันเอง (กลุ่ม A B ดูแลกลุ่ม C)
- โบนัสที่มีหลายโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่สามารถพาผู้สูงอายุไปรับบริการ/ส่งต่อ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง

โอกาส/แนวทางการพัฒนา

- จัดแผนดูแลสุขภาพด้านสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลประจำ คัดกรอง เมื่อผู้สูงอายุได้รับบาดเจ็บเล็กน้อย หรือเหตุฉุกเฉินทางศูนย์ ต้องส่งต่อไปโรงพยาบาลอย่างคึกคัก ควรมีการเชื่อมโยงกับองค์กรวิชาชีพพยาบาล/อาสาสมัครมาช่วยดูแล หรือการเข้าเยี่ยมเยียนที่ถนัด
- ความเชื่อมโยงระหว่างสถานสงเคราะห์กับโรงพยาบาลยังไม่ทั่วถึงเท่าที่ควร (ยากเนื่องจากกลไกการบริหารที่ซับซ้อนของ กทม. สืบเนื่อง)
- ควรมีการคิดค่าใช้จ่ายต่อหัวในการดูแลผู้สูงอายุ

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านธรรมปารณ์เชียงใหม่

จุดแข็ง

- ความพร้อมของสถานที่และสภาพแวดล้อม ได้แก่ อาคารใหม่ที่จะเป็น nursing home
- มีความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) มีการจัดกิจกรรมและเป็นที่เป็นกัน
- มีการจัดโปรแกรมให้บริการที่หลากหลาย
- มีการจัดทำคู่มือและพัฒนามาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุ
- มีการออกแบบระบบบันทึกข้อมูล มีการจัดทำประวัติผู้สูงอายุและพบเห็นคนแก่บ้าง ตลอดจนชุมชนด้านสุขภาพ การฟื้นฟู ประสิทธิภาพ โรงพยาบาล ตลอดจนการประเมิน
- การสนับสนุนจากโรงพยาบาลต่าง ๆ ในการรักษาฟื้นฟู และส่งต่อ เช่น รพ.มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รพ.ธรรมปารณ์ เป็นต้น

โอกาส/แนวทางการพัฒนา

- ควรมีการแบ่งส่วนการดูแลทางด้านแพทย์ออกจากบริการอื่น ๆ ให้ชัดเจน โดยทำงานร่วมกับ สปสช. ในการเป็นหน่วยบริการผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการกระตุ้น nursing home และเป็นการส่งเสริมการรับงบประมาณในการดูแล
- ควรมีการทำ MOU ระหว่างสถาบันการศึกษาที่อยู่ในพื้นที่ใกล้เคียงกับสถานสงเคราะห์ ซึ่งจะทำให้สถานสงเคราะห์จะได้รับความสะดวกและปลอดภัยในการเข้าหาขอรับบริการ มีกักขัง ตลอดจนนักศึกษาได้เรียนรู้จากสถานสงเคราะห์ตามบริบทเช่นกัน
- การเพิ่มบุคลากร โดยการหาอาสาสมัครมาช่วยเพื่อส่งเสริมการจัดโปรแกรมการฟื้นฟูที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบึงอุบลราชธานี)

จุดแข็ง

- ความพร้อมของสถานที่ สภาพแวดล้อม โดยเฉพาะการจัดสภาพแวดล้อม และอาคารใหม่ เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่เป็นอัลไซเมอร์
- เคยเป็นสถานที่ดูงาน/จัดกิจกรรมกับสถานศึกษา
- มีกิจกรรมด้านสังคมที่หลากหลาย โดยเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมระหว่างผู้สูงอายุและชุมชน

โอกาส/แนวทางการพัฒนา

- ให้มีการเสนอและจัดทำความร่วมมือกับสถาบันการศึกษา (มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี) โดยอาศัยทำ MOU ร่วมกัน สปช. เพื่อให้อาจารย์และนักศึกษาได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสอนในสถานสงเคราะห์ ขณะเดียวกันผู้สูงอายุจะได้ได้รับการฟื้นฟูตามสภาพอย่างเต็มที่ และเป็นสหวิทยา
- ควรมีการจัดกิจกรรมเฉพาะผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เพื่อให้เข้ากับการพัฒนาของผู้สูงอายุและพื้นที่ที่ตรงจุด ทั้งนี้การจัดกิจกรรมเฉพาะให้กลุ่มอัลไซเมอร์อย่างชัดเจน
- โรงพยาบาลชุมชนเข้ามามีส่วนในการพัฒนาชุมชน สถานสงเคราะห์อย่างชัดเจน(โรงพยาบาลวิบูลย์)
- ใช้กระบวนการสหวิชาชีพ ในการช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ในต่างประเทศ (สิงคโปร์)

- Khoo Teck Puat Hospital
- Dover Park Hospice care
- St. Joseph Home
- Ang Mo Kio Hospital

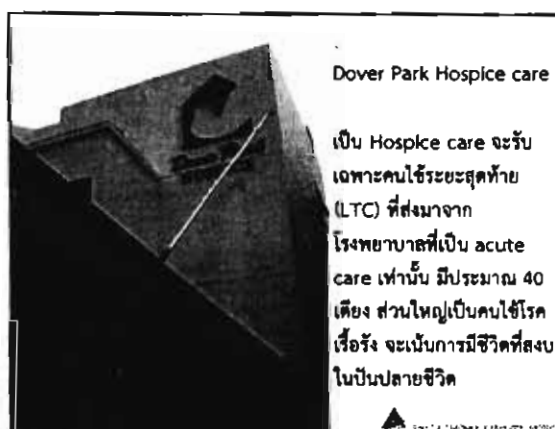
- ในประเทศสิงคโปร์ อัตราส่วน แพทย์ต่อจำนวนประชากรของประเทศเป็น 1 : 650 คน
- พยาบาล อัตราส่วน 1 : 210 (พยาบาลทั้งประเทศมีประมาณ 20,927 คน)
- ระบบบริการที่เป็นเครือข่าย โดยมี Polyclinics เป็นหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ (primary care unit) หากมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ ก็จะมีการส่งต่อ (referred) ให้กับโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่าย ซึ่งผู้ป่วยได้รับการรักษาระดับหนึ่งก็จะถูกประเมิน เมื่อดีขึ้นแล้วก็จะส่งกลับลงมาที่ Polyclinics

Alexandra Health Cluster (2013)



ข้อมูลทั่วไปของ Khoo Teck Puat Hospital

- เป็นโรงพยาบาลชุมชนของรัฐ ขนาด 550 เตียง แพทย์ 200 คน มีระบบการดูแลผู้สูงอายุใน
 - Acute Care ระยะเฉียบพลันเร่งด่วน
 - Excellent center
- แบ่งผู้ป่วยออกเป็น กลุ่ม A รัฐสนับสนุนค่าใช้จ่าย 25 % B รัฐสนับสนุนค่าใช้จ่าย 50 % และ C รัฐสนับสนุนค่าใช้จ่าย 75 %
- เน้นการรับสภาพแวดล้อมที่มีอยู่ในเข้ากับความต้องการของผู้ป่วย มีการออกแบบอาคารที่สัมพันธ์กับธรรมชาติ และทิศทางลมทะเล แสงอาทิตย์ มีการใช้น้ำร้อนจากพลังงานแสงอาทิตย์

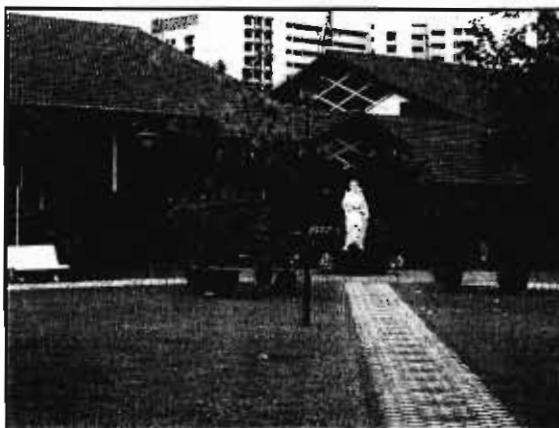


■ งบประมาณการดำเนินงานมาจาก

- รัฐ
- การบริจาค
- คนใจออกเอง
- มีการให้บริการ Day Care โดยมีอาสาสมัครเป็นพี่เลี้ยง คัดอัตราค่าบริการประมาณ 15 ดอลลาร์สิงคโปร์ (ประมาณ 360 บาท)
- มีอาสาสมัครประมาณ 300 คน ทั้งนี้ ทุกคนต้องผ่านการอบรมก่อน โดยอาสาสมัครจะมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรม
- การจัดให้มีมีส่วนร่วมของญาติ และกิจกรรมทางศาสนาแก่ผู้สูงอายุ



St. Joseph Home



- เป็นสถานบริบาลที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ เป็นองค์กรทางศาสนา
- โดยมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (กลุ่ม B และ C) มีประมาณ 139 เตียง เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้าย (hospice care) ประมาณ 14 เตียง
- รับเฉพาะผู้สูงอายุที่ถูกส่งมาจากโรงพยาบาลในพื้นที่ โดยจะมีการประเมินก่อนส่งต่อ
- มีอาสาสมัครเยาวชน ทั้งนี้ รัฐได้กำหนดหลักสูตรการเรียนการสอนร่วมกับสถานศึกษาในพื้นที่ เพื่อให้นักเรียนเข้ามาช่วยทำกิจกรรมและดูแลผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลาประมาณ 1 เดือน
- จัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหว ออกกำลังกาย เช่น ออกมารับประทานอาหารและทำกิจกรรมร่วมกัน



St. Joseph Home

St. Joseph Home

- มีแพทย์ไม่ประจำ เป็นลักษณะอาสาสมัคร มีพยาบาลประมาณ 40 คน
- ผู้สูงอายุในกลุ่ม B รัฐจะสนับสนุนงบประมาณ 50 %
- ผู้สูงอายุในกลุ่ม C รัฐจะสนับสนุนงบประมาณ 75 %
- ค่าใช้จ่ายประมาณ ต่อคน ต่อวัน ประมาณ 65 ดอลลาร์สิงคโปร์ (ประมาณ 1,560 บาท)



St. Joseph Home



- เป็นโรงพยาบาลของรัฐ ขนาด 200 เตียง ดูแลและให้บริการผู้สูงอายุระดับ intermediate care โดยประมาณ 85% รับคนไข้ที่ส่งต่อจากโรงพยาบาลที่เป็น Acute care
- มีการแบ่ง Type wards ออกเป็น
 - A เพียงเดียว
 - 81 เป็นห้องรวม 4 เตียง
 - 82 เป็นห้องรวม 5-6 เตียง
 - C เป็นห้องรวม 8-10 เตียง



- มีการจัดทีมให้บริการ (Health care team)
- มีทั้งหมด 11 ทีม แต่ละทีมประกอบด้วย
 - นักกายภาพบำบัด 1 คน
 - นักกิจกรรมบำบัด 1 คน
 - ผู้ช่วยนักกายภาพบำบัด 2 คน เป็นอย่างน้อย
- หนึ่งทีมดูแลคนไข้ประมาณ 20 -25 คน

จุดแข็ง

- ระบบบริการที่เป็นเครือข่าย โดยจะมี Polyclinics เป็นระดับปฐมภูมิ (primary care unit) หากมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาได้ ก็จะมีการส่งต่อ (referred) ให้กับโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่าย ซึ่งผู้ป่วยได้รับการรักษาระดับหนึ่งก็จะถูกประเมิน เมื่อดีขึ้นแล้วก็จะส่งกลับลงมาที่ Polyclinics
- ความพร้อมของสถานที่ และสิ่งแวดล้อม การวางแผนอาคารแต่แรก เน้นออกแบบปรับสภาพแวดล้อมที่มีอยู่ให้เข้ากับความต้องการของผู้ป่วย เช่นการออกแบบอาคารที่มีความสัมพันธ์กับธรรมชาติ หักทางของลม จากทะเลที่พัดขึ้นมา หรือแสงอาทิตย์ เพื่อลดค่าไฟ หรือเพื่อให้มีอากาศถ่ายเทได้ดี (Khoo Teck Puat Hospital)

จุดแข็ง (ต่อ)

- ผู้ที่จะเข้ามาใช้บริการใน nursing home ได้ต้องผ่านการส่งต่อมาจาก acute care hospital โดย medical social worker ทำหน้าที่เป็น gate keeper ในการประเมินความจำเป็นและส่งผู้ป่วยมา (เช่น St. Joseph Home)
- มีระบบการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐ ที่เป็นสัดส่วนที่ชัดเจน
- จัดทำระบบบันทึกข้อมูล เช่น มีแบบบันทึกการประเมินโดยสหสาขาวิชา (แพทย์ พยาบาล) Nursing care plan Nursing care record (เช่น St. Joseph Home)
- การจัดการแก้ปัญหาถ้าถึงคน โดยพัฒนาระบบอาสาสมัครสนับสนุน

ข้อเสนอเพื่อการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ

- ควรมีการจัดให้มี MOU กับสถานศึกษาในพื้นที่ใกล้เคียง เนื่องจากสถาบันการศึกษาจะมีความพร้อมด้านวิชาการและทรัพยากร ทำให้สถานสงเคราะห์/สถานบริการได้รับความช่วยเหลือที่เป็นสหสาขาวิชา ขณะเดียวกันอาจารย์ นักวิจัย ตลอดจนนักศึกษา ก็ได้เรียนรู้
- สถานสงเคราะห์จัดทำโครงการบำรุงส่งเสริมการแยกส่วนการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์ ออกจากการบริการอื่น ๆ ให้ชัดเจน มีแพทย์ พยาบาลเข้ามาดูแลประจำ และจัดทำมาตรฐานในการดูแล ตลอดจนคำนวณต้นทุนค่าใช้จ่ายแต่ละรายโรค เพื่อเสนอขอรับการสนับสนุนจาก สปสช.
- ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความพิการ ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ แม้จะไม่ได้รับสิทธิเบี้ยคนพิการ แต่จะได้รับสิทธิอื่นๆ เช่น ภายอุปกรณ์ที่จำเป็น



กรมส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอ (ต่อ)

- ควรมีการจัดทำแบบประเมินกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เพื่อให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพหรือบริการทางการแพทย์และสังคมให้ตรงกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม
- การจัดให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนให้กับนักเรียน/นักศึกษา ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ (ความร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการ)
- การจัดให้กิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ช่วยเหลือกัน และให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมแม้จะมีภาวะพึ่งพิง เหมือนในลิงคโปร



กรมส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอ (ต่อ)

- การเพิ่มโดยการใช้อาสาสมัคร การใช้บุคลากรวิชาชีพบางเวลา หรือการใช้ระบบเครือข่าย
- การจัดให้มีเครือข่ายบริการทางการแพทย์ ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนในท้องถิ่นกับสถานสงเคราะห์
- การให้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา ที่ไม่มีบัตรประชาชน
- ให้สถานสงเคราะห์มีหน่วย primary care 1 หน่วย ที่รับผิดชอบประจำสถานสงเคราะห์



กรมส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ข้อเสนอ (ต่อ)

- การประยุกต์ใช้จากการศึกษาดูงานที่ลิงคโปร ได้แก่
 - การออกแบบสถานที่และสภาพแวดล้อมต่อผู้สูงอายุ
 - การสร้างเครือข่ายบริการประสานส่งต่อและเป็นระบบ
 - การพัฒนาระบบแบบบันทึกข้อมูล



กรมส่งเสริมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข



Alexandra Hospital was previously under the National Healthcare Group (NHG)

On 24 Sep 2007, a new healthcare cluster called Alexandra Health was formed and comprised of both current Alexandra Hospital (AH) and Jurong Medical Centre (JMC).

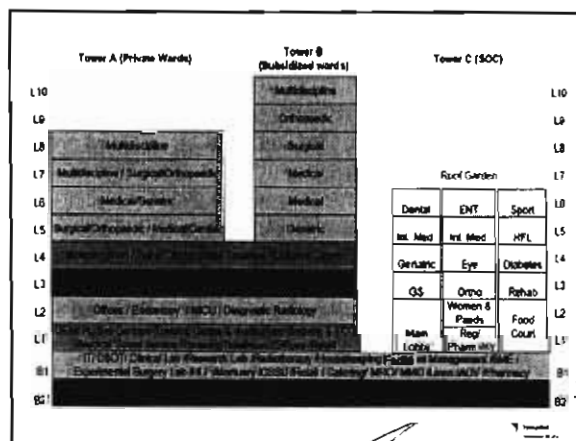
Kho Teck Puat Hospital (KTPH) is part of Alexandra Health and will provide acute medical care to the northern part of Singapore respectively.

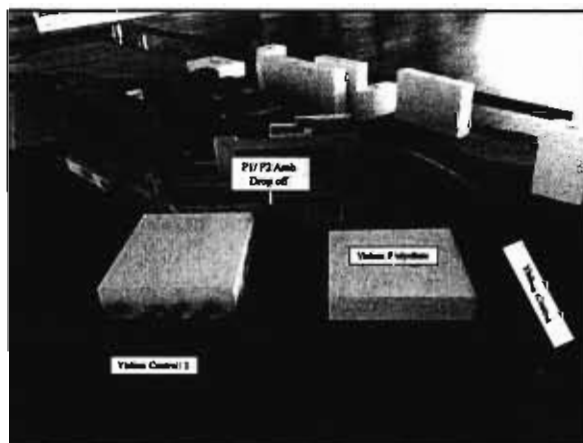
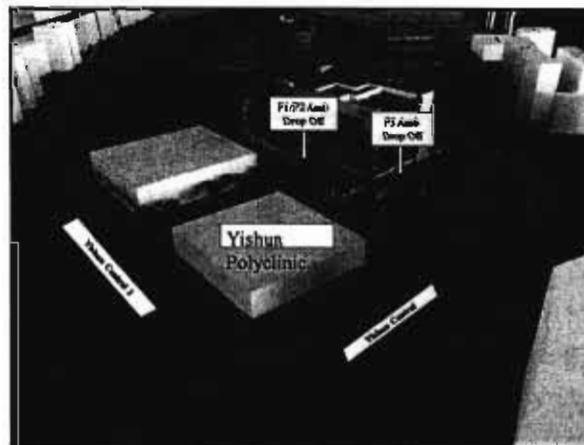
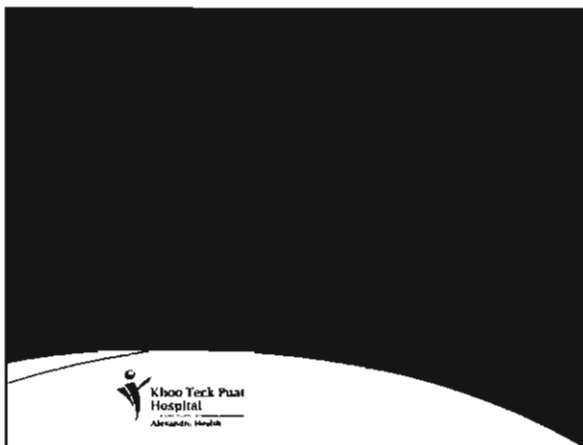
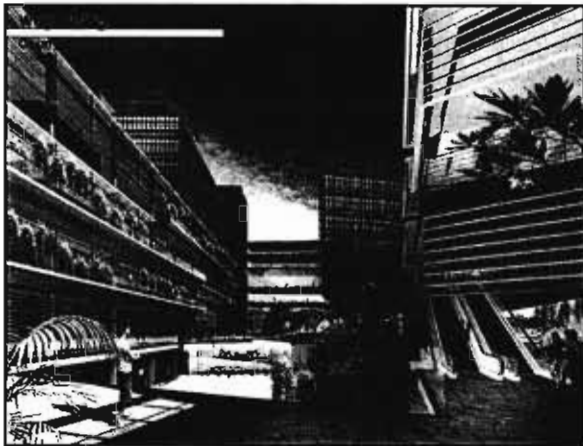


Map of Europe showing the distribution of the 1000 most common plant species. The map is divided into regions, each labeled with a number (1-10). A legend on the left lists the species names and their corresponding numbers. The map shows that the highest number of species (1000) is found in the central and eastern regions of Europe, while the lowest number (1) is found in the northern and southern regions.

Legend:

- 1000: *Urtica dioica*
- 999: *Urtica dioica*
- 998: *Urtica dioica*
- 997: *Urtica dioica*
- 996: *Urtica dioica*
- 995: *Urtica dioica*
- 994: *Urtica dioica*
- 993: *Urtica dioica*
- 992: *Urtica dioica*
- 991: *Urtica dioica*
- 990: *Urtica dioica*
- 989: *Urtica dioica*
- 988: *Urtica dioica*
- 987: *Urtica dioica*
- 986: *Urtica dioica*
- 985: *Urtica dioica*
- 984: *Urtica dioica*
- 983: *Urtica dioica*
- 982: *Urtica dioica*
- 981: *Urtica dioica*
- 980: *Urtica dioica*
- 979: *Urtica dioica*
- 978: *Urtica dioica*
- 977: *Urtica dioica*
- 976: *Urtica dioica*
- 975: *Urtica dioica*
- 974: *Urtica dioica*
- 973: *Urtica dioica*
- 972: *Urtica dioica*
- 971: *Urtica dioica*
- 970: *Urtica dioica*
- 969: *Urtica dioica*
- 968: *Urtica dioica*
- 967: *Urtica dioica*
- 966: *Urtica dioica*
- 965: *Urtica dioica*
- 964: *Urtica dioica*
- 963: *Urtica dioica*
- 962: *Urtica dioica*
- 961: *Urtica dioica*
- 960: *Urtica dioica*
- 959: *Urtica dioica*
- 958: *Urtica dioica*
- 957: *Urtica dioica*
- 956: *Urtica dioica*
- 955: *Urtica dioica*
- 954: *Urtica dioica*
- 953: *Urtica dioica*
- 952: *Urtica dioica*
- 951: *Urtica dioica*
- 950: *Urtica dioica*
- 949: *Urtica dioica*
- 948: *Urtica dioica*
- 947: *Urtica dioica*
- 946: *Urtica dioica*
- 945: *Urtica dioica*
- 944: *Urtica dioica*
- 943: *Urtica dioica*
- 942: *Urtica dioica*
- 941: *Urtica dioica*
- 940: *Urtica dioica*
- 939: *Urtica dioica*
- 938: *Urtica dioica*
- 937: *Urtica dioica*
- 936: *Urtica dioica*
- 935: *Urtica dioica*
- 934: *Urtica dioica*
- 933: *Urtica dioica*
- 932: *Urtica dioica*
- 931: *Urtica dioica*
- 930: *Urtica dioica*
- 929: *Urtica dioica*
- 928: *Urtica dioica*
- 927: *Urtica dioica*
- 926: *Urtica dioica*
- 925: *Urtica dioica*
- 924: *Urtica dioica*
- 923: *Urtica dioica*
- 922: *Urtica dioica*
- 921: *Urtica dioica*
- 920: *Urtica dioica*
- 919: *Urtica dioica*
- 918: *Urtica dioica*
- 917: *Urtica dioica*
- 916: *Urtica dioica*
- 915: *Urtica dioica*
- 914: *Urtica dioica*
- 913: *Urtica dioica*
- 912: *Urtica dioica*
- 911: *Urtica dioica*
- 910: *Urtica dioica*
- 909: *Urtica dioica*
- 908: *Urtica dioica*
- 907: *Urtica dioica*
- 906: *Urtica dioica*
- 905: *Urtica dioica*
- 904: *Urtica dioica*
- 903: *Urtica dioica*
- 902: *Urtica dioica*
- 901: *Urtica dioica*
- 900: *Urtica dioica*
- 899: *Urtica dioica*
- 898: *Urtica dioica*
- 897: *Urtica dioica*
- 896: *Urtica dioica*
- 895: *Urtica dioica*
- 894: *Urtica dioica*
- 893: *Urtica dioica*
- 892: *Urtica dioica*
- 891: *Urtica dioica*
- 890: *Urtica dioica*
- 889: *Urtica dioica*
- 888: *Urtica dioica*
- 887: *Urtica dioica*
- 886: *Urtica dioica*
- 885: *Urtica dioica*
- 884: *Urtica dioica*
- 883: *Urtica dioica*
- 882: *Urtica dioica*
- 881: *Urtica dioica*
- 880: *Urtica dioica*
- 879: *Urtica dioica*
- 878: *Urtica dioica*
- 877: *Urtica dioica*
- 876: *Urtica dioica*
- 875: *Urtica dioica*
- 874: *Urtica dioica*
- 873: *Urtica dioica*
- 872: *Urtica dioica*
- 871: *Urtica dioica*
- 870: *Urtica dioica*
- 869: *Urtica dioica*
- 868: *Urtica dioica*
- 867: *Urtica dioica*
- 866: *Urtica dioica*
- 865: *Urtica dioica*
- 864: *Urtica dioica*
- 863: *Urtica dioica*
- 862: *Urtica dioica*
- 861: *Urtica dioica*
- 860: *Urtica dioica*
- 859: *Urtica dioica*
- 858: *Urtica dioica*
- 857: *Urtica dioica*
- 856: *Urtica dioica*
- 855: *Urtica dioica*
- 854: *Urtica dioica*
- 853: *Urtica dioica*
- 852: *Urtica dioica*
- 851: *Urtica dioica*
- 850: *Urtica dioica*
- 849: *Urtica dioica*
- 848: *Urtica dioica*
- 847: *Urtica dioica*
- 846: *Urtica dioica*
- 845: *Urtica dioica*
- 844: *Urtica dioica*
- 843: *Urtica dioica*
- 842: *Urtica dioica*
- 841: *Urtica dioica*
- 840: *Urtica dioica*
- 839: *Urtica dioica*
- 838: *Urtica dioica*
- 837: *Urtica dioica*
- 836: *Urtica dioica*
- 835: *Urtica dioica*
- 834: *Urtica dioica*
- 833: *Urtica dioica*
- 832: *Urtica dioica*
- 831: *Urtica dioica*
- 830: *Urtica dioica*
- 829: *Urtica dioica*
- 828: *Urtica dioica*
- 827: *Urtica dioica*
- 826: *Urtica dioica*
- 825: *Urtica dioica*
- 824: *Urtica dioica*
- 823: *Urtica dioica*
- 822: *Urtica dioica*
- 821: *Urtica dioica*
- 820: *Urtica dioica*
- 819: *Urtica dioica*
- 818: *Urtica dioica*
- 817: *Urtica dioica*
- 816: *Urtica dioica*
- 815: *Urtica dioica*
- 814: *Urtica dioica*
- 813: *Urtica dioica*
- 812: *Urtica dioica*
- 811: *Urtica dioica*
- 810: *Urtica dioica*
- 809: *Urtica dioica*
- 808: *Urtica dioica*
- 807: *Urtica dioica*
- 806: *Urt*

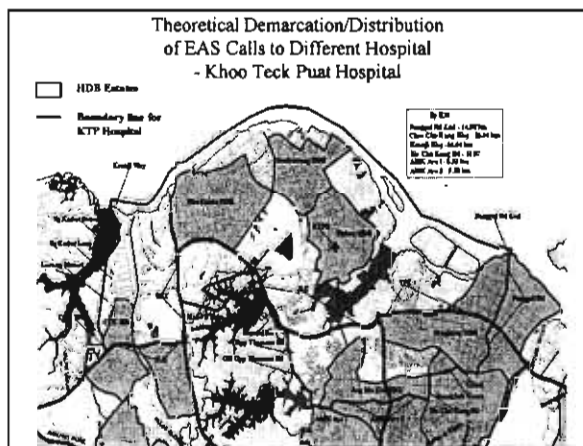
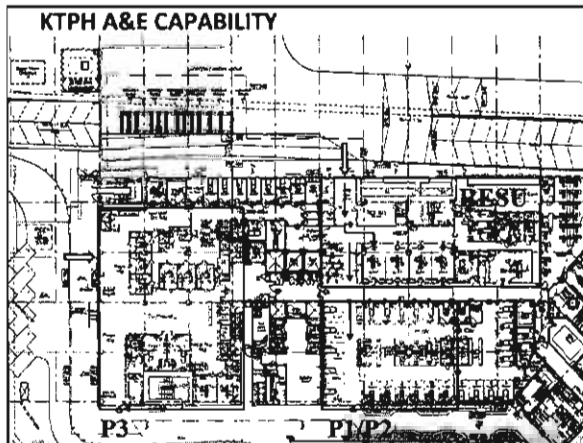




KTPH A&E CAPABILITY

■ Ambulatory Area ♦ 6 x Consult room ♦ 1 x ENT room ♦ 1 x Eye Room ♦ 2 x Minor Procedure Rooms ♦ 2 x X-ray Suites ♦ Pharmacy ■ Isolation Wing ♦ 7 x Isolation rooms ♦ 1 x Isolation resuscitation bay ■ Decontamination Centre	■ Resuscitation Area ♦ 4 x Resus Room ♦ 1 x CT Scanner ♦ 1 x X-ray Suit ■ Observation Area ♦ 16 Trolley Bays ■ Extended Diagnosis Treatment Unit
--	--

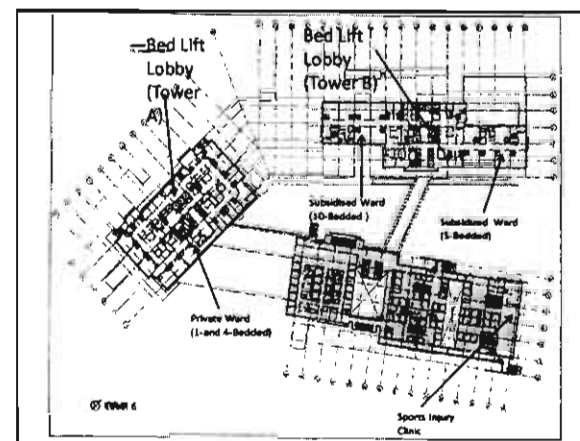
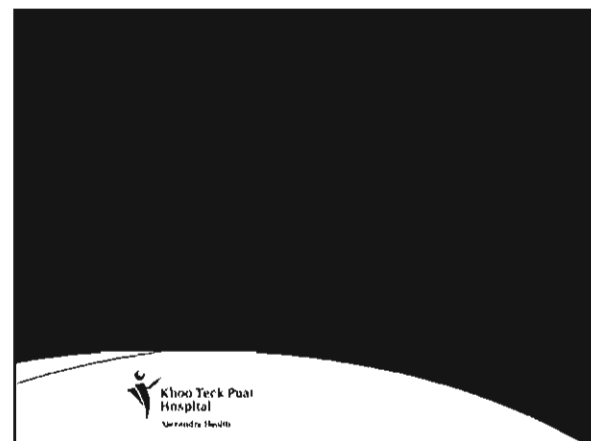




Ambulances Cases

Load

- 60- 65 ambulance cases on average each day to KTHP ED
- P1 cases are estimated to be about 15% i.e about 10 cases /day.





Subsidized Wards

- B2 : 150
- C : 180
- Isolation Rooms : 36
- ICU Beds : 39

Private Wards

- 142 beds



Wards

Tower A - 18 to 26 beds in each ward

- Non Subsidized ward, Air Conditioner
- One 13 bedded A1 ward (include 1 Deluxe Room)

Tower B – 32 beds in each ward

- Subsidized ward, Non Air Conditioned
- 1 Isolation classless ward with 14 beds
- 2 Intensive Care Units (total 39 beds)



Classes of Accommodation

Class	Type of Patient	No of patients per room or cubicle
Deluxe	Private	1 patient / room
A1	Private	1 patient / room
B1	Private	4 patients / room
B2 (5 bedder)	Subsidized	5 patients/ cubicle
C (10 bedder)	Subsidized	10 patients / cubicle
Isolation	Classless	1 patient / room



KTPH Bed Complement

Class Beds	Bed Types	%	Opening Phase (Beds inservice)				Bed in service by 2011
			June 2010	July 2010	1st Qtr 2011	total	
10 bedded	180	32%	60	120	0	180	180
5 bedded	150	27%	60	90	0	150	150
4 bedded	96	17%	60	0	36	96	96
1 bedded	42	8%	7	13	22	42	42
Subtotal	468	84%	187	223	58	468	468
Classless beds							
Isolation room with neg Pressure	14		14	0	0	14	14
Isolation room without neg pressure	26		12	14	0	26	26
ICU / HD	39		24	0	15	39	39
NICU/HD (phase 4)	8		0	0	0	0	0
Subtotal	87	16%	50	14	15	79	79
TOTAL	556		237	237	73	547	547
			474				

Subsidized Ward

- 5-bed cubicle with attached toilet/bath for B2 class
 - Have a high wall partition for every 5 beds.
- 10-bed cubicle with attached toilet/bath for every 5 beds for C class
 - Have open concept – low wall partition for every 5 beds and a high wall partition for every 10 beds.

Isolation Room

- Ante room & negative pressure for infectious diseases
- En suite toilet & shower facilities
- CCTV

Shared Facilities

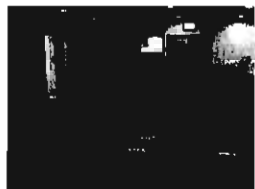
- **Satellite Rehab Therapy x 2**
 - 1 at Orthopaedic Ward level
 - 1 at the Geriatric & Rehab Ward level
- **Radiology Facilities** for standard x-rays to be located in Orthopaedic ward level
- **Pharmacy** – Satellite Pharmacy
- **Interview / Conference Room** – every level / floor



Services @ SOC Block

Taking over of clinics	SOC Block C Pod 3	SOC Block C Pod 2	SOC Block C Pod 1
12/2/10	Dental	ENT	Sports
10/2/10	General Medicine I & Day Therapy	General Medicine II & Cardiology	Health For Life
9/2/10	Geriatric	Eye	Diabetes Centre
8/2/10	General Surgery With Satellite Xray	General Orthopaedic	Rehabilitation
11/2/10		Women & Children Clinic	

Design Concepts



MEETING AND EXCEEDING PATIENTS' EXPECTATION

Comprehensive ambulatory service,
easily accessible in one location,
convenience, affordable,
user friendly, clean
modern facilities



fast, reliable diagnosis and follow-up,
short pleasant waits for consultation,
investigation & medicine, excellent
education materials and training
competent and caring staff

Women's & Children Clinic

Women's Clinic

- Breast surgery service
- Gynecology services
- Mammogram service
- Obstetric services
- Ultrasound service



Children's clinic

- General Medicine services
- General Surgery services



General Surgery

- Breast Surgery
- Bariatric Surgery
- Colorectal Surgery
- General Surgery
- Hepatobiliary Surgery
- Laparoscopic Surgery
- Neuro Surgery
- Upper GI Surgery



- Vascular Surgery
- Urology
- Anaesthetic Clinic



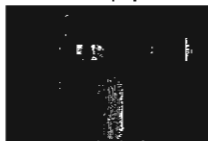
Procedures and Investigations



Lithotripsy



Cystoscopy



X-ray Services

Orthopedic Surgery

- Adult Reconstructive Surgery
- General Orthopedic
- Knee, Ankle and Foot Clinics
- Hip and Knee replacements,
- Shoulder, Hand and Wrist Surgery
- Spinal Injury
- Sports Orthopedic Surgery



Rehabilitation Centre

- Physiotherapy
- Occupational Therapy
- Neuro-rehabilitation
- Spinal Rehabilitation
- Musculoskeletal Rehabilitation



Geriatric Outpatient Clinics

- Specialist Clinic
- Geriatric Assessment
- Geriatric Rehabilitation
- Continence Clinic
- Dementia Clinic
- Day Rehab Centre
 - Physiotherapy
 - Occupational Therapy



Ophthalmology

- Management of common eye problems
- Cataract and Intra-ocular lens implant
- Glaucoma: diagnosis, treatment, management
- Oculoplastic surgery
- Management of vitreo-retinal disease
- Acute eye trauma management
- 24-hour emergency eye service @ A&E dept



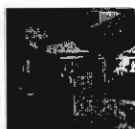
Diabetes Clinic

- Diabetes and Endocrinology
- Diabetes Renal Management
- APN Clinic
- Diabetes Assessment
- Skill 4 Life Programme
- Dietetics & Nutrition
- Podiatry and Foot Orthotics
- Eye screening



General Medicine I & Day Therapy

- Endocrinology
- Dermatology
- Gastroenterology
- Nephrology
- Neurology
- Osteoporosis Mx
- Rheumatology
- Haematology
- Medical Oncology



General Medicine II

- Psychiatry
- Respiratory
- Lung function tests
 - Spirometry
 - lung volumes,
 - Exercise Challenge Test
 - Sleep Disorder Clinic
 - CPAP therapy



Health For Life Centre

- Staff Clinic
- Travel Health
- Health Screening
- Workplace Health
- Weight Management
- Chronic Disease Management
- Industrial Health Screening & Mx



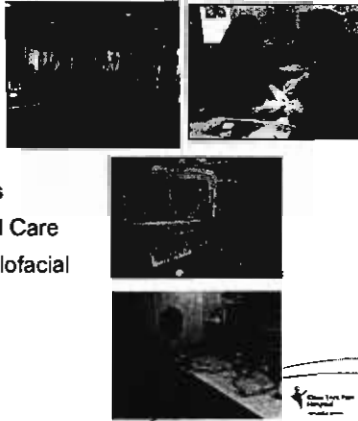
Cardiology Clinic

- Specialist Clinic
- Ambulatory BP monitoring
- Holters monitoring
- TMX / Exercise stress test
- Stress echocardiography
- TEE
- Direct Access Services (TMX, 2D Echo)



Dental

- Orthodontics
- Endodontic
- Periodontics
- Prosthodontics
- Primary Dental Care
- Oral and maxillofacial Surgery



Cheng Yee Nam Hospital
Dental Clinic

Ear, Nose, Throat Surgery

- Specialist Clinic
- Rhinology / Allergy Service
- Voice / swallowing disorders
- Snoring and Obstructive Sleep Apnoea (OSA)
- Head and Neck Cancer
- Otology service
- Audiology (direct access)



Cheng Yee Nam Hospital
ENT Clinic

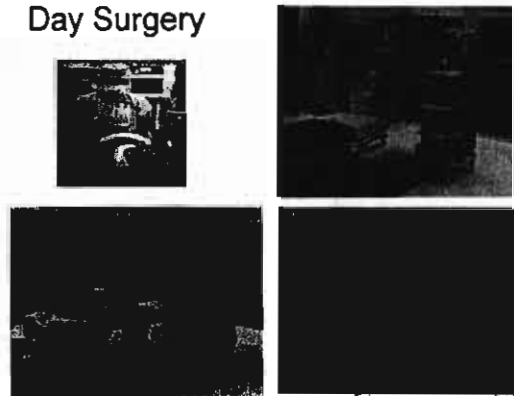
Sports Clinic

- Specialist Clinic
- Treatment of Sports Injuries
- Injury Prevention & Performance Enhancement
- Sports Orthopaedic Surgery
- Sports Physiotherapy,
- Extracorporeal Shock Wave Therapy (ESWT)



Cheng Yee Nam Hospital
Sports Clinic

Day Surgery

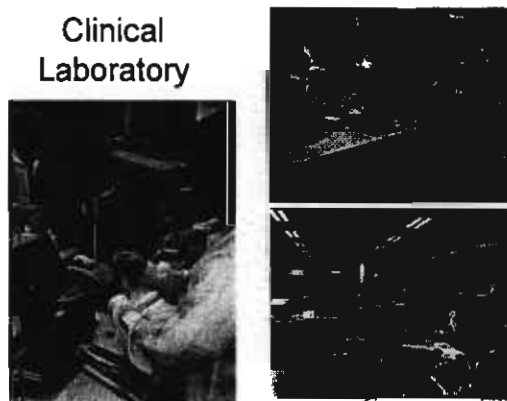


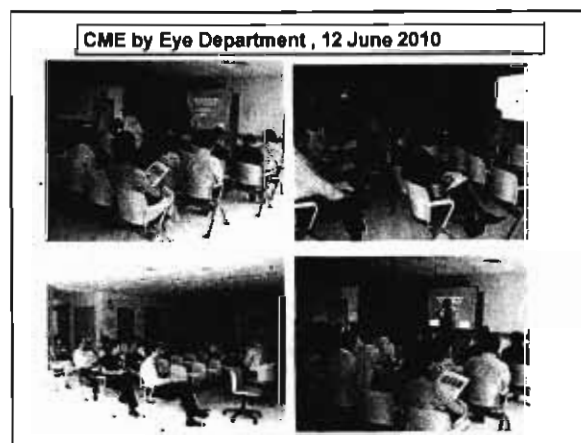
Pharmacy



Cheng Yee Nam Hospital
Pharmacy

Clinical Laboratory





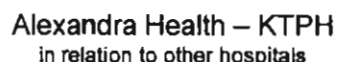
Areas of collaboration

- Specialist Care
- CME
- Direct Access Services
 - Endoscopic procedures
 - Clinical Measurement
 - * TMX, 2D Echo
 - * Audiometry
 - * Lung Function Test
 - * BMD



Thank You



- Acute & Emergency Care
- Surgery (upper GI, Colorectal, Vascular...)
- Orthopaedics (Sports Medicine)
- Anaesthesia
- Eye
- ENT
- Dental Surgery
- Medicine (Endocrine, Resp, Renal, GE...)
- Cardiology
- Geriatric Medicine (Palliative Med)
- Family and Community Medicine
- Psychological Medicine
- Laboratory Medicine
- Diagnostic Radiology

Other Services

- Dermatology
 - NSC
- Neurology/ NS
 - NNI / NUH
- Medical and Radio-Oncology
 - NCC
- Paediatrics
- Obstetrics & Gynaecology
 - KKH

Bed Class	Number
A	42
B1	96
B2	150
C	180
Intensive Care/ High Dependency	39
Isolation	40
Total	547

	<u>Average/Day</u>
• A&E Attendances	260
• SCDF Ambulance Cases	40
• Total Inpatient Admissions	70
• Clinic Attendances	1000

Distance (km) from KTHP	% of patients	Cum %
0 - 1	15	15
> 1 - 2	17	32
> 2 - 3	1	33
> 3 - 4	5	38
> 4 - 5	11	48
> 5 - 6	10	59
> 6 - 10	25	84
> 10	16	100

Ministry's plans:

- 2 academic centres and 4 regional acute care hospitals
- Each acute care hospital to be clustered with community hospital and other community services
 - 'vertical' integration
 - Co-ordinated patient flow across acute care, intermediate and long term care
 - Review of funding mechanisms



Alexandra Health Cluster (2013)



Alexandra Health PL

- Khoo Teck Puat Hospital
 - 550 beds
- Community Hospital
- Ambulatory Care Centre
- Primary care
- Nursing Homes
- Day rehab/
- Day care centres
- Home care



Enabling Ageing In Place



Health for Older Persons (HOP) Programme

Dementia Support Group

ABLE Studio

10



Making A Difference, Touching Lives, Pioneering Care





DOVER PARK HOSPICE

Serene Tan

B.Nursing, Grad Cert in Health (Palliative Care), CCNC, RN

Senior Training & Development Officer
Dover Park Hospice

Dover Park Hospice

PROGRAM

- INTRODUCING PALLIATIVE CARE
- CORPORATE VIDEO
- TOUR OF FACILITIES
- EVALUATION

Dover Park Hospice

What is Hospice

- Hospice" is a philosophy of care.
- Root word of hospice in Latin is "Hospitium" or hospitality
- It is holistic care which encompasses the physical, spiritual and emotional needs of a person.

Dover Park Hospice

History of Palliative Care

- Cicely Mary Stode Saunders was born into a well-to-do family on June 22, 1918, in Bernet, in north London.
- She set out to study politics, philosophy and economics at Oxford, but with the war she turned to tending to the ill and wounded.
- The Nurse: She graduated as a Red Cross war nurse from the Nightingale Training School in 1944 and worked in many hospital departments.



Dover Park Hospice

History of Palliative Care

Dame Cicely Saunders

- **The Social Worker:**
 - Returning to St. Anne's College at Oxford, she studied to become a medical social worker
 - She trained at a cancer hospital and developed a rapport with patients.
 - Talking with them, she saw the need for better-rounded care of those near the end.
- **The Doctor:**
 - She entered St. Thomas's Hospital Medical School, became a doctor in 1957 (Aged 39) and...
- **The Researcher:**
 - as a researcher in pharmacology, worked on handling pain. She sought a way to avoid large dosages of medications like morphine by giving low dosages regularly, allowing the patient to stay alert.

Palliative Care

- Pallium meaning a cloak or cover.
- Oxford dictionary defines palliative as relieve without curing.

History of Palliative Care

Dame Cicely Saunders

- "I didn't set out to change the world, I set out to do something about pain," The Daily Telegraph of London (2002).
- "It wasn't long before I realized that pain wasn't only physical, but it was psychological and spiritual."
- "The tragedy in life is not death; it is the depersonalization and isolation."

2005:

- She died at Age 87 at St. Christopher's Hospice



History of Palliative Care

The Rest of the World...

- United States:
 - 1965: Florence Wald, then Dean of the Yale School of Nursing, invites Dame Cicely Saunders to become a visiting faculty member of the school for the spring term.
 - 1969: Elizabeth Kubler-Ross book 'On Death and Dying' started the end-of-life movement
 - 1974: First Hospice set-up in New Haven, Connecticut
 - 1982: Funding from Medicare for Hospice
 - 2008: Accredited as a full subspecialty

Palliative Care

- WHO Definition (2006)
 - 'approach that improves the quality of life of patients and their families...
 - facing the problem of a life-threatening illness,...
 - through the prevention and relief of suffering by means of...
 - Early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems,...
 - physical, psychosocial and spiritual'

Palliative Care Objectives

- Relieve pain and distressing symptoms
- Affirm life and regard dying as a normal part of life
- Intend neither to hasten or postpone death
- Integrate psychological and spiritual aspects of patient care
- Provide a support system to help patients live as actively as possible until death

Palliative Care Objectives (cont'd)

- Support families during the patient's illness and their bereavement
- Provide a 'team' approach
- Enhance quality of life and may also positively influence the course of the illness
- Is applicable early in the course of illness

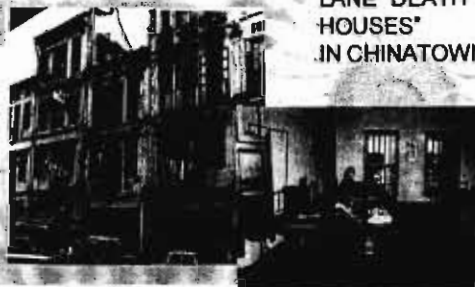
WHO Definition of Palliative Care (sourced April 2005)
www.who.com.int/cancer/palliative/definitions/en

- Davies and Oberle (1990) have identified six dimensions of the supportive role of the nurse in palliative care. The six dimensions are:

1. valuing
2. connecting,
3. empowering
4. doing for
5. finding meaning
6. and preserving own integrity

History of Palliative Medicine Singapore

THE OLD SAGO
LANE "DEATH
HOUSES"
IN CHINATOWN



Dover Park Hospice



Assist Hospice

SINGAPORE
HOSPICE
COUNCIL



Dover Park
HOSPICE



HCA
Hospice Care

Umbrella body
representing
Community hospice
services in Singapore

Metta Hospice Care



St. Joseph's Home
& Hospice



SINGAPORE
CANCER
SOCIETY

Bright Vision
Hospital

Agape Methodist
Hospice



Dover Park Hospice

PALLIATIVE CARE SERVICES

In-patient Hospices

- Dover Park Hospice
- Assist Home and Hospice
- St. Joseph's Home
- Bright Vision Hospital

Day Care

- HCA Hospice Care
- Assist Home and Hospice

Home Care

- HCA Hospice Care
- Assist Hospice
- Singapore Cancer Society
- Agape Methodist Hospice
- Metta Hospice Care

Dover Park Hospice

PALLIATIVE CARE SERVICES

Hospital based services

- TTSH
- NCC/SGH
- KKWCH
- AH
- NUH

Dover Park Hospice

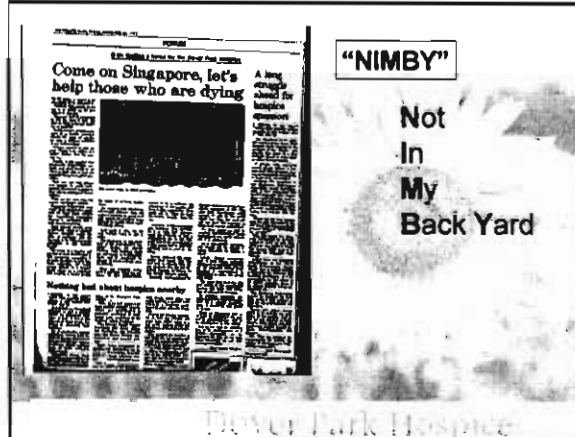
INTRODUCING DOVER PARK HOSPICE



WHY IS DOVER PARK HOSPICE NOT AT DOVER PARK?



INTENDED LOCATION AT DOVER PARK FINAL LOCATION AT MOULMEIN



WE'VE COME A LONG WAY SINCE....



Homeless people in Singapore

MISSION STATEMENT

"To provide comfort, relief of symptoms and palliative care to patients with advanced disease regardless of age, race or religion, and to support the grieving families."

Dover Park Hospice

Our Vision

To be a Centre of Excellence for Palliative Services, Education and Research



About Dover Park Hospice

- Registered as a Charity in 1992
- Fully Operational in 1995
- Only secular hospice in Singapore
- 40-bedded purpose-built facility
- Voluntary Welfare Organisation - founded, governed and assisted by volunteers

WE ACCEPT PATIENTS WITH

- Estimated prognosis – few months;
- Advanced Progressive Disease
- No caregiver at home;
- Not suitable for nursing home or other stepdown care facility



Type of patients we care for:

Anyone who is living with a terminal illness
(including children)

- Most patients have cancer
- Non-cancer group includes
 - Motor Neurone Disease (MND)
 - HIV/AIDS
 - End stage heart, lung or kidney disease
 - Advanced dementia

Criteria for MOH subsidy

- Citizen/PR
- Government housing
- Mean Testing = <\$1000 per capital Income
- % Subsidy: 25%, 50% & 75%
- Subsidy limit: 3mths-6mths

Financial Information

- Operating Cost – almost S\$4million yearly
- Approximately 30% of income met by MOH subsidy (patient fees 10%)
- Rest raised through fundraising and donations
- 75-80% patients heavily subsidised by DPH (in addition to MOH subvention)
- DPH provided >\$1M in direct subsidies to patients last year

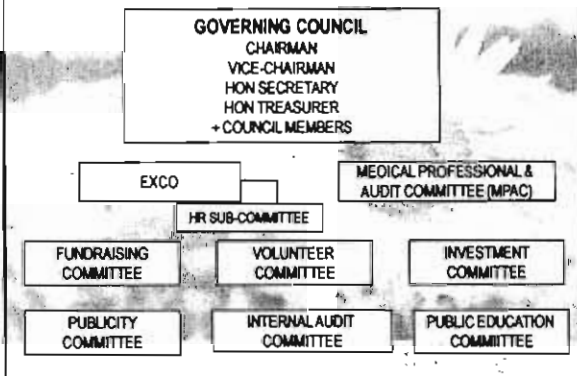
OUR STAFF

- 1 MEDICAL DIRECTOR, 1 NURSING DIRECTOR
- MEDICAL – 1 CONSULTANT, 1 REGISTRAR, 1.5 MEDICAL OFFICER
- NURSING – 1 NURSING OFFICER, 1 APN (ADVANCED PRACTICE NURSE), 20+ STAFF NURSES & NURSING AIDES, 9 HEALTH ATTENDANTS
- CLINICAL SUPPORT – 1 ALLIED-HEALTH HEAD, 1 MEDICAL SOCIAL WORKER, 1 PHYSIOTHERAPIST & PART-TIME MUSIC THERAPIST, 1 PT COUNSELOR, 1 TRAINING OFFICER

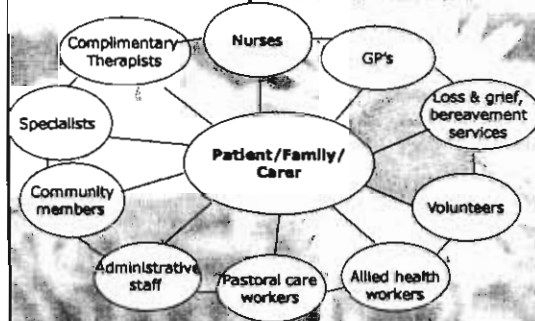
AND KEEPING THINGS RUNNING...

- CHIEF OPERATIONS OFFICER
- ADMIN EXECUTIVES
- ACCOUNTS OFFICER
- IT MANAGER
- VOLUNTEER MANAGER
- ADMISSIONS OFFICE ASSISTANT MANAGER
- COMMUNITY PROGRAMMES ASSISTANT MANAGER

DPH COUNCIL & COMMITTEES



There is no super person who can meet all the ill person's needs!



OUR SERVICES

- HOLISTIC CARE GIVEN IN A SAFE AND PLEASANT ENVIRONMENT
- COUNSELLING & BEREAVEMENT SUPPORT IF NEEDED
- PHYSIOTHERAPY
- MUSIC THERAPY
- SOCIAL ACTIVITIES
- FINANCIAL ASSISTANCE TO NEEDY PATIENTS



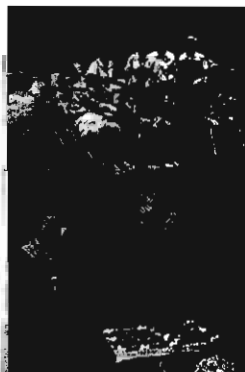
OTHER ACTIVITIES

- CLINICAL ATTACHMENTS FOR DOCTORS, NURSES, ALLIED HEALTH (UNDER- AND POSTGRAD LEVEL)
- COURSES IN PALLIATIVE NURSING
- SUBSPECIALTY TRAINING IN PALLIATIVE MEDICINE



Volunteering Activities

Patient Care Volunteers
Befrienders
Patient Outings
Massage
Grooming
Monthly Birthday Party & Festive Celebrations
"Happy Hour"



Volunteering Activities

Pet Assisted Therapy
Professional Services (eg Pharmacy, Dental)
Public Education
Fundraising
Administrative Support
Governance - Council



**WE PROVIDE
A COMFORTABLE & HOMELY
PLACE...**



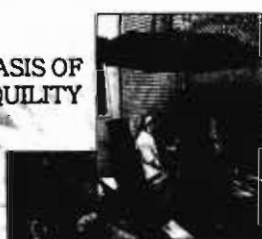
MODERN, BRIGHT



& FUNCTIONAL

Denver Park Hospice

**...AN OASIS OF
TRANQUILITY**



Denver Park Hospice



**IF WE CANNOT
ADD DAYS TO
LIFE, LET US ADD
LIFE TO DAYS**



**THANK
YOU**

GERIATRIC ASSESSMENT

Date of Assessment:

Doctor:

Source of referral:

History from:

PERSONAL DETAILS (affix sticker if available)

Name:

Age:

Sex: M / F

Previous Occupation:

Drug allergy:

BACKGROUND MEDICAL HISTORY

CURRENT MEDICATION

FOLLOW-UP/APPOINTMENT

SOCIAL HISTORY

Genogram:

Housing type:

Lift landing:

Toilet type: sitting/squatting

Main-caregiver:

Hobbies:

Religion:

Smoking:

Alcohol:

FUNCTIONAL STATUS

ADL

Eating-

Dressing-

Bathing-

Toileting-

Ambulation/Mobility-

Falls-

IADL

Housework-

Cooking-

Telephone-

Transport-

Handling money-

Mental state

Memory:

Thoughts:

Mood:

Sleep:

Abnormal behavior:

Bowel habits

Urinary habits

PHYSICAL EXAMINATION

General:

Weight:

BP: lying standing

PR: RR:

Hands:

Eyes: pupils/cataracts

Visual Acuity:

Fundoscopy:

Ears/Auroscopy:

Hearing:

Mouth/tongue: dentition

Neck: JVP/goitre/lymph nodes

Oedema: feet/hands/periorbital

Skin:

Musculoskeletal

Cx/Lumbar spine:

hips/knees/ankles/shoulders:

Heart: S1 S2

Lungs/Chest:

Abdomen:

Per-rectal/vaginal exam: anal tone/prostate

Neurological examination

Tone:

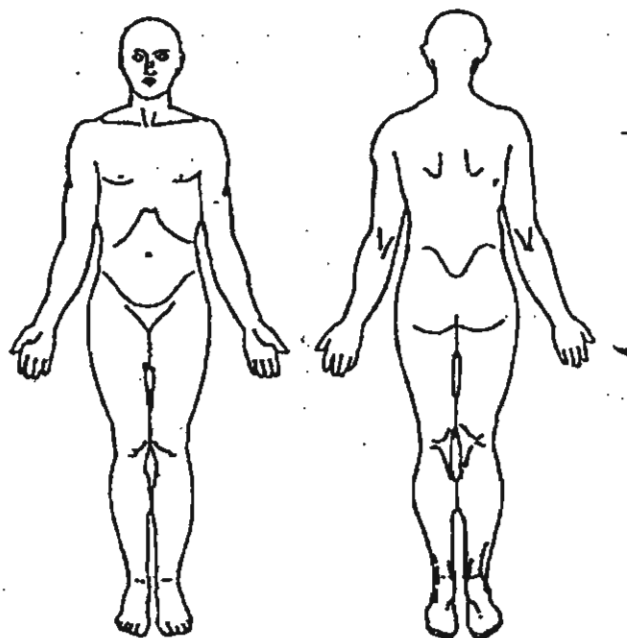
		[R]	[L]
Reflexes:	BJ		
	TJ		
	SJ		
	KJ		
	AJ		
	Plantars		

Power: UL(prox)
 UL(dist)
 LL(prox)
 LL(dist)

Sensation: proprioception

Cerebellar signs:

Other signs:



NAME: _____ NRIC NO: _____

[illegible]

BLOOD SUGAR LEVEL

Name: _____ NRIC NO: _____

[illegible]

WEIGHT CHART

Name: _____

NRIC NO:

[illegible]

ST JOSEPH'S HOME

Resident's Name: _____

[illegible]

ST JOSEPH'S HOME

Resident's Name: _____

[illegible]



ST. JOSEPH'S HOME

921 Jurong Road, Singapore 649694

Tel: 6268 0482 • Fax: 6268 4787

NURSING CARE PLAN

Name : _____

NRIC No. : _____

Date of initiation	Tick in the appropriate column	Problems / Needs	Nursing Activities	Date Problem Resolved
		1. Inability to care for self-personal hygiene and grooming	1. Assist in bathing and oral hygiene. 2. Ensure privacy. 3. Assess skin condition 4. Assist resident to dress, including selection of appropriate clothing and footwear. 5. Ensure that the in between toe are clean and dry.	
		2. Risk of malnutrition and dehydration related: • weakness • loss appetite • swallowing problems	1. Position resident in chair at meal time. 2. Ensure denture in place. 3. Ensure food is serve attractively. 4. Cut up food into suitable pieces. 5. Assist by placing food within reach. 6. Report and document if resident not eating.	
		3. Reduced mobility/difficult in walking/unsteady gait	1. Assess mobility status-refer to OT/Physiotherapist. 2. Supervise and guide resident in the use of selected assistive device. 3. Assist/supervise resident to walk within the safe environment of the ward. 4. Ensure that the clothing and footwear is appropriate and fit properly. 5. Nurse in low bed with rails.	
		4. Actual/potential urinary Incontinence	1. Ensure resident drink at least 1.5 -2 L of fluid/day unless contraindicated. 2. Assist/supervise/prompt resident to toilet 3-4 hours before and after meals and before bedtime. 3. Resident with diaper ensure that the perineal is clean after every change of diaper. 4. Observe for signs & symptoms of UTI: fever, dysuria, fever.	

Date of initiation	Tick in the appropriate column	Problems / Needs	Nursing Activities	Date Problem Resolved
		5. Actual or Potential faecal incontinence related to :-	1. Report any changes in bowel habit. 2. Ensure resident drink at least 1.5 -2 L of fluid/day unless contraindicated. 3. Encourage resident to eat food with fiber & roughage e.g. vegetables and fruits. 4. Maintain accurate bowel record on each shift. 5. Administer laxative as ordered. 6. Day 3 if BNO give duccolax supp. 7. If still BNO give enema and do manual evacuation. 8. Record and document the intervention.	
		6. Potential or Actual skin breakdown	1. Educate staff rehandling of resident. 2. Position resident 2 hourly. 3. Keep resident clean and dry. 4. Ensure that bed sheets are taut. 5. Clean after every spilling with soap and water. 6. Use assistive device when necessary. 7. Maintain adequate fluid and nutrition intake.	
		7. Risk of contractures due to immobility	1. Do passive exercise daily. 2. Encourage resident to move the effected limbs. 3. Position the affected limb properly.	
		8. Declining cognitive abilities	1. Provide a regular routine centered activities of daily living as discussed and planned. 2. Address resident by preferred name. 3. Introduce yourself by name. 4. Distract, guide, prompt resident to area of purpose e.g. dining room.	

ST JOSEPH'S HOME
NURSING CARE RECORD

PATIENT NAME : _____ SEX : Male / Female
LANGUAGE / DIALECT : _____ NRIC NO : _____
DATE / TIME OF ADMISSION : _____ ROOM : _____

PART A : NURSING ADMISSION ASSESSMENT

Instructions : Place a (✓) in the appropriate box. Where an asterick is indicated, please specify. All section must be completed.

BASELINE ASSESSMENT IS TO BE DONE WITHIN ONE HOUR AND FULL ASSESSMENT WITHIN 7 HOURS OF ADMISSION.

Patient admitted from : ☐ Home ☐ Hospital _____ ☐ Others* _____

Reason for admission : _____

Arrived Via : ☐ Walking ☐ Wheelchair ☐ Others* _____

Accompanied by : _____ Relationship : _____

Condition on Arrival : _____

Information Received From : ☐ Patient ☐ Others* _____

Person to Contact in emergency :

Name : _____ Relationship : _____

Phone : (Home) _____ (Office) _____ (Pager) _____ (Hdph) _____

Name : _____ Relationship : _____

Phone : (Home) _____ (Office) _____ (Pager) _____ (Hdph) _____

Orientation Given To : PATIENT

☐ Use of Electric Bed	☐ Call Bell	☐ TV / Phone
☐ Fan / Light / Aircon	☐ Bathroom / Toilet	☐ Meal Times

Orientation Given To : OTHERS* _____

☐ Visiting Hours	☐ Dining Room	☐ Roommates / Nurses
---	--------------------------------------	---

PAST MEDICAL / SURGICAL HISTORY

--

BREATHING	☐ NPI
RESPIRATORY : Breathing Rate : _____ / min ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Pain ☐ Wheezy ☐ Dyspnoea ☐ Cough ☐ Sputum ☐ Others* _____ SMOKING ☐ No ☐ Yes* _____	☐ Difficulty with breathing ☐ Difficulty to cough effectively ☐ Others
MAINTAINING A SAFE ENVIRONMENT	☐ NPI
CIRCULATION : Pulse Rate : _____ / min ☐ Regular ☐ Irregular ☐ Strong ☐ Thready / weak ☐ Bleeding ☐ No Bleeding ☐ Site* _____ COMFORT ☐ Pain ☐ No Pain ☐ Intensity* _____ ☐ Site* _____ ☐ Duration* _____ SKIN COLOUR & TEMPERATURE ☐ Normal ☐ Pale ☐ Cyanosed ☐ Flushed ☐ Mottled ☐ Moist ☐ Clammy ☐ Cold ☐ Others* _____ RISK FOR FALLS / INJURY : ☐ No ☐ Yes LIVES : ☐ Alone ☐ With Spouse ☐ With Children ☐ Others* _____	☐ Difficulty in maintaining circulation ☐ Potential for bleeding ☐ Pain ☐ Discomfort ☐ Potential for Fall ☐ Potential for injury ☐ Others

EATING AND DRINKING	☐ NPI
APPETITE: ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor / Loss HISTORY OF : ☐ Indigestion ☐ Haematemesis ☐ Vomitting ☐ Weight Loss / Weight Gain ☐ Dysphagia ☐ Others* _____ DIET : ☐ Normal ☐ Abstinence* ☐ Others* _____	☐ Unable to eat or drink ☐ Difficulty with eating or drinking ☐ Others
ELIMINATING	☐ NPI
BLADDER ☐ Normal ☐ Changes* _____ ☐ Aids* _____ BOWEL ☐ Usual bowel habits* _____ ☐ Changes* _____ ☐ Aids* _____	☐ Unable to void ☐ Difficulty with voiding ☐ Constipation ☐ Diarrhoea ☐ Others
CONTROLLING OF BODY TEMPERATURE	☐ NPI
Body Temperature* _____ °C Route* _____	☐ Low body temperature ☐ Raised body temperature
RESTING AND SLEEPING	☐ NPI
☐ Normal ☐ Changes* _____	☐ Unable to sleep ☐ Difficulty with sleeping ☐ Others
MOBILISING	☐ NPI
☐ Full ☐ Partial* _____ ☐ Immobile* _____ ASSISTIVE DEVICES USED : ☐ No ☐ Yes* _____	☐ Unable to mobilise ☐ Difficulty with mobilising ☐ Activity Intolerance ☐ Others

WORKING AND ACTIVITIES		☐ NPI		
☐ Occupation* _____ ☐ Not working Preferred Recreational Activities* _____		☐ Difficulty with performing diversional activity		
EXPRESSING SEXUALITY		☐ NPI		
MARITAL STATUS : ☐ Married ☐ Divorced ☐ Widowed ☐ Single Change of self image : ☐ No ☐ Yes* _____ Feeling about support from spouse/significant other(s)*: _____ _____		☐ Difficulty with maintaining Body image ☐ Difficulty with maintaining self image ☐ Others		
ADDITIONAL COMMENTS / PARTICULARS OF ASSESSOR(S)				
_____ _____ _____ Designation and Name of Admitting Nurse : _____ Signature : _____ Date : _____ Time : _____ Checked by RN (Name) : _____ Signature : _____ Date : _____ Time : _____				
SPECIAL APPOINTMENTS / INVESTIGATIONS				
NO	TYPE	DATE	TIME	REMARKS



Nursing Home Applicant's Biodata

(Bold Indicate required field)

Application to Voluntary Welfare Organization Nursing Home

Source of Referral: ECON

Patient's Ward: Bed: ..

Patient's Particular

Name:

Race:

Identification Type:

☒ S'pore NRIC ☐ S'pore PR
☐ Foreign Passport ☐ FIN ☐ UIN

☒ Chinese ☐ Indian ☐ Malay
☐ Eurasian ☐ Sikh ☐ Others()

Identification Number: S0726758D

Gender: ☒ Male ☐ Female

Date of Birth: 01/01/1923

Citizenship:

Age: 87

☒ Singapore ☐ S'pore PR
☐ Not Available ☐ Others()

NRIC Address:

Block: 766
Level / Unit: 09 / 41
Street: JURONG EAST STREET 74

Place of Birth:

☒ Singapore ☐ Malaysia ☐ China
☐ India ☐ Others()

Postal Code: 640766

Telephone:

Marital Status:

☐ Single ☐ Married ☒ Widowed
☐ Separated ☐ Divorced

Living Arrangement As of Time of Application:

☐ Alone
☐ With Spouse Only
☐ With Spouse and Children
☐ With Child(ren)
☐ With Another Relative(s)
☐ With Non-related Person(s)

Religion:

☒ Buddhism ☐ Christianity ☐ Islam
☐ Hinduism ☐ Taoism ☐ Roman Catholic
☐ Others()

☒ In Institution
☐ Others()

Language Spoken:

☐ English ☐ Mandarin ☐ Malay
☐ Tamil
☐ None ☒ Others(uncommunicative)

Type of Current Accommodation:

Status:

☐ Rent ☐ Own ☒ Lodge
☐ HDB(room(s))
☐ Private Apartment/House/HUDC/Executive Condo with Annual Value above \$10,000
☐ Private Apartment/House/HUDC/Executive Condo with Annual Value \$10,000 or below
☒ Institution (specify name) Sunnyville Nursing Home
☐ Others()

Dialect(s) Used:

☐ Cantonese ☐ Hainanese ☐ Hokkien
☐ Teochew
☐ Not Applicable ☒ Others(Uncommunicative)

Last Occupation:

Person-in-Charge / Contact Person

- ☒ The applicant has a *person-in-charge / contact person (please complete the following section)
☐ The applicant is a destitute with no relatives or contact person

Name: _____ Gender: ☒ Male ☐ Female
 NRIC: _____ NRIC Colour: ☒ Pink ☐ Blue
 Date of Birth: _____ Relationship with Applicant:
 Age (As of 1st Jan): _____ SON
 Contact Address (If different from Section A)
 APT BLK 226 CHOA CHU KANG CENTRAL #08-219
 SINGAPORE 680226
 Contact Numbers:
 H: _____
 O: _____
 Pgr: _____
 Hph: 97377388
 Other Remarks: _____

Application for Nursing Home

(Bold indicate required field)

Application

Name of Patient : Tan San Huay NRIC : S0726758D

- ☐ The applicant is on Public Assistance (PA Ref No:)
☐ The applicant is on Medical Fee Exemption Card (MFEC No:)

Amount of fees that the Applicant / Person-In-Charge can afford to pay \$800

Is the Applicant / Patient Aware of the Placement Made ?

- ☐ Yes ☒ No (specify: DUE TO MEDICAL CONDITION) ☐ No Choice (specify:)

Does the Applicant / family have preferences for nursing home in term of the following (but not limited by it) ?

- Diet: ☒ No Preference ☐ Vegetarian ☐ Non-vegetarian
 Location: ☐ No ☒ Yes (specify) WEST AREA
 Religion: ☒ No ☐ Yes (specify)
 Nursing Home: ☒ General ☐ Dementia ☐ Psychiatric

Why Does the Applicant / Patient Need Placement to Nursing Home ? (please tick all apply)

- ☒ Needs assistance in activities of daily living (ADLS)
☒ Requires nursing and medical care
☒ Family / caregivers are willing but unable to cope with patient's physical and behavioural needs
☐ Sole caregiver has work and other important commitments
☐ Patient does not want to burden the family / caregiver
☐ Patient has poor familial relationship with family / caregiver
☐ Has history of repeated hospitalisation
☐ Patient is unsafe to remain at home due to serious medical conditions / frequent falls

- ☐ Patient is not coping with needs / demands of living alone
☐ Patient is homeless
☐ Not accessible to community resources (services gap)
☐ Others (specify)

Discharge Planning [to be completed by MSW, Case Manager or Referring Professional]

Current location of patient

- ☐ Hospital
☐ Home, address and current contact (if different from Section A)

Contact (Tel/Hph/Pgr)

- ☒ Institution (including private nursing home), specify SUNNYVILLE HOME
☐ Social Overstayer (please include the 3-month care plan in the social report)

Hospital Admission/Discharge Date

Date of Admission Date of Discharge

Rehabilitation

Has Patient been referred for rehabilitation

- ☒ No ☐ Yes (specify)
- ☐ Speech Therapy (ST)
☐ Physiotherapy (PT)
☐ Occupational Therapy (OT)

Resident Assessment Form (For Nursing Home Applicant)

(Bold Indicate required field)

Resident Assessment Form (RAF)

Name of Patient : Tan San Huay

NRIC : S0726758D

Rating	A	B	C	D
Q1. Mobility (Guide Bk Pg 1)	☐ 0 pt Independent	☐ 3 pts Requires some Assistance (physical/assistive device)	☐ 10 pts Requires frequent assistance / turning in bed	☒ 16 pts Requires total physical assistance
Q2. Feeding (Guide Bk Pg 2)	☐ 0 pt Independent	☐ 3 pts Requires some Assistance	☐ 10 pts Requires total Assistance	☒ 10 pts Tube-feeding
Q3. Toileting	☐ 0 pt Independent	☐ 3 pts Requires some	☐ 8 pts Requires commodes /	☒ 16 pts Incontinent and

totally dependent ;

> 48 pts

10/05/2010

RESIDENT ASSESSMENT FORM

(for Nursing Home Residents)

Name: _____ NRIC No: _____

Date of Birth: ____/____/____ Age: ____yrs Sex: M / F Ethnic Group : C / M / I / O

Rating	A	B	C	D
Q1 Mobility (Guide Bk Pg 1)	Independent 0	Requires some assistance (physical / assistive device) 3	Requires frequent assistance / turning in bed 10	Requires total physical assistance 16
Q2 Feeding (Guide Bk Pg 2)	Independent 0	Requires some assistance 3	Requires total assistance 10	Tube-feeding 10
Q3 Toileting (Guide Bk Pg 3)	Independent 0	Requires some physical assistance 3	Requires commodes/ bedpans/urinals 8	Incontinent and totally dependent 16
Q4 Personal Grooming & Hygiene (Guide Bk Pg 4)	Requires no assistance 0	Requires assistance for some activities / supervision 2	Requires assistance for all activities 4	Bed / trolley bathing 6
Q5 Treatment (Guide Bk Pg 5-6)	Daily Medication Oral / topical - 1 pt 	Daily Medication Oral / topical - 1 pt Injection - 2 pts 	Daily Medication Oral / topical - 1 pt Injection - 2pts Physiotherapy - 4 pts 	Daily Medication Oral / topical - 1 pt Injection - 2pts Physiotherapy - 4 pts Sp*procedures — pts for — mins@ 1pt/5mins
Q6 Social & Emotional Needs (Guide Bk Pg 7)	Nil 0	Occasionally 1	Often 2	Always 3
Q7 Confusion (Guide Bk Pg 8-9) • loses way • loses things • disorientated	Nil 0	Occasionally (1-3 times a week) 3	Often (4-6 times a week) 8	Always (Daily) 10
Q8 Psychiatric Problems (Guide Bk Pg 10-11) • hallucinations • delusions • anxiety • depression	Nil 0	Mild interference in life 2	Moderate interference in life 4	Severe interference in life 6
Q9 Behavioural Problems (Guide Bk Pg 12-13) • restless • disruptive • absconds • uncooperative	Nil 0	Occasionally (1-3 times a week) 3	Often (4-6 times a week) 10	Always (Daily) 16

* Sp - Special # Pt - Points

Total Points : _____ Category : I / II / III / IV Category I : <6
(Please circle) II : 7 - 24
III : 25 - 48
IV : > 48

Name of Officer completing RAF

Date

Signature



St Joseph's Home
921 Jurong Road, Singapore 649694
Tel: 6268 0482 Fax: 6268 4787

PRESSURE SORE RISK ASSESSMENT (BRADEN SCALE)

Name of Resident: _____

NRIC No: _____

Diagnosis: _____

Instructions: 1. Perform assessment using Braden Scale. 2. Write each criterion score in the Assessment Score and add up the total risk score. 3. Reassess resident's pressure sore risk as per Nursing Care Policy on resident transfer in from hospital or has resident developed pressure sore in the ward. 4. For residents with pressure sore, attach the Record of Resident's Wound / Pressure Sores with this form. 5. Complete Section A, "Initial Assessment of Wound / Pressure Sores and continue with weekly documentation.				
Assessment Score				
SENSORY PERCEPTION	1. <u>Completely Limited</u> Unresponsive to painful stimuli.	2. <u>Very Limited</u> Responds only to painful stimuli by moaning or restlessness.	3. <u>Slightly Limited</u> Responds to verbal commands, but cannot always communicate discomfort or needs.	4. <u>No Impairment</u> Responds to verbal commands, and no sensory deficit to feel or discomfort.
MOISTURE	1. <u>Constantly Moist</u> Skin is kept moist by perspiration, urine, etc. Dampness is detected every time resident is moved or turned.	2. <u>Very Moist</u> Skin is often, but not always, moist. Linen must be changed at least once a shift.	3. <u>Occasionally Moist</u> Skin is occasionally moist, requiring an extra linen change approximately once a day.	4. <u>Rarely Moist</u> Skin is usually dry. Linen only requires changing at routine intervals.
ACTIVITY	1. <u>Bedfast</u> Confined to bed.	2. <u>Chairfast</u> Unable to stand on his/her own. Must be assisted into chair or wheelchair.	3. <u>Walks Occasionally</u> Walks occasionally for very short distances. Spends majority of each shift in bed or chair.	4. <u>Walks Frequently</u> Walks outside the room at least twice a day and inside room once every 2 hours.
MOBILITY	1. <u>Completely Immobile</u> Does not make even slight changes in body or extremity position without assistance.	2. <u>Very Limited</u> Makes occasional slight changes in body or extremity position but not frequent or no significant changes independently.	3. <u>Slightly Limited</u> Makes frequent though slight changes in body or extremity position independently.	4. <u>No Limitation</u> Makes major and frequent changes in position without assistance.
NUTRITION	1. <u>Very Poor</u> Rarely eats <1/3 of any food offered and not on liquid dietary supplements or on clear liquids or IVs for more than 5 days	2. <u>Inadequate</u> Generally eats only about 1/2 any food offered. Occasionally will take a dietary supplement.	3. <u>Adequate</u> Eats over half of most meals or is on a tube feeding regimen. /TPN	4. <u>Excellent</u> Eats most of every meal. Never refuses a meal.
FRICTION AND SHEAR	1. <u>Problem</u> Requires moderate to maximum assistance in moving. Frequently slides down in bed or chair. Spasticity, contractures or agitation lead to almost constant friction.	2. <u>Potential Problem</u> Moves feebly or requires minimum assistance. Maintains relatively good position in chair or bed most of the time but occasionally slides down.	3. <u>No Apparent Problem</u> Moves in bed and in chair independently and has sufficient muscle strength to lift up completely during move.	
Note: If total risk score is less than 16, initiate preventive measures as per Nursing Care Policy. Document actions taken in the Plan of Care Record.				Total Risk Score
Resident Admission Information: Is pressure sore present on admission? Yes / No If Yes, sore developed from: ☐ Home ☐ Other Healthcare Institution. Name _____				Pressure Sore: Yes / No Surname & Initials of Nurse Date



St Joseph's Home
921 Jaring Road, Singapore 649694
Tel: 6268 0482 Fax: 6268 4787

PRESSURE SORE RISK ASSESSMENT (BRADEN SCALE)

Name of Resident: _____ NRIC No: _____

Diagnosis: _____

- Instructions:**
6. Perform assessment using Braden Scale.
 7. Write each criterion score in the Assessment Score and add up the total risk score.
 8. Reassess resident's pressure sore risk as per Nursing Care Policy on resident transfer in from hospital or has resident developed pressure sore in the ward.
 9. For residents with pressure sore, attach the Record of Resident's Wound / Pressure Sores with this form.
 10. Complete Section A, "Initial Assessment of Wound / Pressure Sores and continue with weekly documentation.

					Assessment Score			
SENSORY PERCEPTION	1. <u>Completely Limited</u> Unresponsive to painful stimuli.	2. <u>Very Limited</u> Responds only to painful stimuli by moaning or restlessness.	3. <u>Slightly Limited</u> Responds to verbal commands, but cannot always communicate discomfort or needs.	4. <u>No Impairment</u> Responds to verbal commands, and no sensory deficit to feel or discomfort.				
MOISTURE	1. <u>Constantly Moist</u> Skin is kept moist by perspiration, urine, etc. Dampness is detected every time resident is moved or turned.	2. <u>Very Moist</u> Skin is often, but not always, moist. Linen must be changed at least once a shift.	3. <u>Occasionally Moist</u> Skin is occasionally moist, requiring an extra linen change approximately once a day.	4. <u>Rarely Moist</u> Skin is usually dry. Linen only requires changing at routine intervals.				
ACTIVITY	1. <u>Bedfast</u> Confined to bed.	2. <u>Chairfast</u> Unable to stand on his/her own. Must be assisted into chair or wheelchair.	3. <u>Walks Occasionally</u> Walks occasionally for very short distances. Spends majority of each shift in bed or chair.	4. <u>Walks Frequently</u> Walks outside the room at least twice a day and inside room once every 2 hours.				
MOBILITY	1. <u>Completely Immobile</u> Does not make even slight changes in body or extremity position without assistance.	2. <u>Very Limited</u> Makes occasional slight changes in body or extremity position but not frequent or no significant changes independently.	3. <u>Slightly Limited</u> Makes frequent though slight changes in body or extremity position independently.	4. <u>No Limitation</u> Makes major and frequent changes in position without assistance.				
NUTRITION	1. <u>Very Poor</u> Rarely eats <1/3 of any food offered and not on liquid dietary supplements or on clear liquids or IVs for more than 5 days	2. <u>Inadequate</u> Generally eats only about 1/2 any food offered. Occasionally will take a dietary supplement.	3. <u>Adequate</u> Eats over half of most meals or is on a tube feeding regimen. /TPN	4. <u>Excellent</u> Eats most of every meal. Never refuses a meal.				
FRICTION AND SHEAR	1. <u>Problem</u> Requires moderate to maximum assistance in moving. Frequently slides down in bed or chair. Spasticity, contractures or agitation lead to almost constant friction.	2. <u>Potential Problem</u> Moves feebly or requires minimum assistance. Maintains relatively good position in chair or bed most of the time but occasionally slides down.	3. <u>No Apparent Problem</u> Moves in bed and in chair independently and has sufficient muscle strength to lift up completely during move.					

Note: If total risk score is less than 16, initiate preventive measures as per Nursing Care Policy. Document actions taken in the Plan of Care Record.

Total Risk Score

Resident Admission Information:

Is pressure sore present on admission?
Yes / No

Pressure Sore :
Yes / No

If Yes, sore developed from

- ☐ Home
☐ Other Healthcare Institution. Name _____

Surname & Initials of Nurse

Date



ST JOSEPH'S HOME
921 Jooong Road, Singapore 649694
Tel: 62680482 Fax: 62684787

Name _____

NRIC _____

Date of Assessment _____

Level/Bed _____

Age _____

Items

Yes

No

History of Previous Falls

Poor Visual Acuity

Receiving medications associated with increased fall risk

With diagnosis known to affect risk of falling

History of previous seizure

Has dizziness / vertigo

Presence of Postural Hypotension

Is confused / Disoriented

Has Urinary Incontinence / Frequency

Has Bowel Incontinence / Frequency

Has impaired / deterioration of ADLs

Had impaired / deterioration of ADLs at the time of fall

Has impaired mobility / gait

Patient is on Mobility Rehab programme

Patient needing physical restraint

Name of Staff _____

Signature _____

Please tick appropriate box

5) Enter the following reason in the space to non-administration of feeding

R	= Reduced
AS	= Animal Supply
AO	= As ordered by doctor

IF A MEDICATION IS GIVEN OTHER THAN THE TIME STATED IN THE CARD, PLEASE SPECIFY TIME GIVEN

[illegible]

FN: Age: Sex: Wd: Dr:

OTHER THAN THE TIME STATED IN THE CARD, PLEASE SPECIFY TIME GIVEN

[illegible]

รายงานการประชุมหารือ

การจัดทำกรอบและแนวทางการพัฒนามาตรฐานบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ

ในวันที่ 25 มกราคม 2554 เวลา 13.30 – 16.30 น.

ณ ห้องประชุม 1 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

รายนามผู้เข้าร่วมประชุม

1 นพ.นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์
2 รศ.เพ็ญศรี ระเบียบ (นางศิริลักษณ์ สืบวงศ์แพทย์ ผู้แทน)	สภาการพยาบาล
3 คุณสุนทรี พัวเวส (นางสาวศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์ ผู้แทน)	สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ
4 พญ.ประนอม คำเที่ยง	กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
5 คุณธิดา ศรีไพพรรณ	สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย
6 คุณสุวรรณี ห่อวิวัฒน์ (น.ส.วาสนา ตะเกาพงษ์ ผู้แทน)	กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ พม.
7 ศ.นพ.พงษ์ศิริ ปรารณานัติ	คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
8 ผศ.ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
9 รศ.ดร.รัชนี สรรเสริญ	มหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี จ.จันทบุรี
10 นายแพทย์สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์	สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย
11 แพทย์หญิงลัดดา ดำริการเลิศ	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
12 แพทย์หญิงวัชรารัตน์ ไร่ไพบูลย์	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
13 คุณวราภรณ์ สุวรรณเวลา	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
14 คุณสาหร่าย เรืองเดช	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
15 คุณชูชาติ นามขาน	สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อบึงอัมรินทร์)
16 คุณพดมินันท์ เหลืองไพบูลย์ (นางสาววลัยรักษ์ อังคะมาตย์)	ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค
17 คุณวรรณพร บุญเรือง	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
18 คุณแพรว เอี่ยมน้อย	สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ
19 คุณสายชล คล้อยเอี่ยม	สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ

รายนามผู้ไม่มาประชุม

1 พญ.ดารณี สุวพันธ์	ติดภารกิจ
2 คุณกิ่งแก้ว อินทวง	ติดภารกิจ
3 นพ.ธรา ชินะกาญจน์	ติดภารกิจ
4 ศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร	ติดภารกิจ
5 รศ.ดร.กิตติพัฒน์ นนทปัทมกุล	ติดภารกิจ
6 ทันตแพทย์หญิงกนิษฐา บุญธรรมเจริญ	ติดภารกิจ

เริ่มประชุมเวลา 13.45 น.

เรื่องที่ประชุม

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ ผู้จัดการงานวิจัย ได้กล่าวถึงความเป็นมาของโครงการว่า สืบเนื่องจากความร่วมมือระหว่างแผนงานผู้สูงอายุของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ ในการจัดทำร่างกรอบการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ ซึ่งปัจจุบันในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มยังไม่มีมาตรฐานในการบริการทางการแพทย์ ทั้งนี้ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุจะมีมาตรฐานการให้บริการในด้านสังคมอยู่บ้าง ดังนี้ จึงควรมีการทำ Standard of care ในการดูแลผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ในการนี้ คณะทำงานได้ทำการเก็บข้อมูลจากศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุและสถานสงเคราะห์คนชราของไทยจำนวน 4 แห่ง และสถานบริการการดูแลผู้สูงอายุในประเทศสิงคโปร์ จำนวน 4 แห่ง เพื่อเป็นข้อมูลในการกำหนดเกณฑ์ในการดูแลผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มในทางการแพทย์ที่เป็น Standard of care ต่อไป

นางสาววรรณพร บุญเรือง ได้นำเสนอข้อมูลและข้อเสนอแนะจากการศึกษาดูงาน เพื่อพัฒนารอบและแนวทางการพัฒนามาตรฐานบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการว่า สืบเนื่องจากการเก็บข้อมูลในการศึกษาในประเทศและต่างประเทศ (ประเทศสิงคโปร์) จำนวน 8 แห่ง ได้แก่ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บ้านบางแค 1) ,ศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบางแค 2, ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์เชียงใหม่ , สถานสงเคราะห์คนชราหลวงพ่เป็นอุปถัมภ์, Khoo Teck Puat Hospital , Dover Park Hospice care , St. Joseph Home และ Ang Mo Kio Hospital ได้สรุปข้อค้นพบและข้อเสนอเพื่อนำมาปรับใช้ในการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค (บ้านบางแค 1) มีจุดแข็งในเรื่อง ความพร้อมของสถานที่ สภาพแวดล้อม ได้แก่ มีการจัดสัดส่วนพื้นที่ใช้สอย มีการออกแบบจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเอื้อต่อผู้สูงอายุ เช่น ทางลาดในอาคาร ความพร้อมด้านการบริการทางสังคม , ความพร้อมทางด้านงบประมาณ/เงินบริจาคสูง , การจัดโปรแกรมให้บริการที่หลากหลาย 11 โปรแกรม (HAPPY HOME) โอกาสในการพัฒนา คือ ควรจัดทำแบบประเมินกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เพื่อให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพให้ตรงกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ช่องทางสร้างความเชื่อมโยงระหว่างสถานสงเคราะห์กับสถาบันการศึกษา โรงพยาบาลใกล้เคียง

ศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบางแค 2 มีจุดแข็งในเรื่อง บทบาทของผู้สูงอายุช่วยเหลือดูแลกันเอง ระหว่างกลุ่ม A B ที่ช่วยดูแลกลุ่ม C และการมีหลายโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่สามารถพาผู้สูงอายุไปรับบริการ/ส่งต่อ ได้แก่ โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลตากสิน โรงพยาบาลกลาง

ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์เชียงใหม่ มีจุดแข็งด้านความพร้อมของสถานที่และสภาพแวดล้อม ได้แก่ อาคารใหม่ที่จะเป็น nursing home ซึ่งได้รับการออกแบบโดยคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทั้งนี้ ยังมีความร่วมมือด้านอื่น ๆ ร่วมกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้แก่ ด้านทรัพยากรกำลังคน ด้านอุปกรณ์เครื่องมือ และองค์ความรู้ต่างๆ , การจัดโปรแกรมให้บริการที่หลากหลาย 8 โปรแกรม ตลอดจนการจัดทำคู่มือและพัฒนามาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมุ่งหวังให้บ้าน

ธรรมนูญเชียงใหม่เป็นศูนย์สถิติของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ตลอดจนมีการออกแบบระบบบันทึกข้อมูล และประวัติผู้สูงอายุแต่ละคนตั้งแต่แรกเข้า

สถานสงเคราะห์คนชราหลวงพ่เป็นอุปถัมภ์ มีความพร้อมของสถานที่สภาพแวดล้อม โดยเฉพาะการจัดสภาพแวดล้อม สำหรับอาคารใหม่ เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่เป็นอัลไซเมอร์ บรรยายภาคการตกแต่ง สร้างความผ่อนคลายได้ มีการประสานเชื่อมโยงบริการกับโรงพยาบาล และสถานศึกษา โดยสถานสงเคราะห์ฯ ได้รับการบริการทางการแพทย์จากโรงพยาบาลห้วยพูลุ กรณีผู้สูงอายุเจ็บป่วยและโรงพยาบาลห้วยพูลุไม่สามารถรักษาได้ จะส่งต่อโรงพยาบาลนครปฐม หรือกรณีที่เป็นโรคเฉพาะทาง เช่น โรคตา ก็จะส่งโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ นอกจากนี้เป็นสถานที่ฝึกงานของสถานศึกษา เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

ทั้งนี้ เมื่อพิจารณาโดยรวมแล้วมีข้อเสนอในการพัฒนารอบและแนวทางการพัฒนามาตรฐานบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ

1. ควรมีการจัดให้มี MOU กับสถานศึกษาในพื้นที่ใกล้เคียง เนื่องจากสถาบันการศึกษาจะมีความพร้อมด้านวิชาการและทรัพยากร ทำให้สถานสงเคราะห์/สถานบริบาลได้รับความช่วยเหลือที่เป็นสหสาขาวิชา ขณะเดียวกันอาจารย์ นักวิจัย ตลอดจนนักศึกษา ก็ได้เรียนรู้

2. สถานสงเคราะห์จัดทำโครงการนำร่องที่มีการแยกส่วนการดูแลทางด้านการแพทย์ออกจากการบริการอื่น ๆ ให้ชัดเจน มีแพทย์ พยาบาลเข้ามาดูแลประจำ และจัดทำมาตรฐานในการดูแล ตลอดจนคำนวณต้นทุนค่าใช้จ่ายแต่ละรายโรค เพื่อเสนอขอรับการสนับสนุนจาก สปสช.

3. ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีความพิการ ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ แม้จะไม่ได้รับสิทธิเบี้ยคนพิการ แต่จะได้รับสิทธิอื่นๆ เช่น กายอุปกรณ์ที่จำเป็น

4. ควรมีการจัดทำแบบประเมินกิจกรรมต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม เพื่อให้สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพหรือบริการทางการแพทย์และสังคมให้ตรงกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

5. การจัดให้กิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ช่วยเหลือกัน และให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคมแม้จะมีภาวะพึ่งพิง

6. การเพิ่มโดยการใช้อาสาสมัคร การใช้บุคลากรวิชาชีพบางเวลา หรือการใช้ระบบเครือข่าย

7. การจัดให้มีเครือข่ายการบริการทางการแพทย์ ระหว่างโรงพยาบาลชุมชนในท้องถิ่นกับสถานสงเคราะห์

8. การให้สิทธิบัตรทองในการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชรา ที่ไม่มีบัตรประชาชน

ในส่วนของการศึกษาดูงานในประเทศสิงคโปร์ 4 แห่ง มีข้อเสนอที่น่าจะมาปรับใช้ได้แก่ ให้แสดงระบบเครือข่ายบริการของเขาในสไลด์ที่เขาให้มาที่เป็นบล็อกเหมือนรังผึ้ง

1 ความพร้อมของสถานที่ และสิ่งแวดล้อม การวางผังอาคารแต่แรก เน้นออกแบบปรับสภาพแวดล้อมที่มีอยู่ให้เข้ากับความต้องการของผู้ป่วย เช่นการออกแบบอาคารที่มีความสัมพันธ์กับธรรมชาติ ทิศทางของลม จากทะเลที่พัดขึ้นมา หรือแสงอาทิตย์ เพื่อลดค่าไฟ หรือเพื่อให้มีอากาศถ่ายเทได้ดี เช่น Khoo Teck Puat Hospital

2 ผู้ที่จะเข้ามาให้บริการใน nursing home ได้ต้องผ่านการส่งต่อมาจาก acute care hospital โดย medical social worker ทำหน้าที่เป็น gate keeper ในการประเมินความจำเป็นและส่งผู้ป่วยมา เช่น St. Joseph Home

3 มีระบบการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐ ที่เป็นสัดส่วนที่ชัดเจน

4 จัดทำระบบบันทึกข้อมูล เช่น มีแบบบันทึกการประเมินโดยสหสาขาวิชา (แพทย์ พยาบาล) Nursing care plan Nursing care record เช่น St. Joseph Home

5 การจัดการแก้ปัญหากำลังคน โดยพัฒนาระบบอาสาสมัครสนับสนุน

มติ ที่ประชุมรับทราบ และมีข้อเสนอและข้อคิดเห็นดังนี้

1. ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term Care) ควรมีองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน คือ 1) การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ ที่จะเข้ามาอยู่ในสถานบริการ ควรมีการรักษาและประเมินศักยภาพมาจากโรงพยาบาล Acute care 2) การพัฒนาระบบการคัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนในสัดส่วนที่เหมาะสม 3) การพัฒนาระบบการส่งต่อในลักษณะโรงพยาบาลแม่ข่ายในพื้นที่

2. เสนอให้มีการพัฒนาโครงการนำร่อง เพื่อเป็นต้นแบบในการคิดคำนวณค่าใช้จ่ายพื้นฐานเบื้องต้น ทั้งนี้ ที่ประชุมพิจารณาแล้วเห็นว่าศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์เชียงใหม่มีศักยภาพในหลาย ๆ ด้าน จึงเห็นควรให้เป็นหน่วยงานนำร่อง และศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบางแค 2 ในการดำเนินการดังกล่าว

3. ในการจัดทำข้อเสนอควรพิจารณาเอาหลักการ SWOT มาใช้ ซึ่งจะช่วยให้เห็นการเปรียบเทียบได้ชัดเจนขึ้น

4. ควรมีการเปรียบเทียบสัดส่วนการครองเตียง งบประมาณที่ใช้จ่าย และสัดส่วนอื่น ๆ เพื่อเป็นข้อมูลในการสร้างมาตรฐาน

5. ปัญหาการขาดแคลนกำลังคน เป็นปัญหาที่พบในทุกสถานบริการ จึงควรเร่งแก้ไข โดยอาจใช้อาสาสมัคร เช่น พยาบาลวิชาชีพที่เกษียณอายุแล้ว หรือควรเชื่อมโยงกับองค์กรวิชาชีพพยาบาล

6. ควรมีการส่งเสริมหน่วยงานที่มีศักยภาพที่เป็น empower ship ให้มีส่วนร่วมในการพัฒนาผู้สูงอายุในพื้นที่

7. ควรเป็นการมองภาพในลักษณะสหสาขาวิชา คือมี health และ social

8. ควรมีการในกรณีตัวอย่างที่นำเสนอของประเทศสิงคโปร์มาใช้กับระบบการอุดหนุนค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีการประเมินรายได้ของผู้สูงอายุและครอบครัวก่อนว่ามีศักยภาพในการจ่ายค่าดูแลได้มากน้อยแค่ไหน จึงจะจัดกลุ่มการสนับสนุนผู้สูงอายุได้

9. ในกรณีการรับการสนับสนุนด้านกำลังคนในลักษณะของอาสาสมัครที่เป็นนักศึกษา ยังอาจมีข้อจำกัดอยู่ในเรื่องระยะเวลาโดยเฉพาะในช่วงปิดเทอมที่ไม่มีนักศึกษา

10. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติควรพิจารณาการให้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ในกลุ่มผู้สูงอายุในสถานบริการ ซึ่งปัจจุบันยังไม่ทั่วถึง ทั้งนี้ เสนอให้สถานสงเคราะห์แยกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสิทธิบัตรทอง และไม่มีสิทธิ เพื่อเป็นข้อมูลในการให้แนวทางสนับสนุน

11. ให้ประธานนัดหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้าน
ธรรมปกรณ์เชียงใหม่ และศูนย์บริการผู้สูงอายุบ้านบางแค 2 เพื่อร่วมพัฒนารอบแนวทางมาตรฐานการดูแล
ผู้สูงอายุและนำร่องต้นแบบการดูแลในสถาบันต่อไป

12. อาจมีความร่วมมือกับกระทรวงศึกษาธิการในการจัดให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนให้กับนักเรียน/
นักศึกษา ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยดูแลผู้สูงอายุ

เลิกประชุมเวลา 16.30 น.

วรรณพร บุญเรือง

บันทึกรายงานการประชุม

พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ

ตรวจรายงานการประชุม

คณะกรรมการ

- | | |
|-------------------------------|--|
| 1. นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ | สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (ทีปรกษาโครงการ) |
| 2. พญ.ลัดดา ดำริการเลิศ | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (หัวหน้าโครงการ) |
| 3. น.ส.แพรว เอี่ยมน้อย | สถาบันสร้างเสริมสุขภาพคนพิการ |
| 4. น.ส.วรรณพร บุญเรือง | สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข |