



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

เรื่อง

การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแล
ระยะยาว (The Development of Care Standard and Service Guideline
for Dependent Older Persons in Long-term Care Institution)

โดย

ผศ.ร.อ.หญิง ดร. ศิริพันธุ์ สาสัตย์
ผศ.ร.อ.หญิง ดร. วาสนี วิเศษฤทธิ์
นพ.ถาวร สกฤตพาณิชย์
ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

30 เมษายน 2558

คำนำ

รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง “การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว” เป็นรายงานการวิจัยที่รวมทั้งการวิจัยระยะที่ 1 ซึ่งเป็นการวิจัยเอกสารในประเด็น มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว และประเด็นกลไกการควบคุมและกำกับมาตรฐาน สำหรับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care facilities) รวม 10 ประเทศ จากทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป ออสเตรเลียและเอเชีย ประกอบด้วย ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศฝรั่งเศส แคนาดา อังกฤษฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ญี่ปุ่นและฮ่องกง และการวิจัยระยะที่ 2 ที่การดำเนินการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการใน 4 ภูมิภาค คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ รวมทั้งกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สถาบันวิจัยเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุข (สวรส.) ภายใต้คณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่กรุณาอนุมัติทุนในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ ผู้บริหารหน่วยงาน ผู้ปฏิบัติการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวในสถานบริการจากทั้งภาครัฐและเอกชน ที่กรุณาเสียสละเวลามาให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่มและเข้าร่วมประชุมวิพากษ์วิจัยมา ณ ที่นี้ด้วย ทั้งนี้เพื่อประโยชน์ในการพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย รวมทั้งขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยทั้งนี้สติดจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และจากสำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทุกคนที่ช่วยทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

คณะผู้วิจัย

30 เมษายน 2558

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว” เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed method) ที่รวมทั้งการวิจัยเอกสารซึ่งเป็นประเภทหนึ่งของการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว กลไกการควบคุมและกำกับมาตรฐานสำหรับสถานประกอบการผู้สูงอายุ การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานบริการในบริบทของประเทศไทยและความเป็นไปได้ในการนำมาตราฐานไปใช้

การดำเนินการวิจัยระหว่าง เดือนสิงหาคม 2556 – กุมภาพันธ์ 2558 แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเอกสาร ในประเด็นมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาวและกลไกการควบคุมและกำกับมาตรฐาน สำหรับสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care facilities) ในประเทศในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป ออสเตรเลียและเอเชียรวมทั้งหมด 10 ประเทศ คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา อังกฤษ ฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ สวีเดน ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ญี่ปุ่น และเขตเศรษฐกิจฮ่องกง ร่วมกับการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กำหนดพื้นที่ศึกษาครอบคลุม 4 ภาค ภาคละ 1 กลุ่ม ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ รวมทั้งเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อีก 2 กลุ่ม รวม 6 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน รวมผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งหมด 60 คน และการศึกษาระยะที่ 2 เป็นการสังเคราะห์ผลการศึกษาระยะที่ 1 ทั้งการวิจัยเอกสารและการสนทนากลุ่มเพื่อนำไปสู่การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการดูแล กลไกการควบคุมกำกับมาตรฐานสำหรับสถานดูแลระยะยาว และจัดเวทีวิพากษ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำมาตราฐานไปใช้

ผลการศึกษา

1. ระบบการดูแลระยะยาว ในภาพรวมสามารถแบ่งออกเป็น 4 กลุ่มตามนโยบายการดูแลระยะยาวและแหล่งการคลัง คือ

1) สิทธิประโยชน์แบบถ้วนหน้าภายใต้การดูแลระยะยาวระบบเดียว อาจแยกระบบการดูแลระยะยาวออกจากระบบบริการสุขภาพเป็นสิทธิประโยชน์ จัดบริการคู่ขนานหรือเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพก็ได้ กลไกการจ่ายอาจมาจากภาษี เช่น ประเทศสวีเดน จากประกันสังคมหรือผสมผสาน เช่น เนเธอร์แลนด์ ญี่ปุ่น โดยมีการร่วมจ่าย

2) สิทธิประโยชน์แบบถ้วนหน้าภายใต้การดูแลระยะยาวแบบผสม ให้สิทธิแก่ประชาชนผ่านรูปแบบการดูแลที่หลากหลาย ส่วนใหญ่ให้บริการสุขภาพแบบถ้วนหน้าแต่การช่วยเหลือด้านสังคมจะคำนึงถึงฐานะของครอบครัว เช่น ออสเตรเลียและฝรั่งเศส บางประเทศกำหนดให้การช่วยเหลือด้านสังคมต้องมีการประเมินรายได้ เช่น ประเทศแคนาดา และนิวซีแลนด์

3) เน้นให้การช่วยเหลือเฉพาะผู้ยากไร้ ใช้วิธีประเมินรายได้และใช้แหล่งการคลังแบบภาษี เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ และ

4) กลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว

2. มาตรฐานการดูแลระยะยาวในสถานบริการ จากการสังเคราะห์มาตรฐานการดูแลระยะยาวในต่างประเทศ รวมทั้งผลที่ได้จากการวิจัยในประเทศไทย สามารถแบ่งมาตรฐานออกเป็น 7 ด้าน 70 มาตรฐาน โดยจัดหมวดหมู่มาตรฐานตามโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ ดังนี้

1) มาตรฐานโครงสร้างในการดูแล (structure of care) ประกอบด้วย 3 ด้าน 28 มาตรฐาน

1.1) ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) มีทั้งหมด 6 มาตรฐาน

1.2) ด้านบุคลากร (Staff) มีทั้งหมด 6 มาตรฐาน

1.3) ด้านการจัดการ (Management) มีทั้งหมด 16 มาตรฐาน

2) มาตรฐานกระบวนการดูแล (process of care) ประกอบด้วย 3 ด้าน 32 มาตรฐาน

2.1) ด้านบริการดูแล (Care service) มีทั้งหมด 24 มาตรฐาน

2.2) ด้านความปลอดภัยในการดูแล (Safety of care) มีทั้งหมด 5 มาตรฐาน

2.3) ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) มีทั้งหมด 3 มาตรฐาน

3) มาตรฐานผลลัพธ์ของการดูแล (outcomes of care) ประกอบด้วย 1 ด้าน 10 มาตรฐาน

3.1) ความพึงพอใจและคุณภาพในการดูแล มีทั้งหมด 10 มาตรฐาน

รวมทั้งแบ่งมาตรฐานออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) มาตรฐานขั้นพื้นฐานที่ใช้สำหรับการขอจัดตั้งสถานบริบาลซึ่งเป็นกระบวนการบังคับในทุกประเทศ จำนวน 32 มาตรฐาน 2) มาตรฐานควบคุมกำกับ เพื่อการตรวจสอบคุณภาพระหว่างการดำเนิน จำนวน 28 มาตรฐานและ 3) มาตรฐานส่งเสริม จำนวน 11 มาตรฐาน

3. กลไกการควบคุมและกำกับมาตรฐานสำหรับสถานประกอบการผู้สูงอายุ ในบริบทของประเทศไทย

เนื่องจากระบบการดูแลระยะยาวนั้นครอบคลุมทั้งบริการสุขภาพและบริการด้านสังคม การกำหนดมาตรฐานจึงควรจำแนกเป็น 2 ส่วน คือ 1) มาตรฐานสถานสงเคราะห์หรือบ้านพักคนชราซึ่งยังช่วยเหลือตัวเองได้ ควรเป็นภารกิจของกระทรวงพัฒนาการสวัสดิการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และ 2) มาตรฐานสถานบริบาล หรือสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล ควรเป็นภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาปานกลางถึงสูงมีความจำเป็นต้องใช้บุคลากรทางด้านสุขภาพในการจัดบริการ

การควบคุมกำกับให้เป็นไปตามมาตรฐาน ควรเป็นบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น กทม. อบจ. หรือ เทศบาลนครขนาดใหญ่ เพื่อทำหน้าที่ในการออกใบอนุญาตประกอบกิจการสถานบริบาล เอกชนตามมาตรฐาน โดยพิจารณาร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งดำเนินการตรวจประเมินคุณภาพบริการระหว่างการดำเนินการเป็นระยะๆ ทั้งในกรณีการขอเปิดกิจการดูแลที่บ้านและการดูแลในสถานบริบาล

การดำเนินการกำกับดูแลการจัดระบบบริการระยะยาวในชุมชนและในสถานบริบาล ควรมีคณะกรรมการระดับจังหวัดที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน นายก อบจ. เป็นเลขานุการ มีผู้แทนกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนสภาผู้สูงอายุ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมเป็นกรรมการ เพื่อประสานแนวทางการทำงาน ในระดับอำเภอควรมีกรรมการในลักษณะเดียวกัน แต่มีนายอำเภอเป็นประธานเพื่อจัดทำแผนและประสานงานภายในอำเภอ

ข้อเสนอแนะ

1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 รัฐบาลควรพิจารณาออกกฎหมายการดูแลระยะยาวโดยตรงหรือเพิ่มเติมในกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการพัฒนามาตรฐานสถานดูแลระยะยาวและเกิดกลไกการกำกับมาตรฐานให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

1.2 สนับสนุนให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการกำกับดูแลคุณภาพการดูแลระยะยาวในระดับชาติ โดยมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขกำกับดูแลมาตรฐานสถานบริบาลและให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กำกับดูแลมาตรฐานสถานสงเคราะห์และบ้านพักคนชรา

1.3 สนับสนุนให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการประกันคุณภาพในระดับท้องถิ่นหรือองค์กรอิสระที่ทำหน้าที่การประกันคุณภาพสถานบริการดูแลระยะยาว และการควบคุมกำกับให้เป็นไปตามมาตรฐาน รวมทั้ง

1.4 ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น กทม. อบจ. หรือ เทศบาลนครขนาดใหญ่ ทำหน้าที่ในการออกใบอนุญาตประกอบกิจการสถานบริบาล

1.5 ส่งเสริมให้มีการประเมินสถานบริบาลแบบสมัครใจ และมีหน่วยงานให้คำปรึกษาด้านการพัฒนามาตรฐานเพื่อให้ผ่านการประเมิน

1.6 ควรมีนโยบายการพัฒนาและเตรียมความพร้อมของบุคลากรทุกระดับให้มีสมรรถนะในการดูแลระยะยาวเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาที่เพิ่มมากขึ้น

2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 ควรนำมาตรฐานที่ได้จากการวิจัยนี้ไปพัฒนาต่อยอดหาตัวชี้วัดในแต่ละมาตรฐาน ที่ต้องพัฒนาร่วมกันกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกัน แล้วนำไปทดลองใช้เพื่อพัฒนาระบบการประกันคุณภาพสถานบริบาล

2.2 จัดทำหลักสูตรฝึกอบรมและจัดอบรมการดูแลระยะยาวแก่บุคลากรทุกระดับที่ทำงานในสถานดูแลระยะยาว

2.3 การพัฒนาเครือข่ายการดูแลระยะยาวเพื่อเป็นการแบ่งปันประสบการณ์ การเรียนรู้และพัฒนาตลอดจนการเข้าถึงข้อมูลความรู้การดูแลระยะยาว ในเขตภูมิภาคมากขึ้น

2.4 ควรมีการจัดทำเว็บไซต์ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการประกันคุณภาพสถานบริการดูแลระยะยาว รวมทั้งเผยแพร่สถานบริการที่ร่วมโครงการและผู้ผ่านการประเมินเพื่อให้ข้อมูลสถานบริการที่ให้บริการที่มีคุณภาพแก่สังคม

สารบัญ

	หน้า
คำนำ.....	ก
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร.....	ข
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
วัตถุประสงค์ของโครงการ.....	2
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	2
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
บทนำ.....	5
ภาวะพึ่งพาและความต้องการการดูแลระยะยาว.....	5
แนวคิดคุณภาพการดูแล.....	7
มาตรฐานการดูแล.....	9
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
กรอบแนวคิด.....	16
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	20
บทนำ.....	20
ขอบเขตการวิจัย	20
ระเบียบวิธีวิจัย.....	20
สถานที่ทำการวิจัย ทดลอง หรือเก็บข้อมูล.....	22
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	22
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	23
ผลการวิจัย	
บทที่ 4 มาตรฐานการดูแลในสถานบริการของประเทศฝรั่งเศส.....	24
บทที่ 5 มาตรฐานการดูแลในสถานบริการของประเทศเนเธอร์แลนด์.....	38
บทที่ 6 มาตรฐานการดูแลในสถานบริการของประเทศอังกฤษ.....	47
บทที่ 7 มาตรฐานการดูแลในสถานบริการของประเทศสวีเดน.....	50
บทที่ 8 มาตรฐานการดูแลในสถานบริการของประเทศสหรัฐอเมริกา.....	69
บทที่ 9 มาตรฐานการดูแลในสถานบริการของประเทศแคนาดา.....	77
บทที่ 10 มาตรฐานการดูแลในสถานบริการของประเทศออสเตรเลีย.....	94
บทที่ 11 มาตรฐานการดูแลในสถานบริการของประเทศนิวซีแลนด์.....	105
บทที่ 12 มาตรฐานการดูแลในสถานบริการของประเทศญี่ปุ่น.....	116
บทที่ 13 มาตรฐานการดูแลในสถานบริการของฮ่องกง.....	121

	หน้า
บทที่ 14 รูปแบบมาตรฐานการดูแลและกลไกการควบคุมและกำกับมาตรฐาน: บทเรียน จากต่างประเทศ.....	148
บทที่ 15 การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาใน สถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย.....	163
บทที่ 16 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	175
บรรณานุกรม.....	189
ภาคผนวก.....	203
เครื่องมือวิจัย.....	204
คู่มือสำหรับการสนทนากลุ่ม.....	207
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิตรวจเครื่องมือวิจัย.....	211
รายชื่อผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม.....	212
รายชื่อผู้เข้าร่วมประชาพิจารณ์.....	216
สรุปการสังเคราะห์มาตรฐานและแนวทางการดูแลระยะยาวในสถานบริบาล ตาม ทัศนะและประสบการณ์ของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง.....	218
- ภาคเหนือ.....	218
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.....	228
- ภาคกลาง.....	236
- กรุงเทพมหานคร.....	246
- ปริมณฑล กรุงเทพมหานคร.....	259
- ภาคใต้.....	274
ตารางเปรียบเทียบดัชนีชี้วัดมาตรฐานการดูแลในแต่ละประเทศ.....	279
ตารางแสดงดัชนีชี้วัดมาตรฐานการดูแลที่พบบ่อยในแต่ละประเทศ.....	282
ข้อมูลสำหรับประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	287
หนังสือยินยอมเข้าร่วมการวิจัย.....	291
ใบรับรองโครงการวิจัย.....	292

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 4.1 แสดงการแบ่งระดับภาวะพึ่งพา.....	26
ตารางที่ 4.2 แสดงเครื่องมือประเมินการให้สิทธิและกำหนดระดับการช่วยเหลือ	28
ตารางที่ 5.1 ตัวอย่างตัวชี้วัดคุณภาพ.....	46
ตารางที่ 6.1 แสดงมาตรฐานของคุณภาพและความปลอดภัยที่สำคัญของประเทศ อังกฤษ.....	61
ตารางที่ 8.1 อัตรากำลังและกิจกรรมการดูแลในแต่ละเวร.....	86
ตารางที่ 10.1 อัตรากำลังและโครงสร้างบุคลากรในสถานบริการผู้สูงอายุ.....	107
ตารางที่ 12.1 ข้อกำหนดมาตรฐานจำนวนบุคลากรในสถานบริการ.....	126
ตารางที่ 12.2 ข้อกำหนดมาตรฐานจำนวนบุคลากรสำหรับการให้บริการในชุมชน.....	127
ตารางที่ 12.3 ข้อกำหนดมาตรฐานทางกายภาพของสถานบริการ.....	127
ตารางที่ 12.4 แสดงค่าบริการพยาบาลดูแล.....	128
ตารางที่ 12.5 สรุปข้อคำถามในแบบประเมินความต้องการการดูแลระยะยาวแห่งชาติ	131
ตารางที่ 13.1 แสดงจำนวนเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุทั่วไปจะได้รับ.....	138
ตารางที่ 14.1 (ร่าง) มาตรฐานสถานดูแลระยะยาว.....	158
ตารางที่ 16.1 มาตรฐานสถานดูแลระยะยาว.....	177
ตารางที่ 16.2 ประเภทของมาตรฐานสถานดูแลระยะยาว.....	180

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพที่ 2.1 กรอบในการสังเคราะห์วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	19
ภาพที่ 4.1 การสนับสนุนการบริการที่มีอยู่ที่เป็นทางการ/ไม่เป็นทางการ (Formal/informal support services available).....	30
ภาพที่ 5.1 แสดงองค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลระบบบริการการดูแลระยะยาว ในประเทศเนเธอร์แลนด์.....	41
ภาพที่ 5.2 แสดงโครงสร้างของกฎหมาย AWBZ.....	45
ภาพที่ 10.1 องค์กรการกำกับมาตรฐานและการรับรองคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ.....	115
ภาพที่ 12.1 แสดงโครงสร้างระบบประกันการดูแลระยะยาวในประเทศญี่ปุ่น.....	129
ภาพที่ 12.2 แสดงขั้นตอนการรับรองความจำเป็นต้องพยาบาลดูแล.....	130
ภาพที่ 13.1 โครงสร้างโครงการการรับรองสถานดูแลผู้สูงอายุ (RACAs).....	146
ภาพที่ 15.1 แสดงสถานการณ์การบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะ ยาวในประเทศไทย.....	174
ภาพที่ 16.1 กลไกการควบคุมและกำกับมาตรฐาน.....	183

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทั้งจากการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ภาวะโรคเรื้อรัง ในขณะที่เดียวกันยังไม่มีกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวทั้งในหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน และยังขาดองค์การที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลและรับขึ้นทะเบียนสถานบริการที่ชัดเจน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2552; ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ, 2552) การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ ดังที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 10 ที่กล่าวว่า

“เพื่อให้การคุ้มครองผู้รับบริการให้ได้รับความปลอดภัย ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพที่ให้ความสำคัญต่อการดูแลทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจและสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา และเป็นสิทธิตามกฎหมายของผู้บริโภค”

จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการประกันคุณภาพสถานบริการในระดับชาติ เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ และเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ในปี 2558 ที่กำลังจะมาถึงต่อไป

มาตรฐาน หมายถึง กรอบในการพัฒนาการดูแลของสถานบริบาล เพื่อให้ผู้พักอาศัยมีความพึงพอใจทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ภายในสิ่งแวดล้อมที่ผู้พักอาศัยมีสิทธิของตนเอง โดยมีเป้าหมายสูงสุดก็คือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้พักอาศัยในสถานบริการ ซึ่งในการกำหนดกรอบมาตรฐานด้านคุณภาพบริการ มีองค์ประกอบที่ครอบคลุม ทั้งด้านมาตรฐานเชิงโครงสร้างและด้านสิ่งแวดล้อม มาตรฐานกระบวนการและการดำเนินกิจกรรมต่างๆ และมาตรฐานเชิงผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผล และจะต้องสอดคล้องกันระหว่างมาตรฐานคุณภาพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (perceive quality) และมาตรฐานเชิงวิชาชีพของผู้ให้บริการ (quality of conformance) การกำหนดมาตรฐานของสถานบริบาลดังตัวอย่างในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินมาตรฐานและดัชนีชี้วัดคุณภาพของสถานบริบาล เช่น การใช้แบบประเมิน Minimum Data Set (MDS) ในการประเมินและคัดกรองผู้พักอาศัยในสถานบริบาล MDS เป็นแบบประเมินที่มีมาตรฐานและถูกนำไปใช้ในหลายประเทศ เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาลในประเทศไทย จึงควรมีการพัฒนามาตรฐานการดูแล (care standard) ผู้สูงอายุในสถานบริบาลโดยความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพ ในการพัฒนา

เครื่องมือประเมินมาตรฐานและดัชนีชี้วัดคุณภาพของสถานบริการในบริบทของประเทศไทยเช่นกัน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2550)

เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในประเทศไทยให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาการประกันคุณภาพสถานบริการในระดับชาติ และเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่ประชาคมอาเซียน ในปี พ.ศ. 2558 ที่กำลังจะมาถึง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องมีการพัฒนามาตรฐานและแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว

วัตถุประสงค์ของโครงการ

1. เพื่อศึกษามาตรฐานและการดูแล ด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว จากการสังเคราะห์มาตรฐานการดูแลที่ดี (good practice) และตามการรับรู้ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย
2. เพื่อศึกษาและหาหลักการควบคุมและกำกับมาตรฐานสำหรับสถานประกอบการผู้สูงอายุ
3. เพื่อพัฒนามาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานบริการ ในบริบทของประเทศไทยและศึกษาความเป็นไปได้ในการนำมาตรฐานไปใช้

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

มาตรฐาน หมายถึง กรอบในการพัฒนาการดูแลของสถานบริการ เพื่อให้ผู้พักอาศัยมีความผาสุกทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ภายในสิ่งแวดล้อมที่ผู้พักอาศัยมีสิทธิของตนเอง โดยมีเป้าหมายสูงสุดก็คือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้พักอาศัยในสถานบริการ โดยกำหนดกรอบมาตรฐานไว้ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่

- 1) **มาตรฐานด้านโครงสร้าง** ได้แก่ การเข้าถึงการดูแลภายในระบบ การจัดองค์การการดูแล บริการภาคทางการและไม่เป็นทางการที่มีในระบบ สภาพแวดล้อมทางกายภาพของบริการ อัตราบุคลากรทักษะและประสิทธิภาพของบุคลากร ค่าใช้จ่าย
- 2) **มาตรฐานด้านกระบวนการ** ได้แก่ กระบวนการทางเทคนิคกับผู้ป่วย แนวทางการปฏิบัติ กระบวนการตัดสินใจกับผู้ป่วยและครอบครัว การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว
- 3) **มาตรฐานด้านผลลัพธ์** ได้แก่ ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแล ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแล ความพึงพอใจของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวต่อผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ

สถานบริการดูแลระยะยาว (institutional long-term care) หมายถึง สถานที่ให้บริการทางเลือกตามชีวิตความเป็นอยู่ (life style) เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและความต้องการของผู้สูงอายุตลอดกระบวนการสูงอายุ โดยมีศักยภาพให้บริการดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ผู้ให้บริการอาจมาจากภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมประชาสงเคราะห์ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น หรือภาคเอกชนทั้งที่หวังผลกำไรและองค์กรการกุศล แบ่งออกเป็น 5 ประเภทดังนี้

1) **บ้านพักคนชรา (Residential home)** หรือ ชุมชนสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ (independent living communities) หรือชุมชนผู้เกษียณอายุ (retirement communities) หมายถึง สถานที่ให้บริการห้องพักสำหรับผู้ที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้พักอาศัยจะต้องสามารถเดินเองได้ เดินโดยใช้ไม้เท้า (cane) ไม้เท้าช่วยเดิน (crutches) หรือ อุปกรณ์ช่วยเดิน (walker) แต่ผู้พักอาศัยไม่ได้ต้องการการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ช่วยดูแล ให้บริการช่วยเหลือในด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว

2) **สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต (Assisted living setting)** เป็นสถานที่พักอาศัยสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายที่เกี่ยวข้องกับอายุหรือความพิการที่ต้องการช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันบางอย่าง ไม่สามารถพักอาศัยอยู่ที่บ้านได้อย่างปลอดภัยแต่ต้องการอยู่อย่างอิสระมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ มีบริการการดูแลส่วนบุคคล และการดูแลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ผู้พักอาศัยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้โดยไม่ต้องมีผู้คอยกำกับดูแลและไม่ต้องการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์หรือการพยาบาล มีห้องรับประทานอาหารและมีระบบการขอความช่วยเหลือฉุกเฉิน

3) **สถานบริบาล (Nursing home)** หมายถึง เป็นสถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการป่วยไม่มากที่จะต้องรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลแต่ไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ และเป็นสถานที่ให้บริการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ 24 ชั่วโมงต่อวัน หรือให้บริการกำกับดูแลในด้านการรับประทานยา การรับประทานอาหารและการช่วยเหลือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่าง แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและ/หรือมีโรคเรื้อรัง มีความพิการทางด้านร่างกาย หรือทางด้านการรับรู้ด้านเขว่วนปัญญา (สมองเสื่อม) หรือพิการทั้งสองอย่าง

4) **สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (Long-term care hospital)** หมายถึง สถานที่ให้การรักษายาบาลทั่วไป ที่ให้บริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเป็นระยะเวลาอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาจเป็นโรงพยาบาลของรัฐหรือโรงพยาบาลเอกชน

5) **สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (Hospice care)** หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้ป่วยก่อนเสียชีวิต เพื่อช่วยในการดูแลลดอาการเจ็บปวด หรืออาการอื่นๆ โดยมุ่งเน้นการให้มีความสุขสบายและเปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัวและเพื่อนๆ เป้าหมายในการดูแลก็คือ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยไปอย่างสงบในวันสุดท้ายของชีวิตโดยไม่ให้การรักษา

กลไกการควบคุมและการกำกับมาตรฐาน หมายถึง กฎระเบียบในการควบคุมบุคคลและหน่วยงานที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว เพื่อกำหนดไว้ซึ่งมาตรฐานแห่งการบริการ ประกอบด้วย

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานที่รับผิดชอบ หน่วยที่รับผิดชอบในการประเมินมาตรฐาน การขึ้นทะเบียน
วิธีการดำเนินการประเมิน และการรับรองผู้ให้บริการ เป็นต้น

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้มาตรฐานและแนวทางการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว
2. ได้แนวทางการดูแล กลไกการควบคุมกำกับมาตรฐาน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการรับรอง
คุณภาพสถานดูแลระยะยาวต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บทนำ

การศึกษาการพัฒนามาตรฐาน และแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว มีการทบทวนวรรณกรรมจากตำรา วารสารทางวิชาการ เอกสาร และบทความงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. ภาวะพึ่งพาและความต้องการการดูแลระยะยาว
2. แนวคิดคุณภาพการดูแล
3. มาตรฐานการดูแล
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิด

1. ภาวะพึ่งพาและความต้องการการดูแลระยะยาว

จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ และการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบว่า อัตราการพึ่งพาผู้อื่นสูงขึ้นตามอายุ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 และครั้งที่ 4 เป็นที่น่าสังเกตว่าความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of daily living: ADL) ลดลงทุกกลุ่มอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี พบว่า ความสามารถในการแต่งตัวและรับประทานอาหารมีภาวะพึ่งพาเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 99 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 100 ในปี พ.ศ. 2551-2552 (ดูตารางที่ 2.1)

ตารางที่ 2.1 แสดงการเปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ของผู้สูงอายุในปี 2550 และปี 2551-2552

การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 สำนักงานสถิติแห่งชาติ					การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2				
ADL/กลุ่มอายุ	ร้อยละ				ADL/กลุ่มอายุ	ร้อยละ			
	60-69	70-79	80-89	90+		60-69	70-79	80-89	90+
แต่งตัวเองได้	99	97	90	74	แต่งตัวเองได้	100	99	96	83
กินอาหารเองได้	99	97	93	80	กินอาหารเองได้	100	99	98	86
กลืนอาหารได้					กลืนอาหารได้				
ปัสสาวะได้	86	77	69	56	กลืนอาหารได้	81	76	72	57
เดินได้ 200-300 เมตร					เดินได้ 400 เมตร				
	92	77	51	28		82	66	43	30

ที่มา: สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2550) และสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (2552)

นอกจากนี้มีการคาดประมาณว่าในช่วงปี พ.ศ. 2547-2567 จะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากถึงมากที่สุด เป็นผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 1.7-2.0 และเป็นผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 1.4-1.9 และหากผู้สูงอายุกลุ่มนี้จำนวนร้อยละ 2-25 เข้าพักในสถานบริการจะต้องเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 908 - 11,354 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2552 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2,766 - 34,573 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2567 หากต้องเข้าพักในสถานดูแลระยะยาว (Srithamrongsawatet al., 2009)

สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2 เมื่อวันที่ 18 ธันวาคม 2552 ให้ความเห็นชอบในมติที่ 11 เรื่อง การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง¹¹ โดยให้คำนึงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวไว้ว่า

“การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวหมายถึงการดูแลที่ครอบคลุมทุกมิติทั้งสังคม สุขภาพ เศรษฐกิจและสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบภาวะยากลำบาก อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีความพิการ ทูพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรด้านสุขภาพและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน) รวมถึงการบริการในครอบครัว ชุมชนหรือสถานบริการ”

อย่างไรก็ตามการขยายตัวของโรคเรื้อรังและภาวะทุพพลภาพ ในขณะที่ศักยภาพของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุลดลง ทำให้ความต้องการการดูแลในสถานบริการที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับมียังไม่มีการมาตรฐานการดูแลในระดับชาติและยังไม่มีระบบการกำกับดูแลยังไม่ชัดเจน เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลคุณภาพชีวิตและสิทธิของผู้สูงอายุในสถานบริการ ดังนั้นการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานบริการที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ และเป็นที่ยอมรับของทุกฝ่าย จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2556)

สอดคล้องกับพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ 2546 มาตรา 10 ได้ระบุการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ โดยกล่าวว่า

“เพื่อให้การคุ้มครองผู้รับบริการให้ได้รับความปลอดภัย ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพที่ให้ความสำคัญต่อการดูแลทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจและสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และเป็นสิทธิตามกฎหมายของผู้บริโภค”

จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการประกันคุณภาพสถานบริการในระดับชาติ เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยให้เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ

2. แนวคิดด้านคุณภาพการดูแล

ด้วยคุณภาพการดูแลเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่ดี นอกจากนี้คุณภาพการดูแลในสถานบริการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้พักอาศัย ดังนั้นการให้บริการการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุในสถานบริการต้องคำนึงถึงคุณภาพการดูแลเป็นสำคัญ ในประเด็นต่อไปนี้

2.1 ความหมาย

คุณภาพการดูแล (Quality of care) หมายถึง การดูแลที่สนองความต้องการหรือมากกว่าความต้องการของผู้รับบริการตามมุมมองที่กำหนดโดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทั้งนี้ผู้บริการครอบคลุมผู้ป่วย ครอบครัว (Dana, 2004)

คุณภาพการดูแล เป็นการดูแลที่คาดหวังได้ว่า มีมาตรการที่จะช่วยทำให้เกิดความอยู่ดีมีสุข (well-being) และความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ ทั้งนี้เป็นผลจากการประเมินอย่างละเอียดถึงผลได้ผลเสียอันเป็นผลติดตามจากการดูแลนั้น” ประกอบไปด้วย 3 มิติ คือ

- 1) เปรียบเทียบผลที่ได้และผลที่เสียหายหรือความเสี่ยงทางสุขภาพ
- 2) มิติทางบุคคล: ความคาดหวัง ถึงผลผลที่ได้และผลที่เสียหาย
- 3) มิติด้านสังคม: ค่าใช้จ่ายของการรักษาพยาบาล

คุณภาพของการบริการ หมายถึง การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นของลูกค้าโดยอยู่บนพื้นฐานของมาตรฐานวิชาชีพ ประกอบด้วย (อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล และคณะ, 2542)

- 1) ความถูกต้องตามมาตรฐาน
- 2) ความถูกต้องตรงตามความต้องการ
- 3) ความคาดหวังของผู้รับบริการ

2.2 องค์ประกอบและมิติของคุณภาพ

ด้วยคุณภาพการดูแล มีองค์ประกอบหรือมิติที่หลากหลายแตกต่างกันไป สามารถสรุปองค์ประกอบและมิติของคุณภาพ ตามมุมมองด้านวิชาชีพ ความคาดหวังของผู้ใช้บริการ แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและตามผลการปฏิบัติงาน ได้ดังนี้

- 1) คุณภาพการดูแลตามมุมมองจากผู้ประกอบวิชาชีพ อาจมองได้จาก 2 ด้าน คือ
 - คุณภาพทางเทคนิค (Technical quality) เป็นคุณภาพที่ประเมินจากความถูกต้องของบริการและความชำนาญของผู้ให้บริการ เป็นต้น
 - คุณภาพระหว่างบุคคลหรือคุณภาพการทำงาน (Interpersonal or functional quality) ประเมินจากคุณภาพการสื่อสาร ความเห็นอกเห็นใจ ห่วงใย ไวต่อความเปลี่ยนแปลง
- 2) คุณภาพการดูแลตามมุมมองและความคาดหวังของผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการจะถูกมองและคาดหวังในด้านต่อไปนี้
 - กระบวนการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล

- การดูแลในหอผู้ป่วย
- การรักษาพยาบาล
- การสื่อสาร
- การดูแลและบริการทั่วไป เช่น ห้องพัก สถานที่ อาหาร

3) คุณภาพการดูแลตามทฤษฎีระบบ ของ Donabedian (1985) เป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยมนำมาใช้ในการประเมินคุณภาพ ประกอบด้วย

- โครงสร้าง (**Structure**) คุณลักษณะของบุคลากรทางสุขภาพ เช่น จำนวนและความสามารถของบุคลากร อาคาร สถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ เป็นต้น
- กระบวนการ (**Process**) ส่วนประกอบต่างๆ ของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้ป่วย เช่น ทรัพยากร รูปแบบการจัดการ งบประมาณ

- ผลลัพธ์ (**Outcome**) สภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ

4) คุณภาพการดูแลตามผลการปฏิบัติงาน (Performance) ตัวชี้วัดประกอบด้วย

- การเข้าถึงการบริการ (Accessibility)
- ระยะเวลา (Timeline),
- ประสิทธิภาพ (Effectiveness)
- ความสามารถ (Efficacy)
- ประสิทธิภาพ (Efficiency)
- ความเหมาะสม (Appropriateness)
- ความต่อเนื่อง (Continuity)
- การดูแลปฐมภูมิ (Primacy of Care)
- การเก็บความลับ (Confidentiality)
- การมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้ป่วยและครอบครัว (Participation of patient and family in caring)
- ความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมในการดูแล (Safety of care environment)

2.4 การประกันคุณภาพ

การประกันคุณภาพ หมายถึง กลไก (mechanisms) และกระบวนการ (processes) ต่าง ๆ ที่นำไปสู่การรักษาและปรับปรุงคุณภาพของผลลัพธ์เพื่อช่วยให้ผู้เกี่ยวข้อง (Stakeholders) มั่นใจในวิธิตบคุมคุณภาพและมั่นใจในมาตรฐานของผลผลิต รวมทั้งเป็นการรับประกันหรือรับรองว่าจะได้มาตรฐานตามที่ระบุ (Harman, 1996)

เพื่อให้บริการดูแลที่มีคุณภาพ สามารถกำกับดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรมีการพัฒนามาตรฐานสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวขึ้นมา ซึ่งอาจต้องมีการประเมินและขั้นตอนการประเมินซ้ำ เพื่อให้

สามารถจับประเด็นปัญหาในการปฏิบัติในสถานบริการที่เพิ่มขึ้น สามารถทำได้จากการตรวจสอบคุณภาพตามปกติ (Capitman et al., 2005) ดังนั้นในการวิจัยนี้จึงมุ่งเน้นที่การศึกษามาตรฐานและการดูแล ด้านโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว จากการสังเคราะห์มาตรฐานการดูแลที่ดี (good practice) และตามการรับรู้ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และหากลไกการควบคุมและกำกับมาตรฐานสำหรับสถานประกอบการผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนามาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานบริการ ในบริบทของประเทศไทย

3. มาตรฐานการดูแล

3.1 ความหมาย

มาตรฐาน หมายถึง กรอบในการพัฒนาการดูแลของสถานบริบาล เพื่อให้ผู้พักอาศัยมีความสุขทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ภายในสิ่งแวดล้อมที่ผู้พักอาศัยมีสิทธิของตนเอง โดยมีเป้าหมายสูงสุดก็คือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้พักอาศัยในสถานบริการ

3.2 การกำหนดกรอบมาตรฐานด้านคุณภาพบริการ

การกำหนดกรอบมาตรฐานด้านคุณภาพบริการ มีองค์ประกอบที่ครอบคลุม ทั้งด้าน

- 1) มาตรฐานเชิงโครงสร้างและด้านสิ่งแวดล้อม
- 2) มาตรฐานกระบวนการและการดำเนินกิจกรรมต่างๆ และ
- 3) มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพและประสิทธิผล

นอกจากนี้มาตรฐานจะต้องสอดคล้องกัน ระหว่างมาตรฐานคุณภาพตามการรับรู้ของผู้ใช้บริการ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย (perceive quality) และมาตรฐานเชิงวิชาชีพของผู้ให้บริการ (quality of conformance)

3.3 มาตรฐานการดูแลในประเทศไทย

ประเทศไทย ได้มีการพัฒนามาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์มาอย่างต่อเนื่อง โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มาตรฐานเดิมประกอบไปด้วย 5 มาตรฐาน ได้แก่ มาตรฐานการบริหารจัดการ สุขภาพ ผู้ใช้บริการด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัยและระบบมาตรฐานภายในซึ่งระบบมาตรฐานการบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์เป็นไป เพื่อการควบคุมและตรวจสอบการดำเนินงานโดยตนเองเทียบกับมาตรฐานที่กำหนดไว้ เพื่อการพัฒนางค์กรอย่างต่อเนื่อง คณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ จึงได้ออก “ข้อกำหนดคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ ว่าด้วยมาตรฐานการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2550” และระเบียบคณะกรรมการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ ว่าด้วยการรับรองมาตรฐานการปฏิบัติงานด้านการจัดสวัสดิการสังคม

พ.ศ. 2550 รวมทั้งให้ความเห็นชอบตัวชี้วัดและเกณฑ์การประเมินมาตรฐานการปฏิบัติงาน ด้านการจัดสวัสดิการสังคมขององค์การสวัสดิการสังคมนักสังคมสงเคราะห์และอาสาสมัคร

ต่อมา อังคณา ตันท์เอกคุณ (2545) ได้ศึกษาคุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) ในผู้สูงอายุที่พักอาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราประเภทสามัญจำนวน 7 แห่ง รวม 58 คน ผลการวิจัย พบว่า คุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานสงเคราะห์คนชรา มี 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) อาหาร 2) การดูแล 3) สิ่งแวดล้อม และ 4) บุคลากร ผลจากการวิจัยครั้งนี้ทำให้ทราบถึงคุณภาพการดูแลความคาดหวังของผู้สูงอายุที่ต้องรับการดูแลจากสถานสงเคราะห์คนชรา เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนจัดบริการ และพัฒนาการดูแลให้มีคุณภาพตามความคาดหวังของผู้สูงอายุ และในการวิจัยทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพต่อไป

สำนักสถานพยาบาลและการประกอบโรคศิลปะ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ริเริ่มกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล ได้มีการยกร่างประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง มาตรฐานการบริการผู้สูงอายุในสถานพยาบาล เพื่อให้การจัดการของสถานพยาบาลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในด้านการจัดเตรียมของฝ่ายผู้ให้บริการ ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ การใช้ทรัพยากรเฉพาะกลุ่มเป็นไปอย่างคุ้มค่า จึงเป็นการสมควรกำหนดการให้บริการผู้สูงอายุในสถานพยาบาล เป็นไปอย่างมีมาตรฐาน สามารถคุ้มครองผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทัศนาศูววรรณ ปกรณ์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, 2552) อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลสถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานบริการสำหรับผู้สูงอายุและสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล

ลัดดา ดำริการเลิศและคณะ (2554) ได้การสังเคราะห์องค์ความรู้ระบบการบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ และได้พัฒนารอบและแนวทางการพัฒนามาตรฐานบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ โดยให้ข้อเสนอแนะ เช่น จัดให้มีการทำข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) กับสถานศึกษาในพื้นที่ใกล้เคียง จัดทำโครงการนำร่องที่มีการแยกส่วนการดูแลทางด้านการแพทย์ออกจากบริการอื่นๆ ที่ชัดเจน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่พิการขั้นทะเบียนเป็นผู้พิการ จัดทำแบบประเมินกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม จัดให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนให้กับนักเรียน/นักศึกษา จัดให้มีกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม เพิ่มอัตรากำลังประจำทุกตำแหน่งจัดให้มีเครือข่ายบริการทางการแพทย์ ให้สิทธิในการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราที่ไม่มีบัตรประชาชน และให้สถานสงเคราะห์มีหน่วยดูแลปฐมภูมิ (Primary care) เป็นต้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2556)

อย่างไรก็ตามได้เริ่มมีการดำเนินการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ เช่น การศึกษาของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2555) ที่ศึกษาเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว: คุณภาพการดูแล และความรู้ เจคติ และการปฏิบัติ ของบุคลากรทางการพยาบาล การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลักๆ คือ

1) การศึกษาด้านคุณภาพการดูแลในสถานดูแลระยะยาว โดย ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2555) ได้สร้างแบบประเมินดังนี้

1.1) แบบประเมินคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว เป็นแบบประเมินตนเองเกี่ยวกับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ ที่ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2555) สร้างขึ้นจากตัวบ่งชี้การประเมินคุณภาพสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย ที่ได้จากการวิจัยของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ (2552) แบบประเมินแบ่งออกเป็น 3 ด้าน 15 องค์ประกอบ คือ

- ปัจจัยนำเข้าและโครงสร้าง เดิมมี 4 องค์ประกอบ คือ นโยบาย การคัดเลือกบุคลากร ความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ การเลือกใช้วัสดุ และผู้วิจัยสร้างเพิ่ม 2 องค์ประกอบ คือ วัสดุทัศนและพันธกิจและวัตถุประสงค์และเป้าหมาย เพื่อให้ตัวชี้วัดมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น รวมเป็น 6 องค์ประกอบ

- ด้านกระบวนการ จำนวน 6 องค์ประกอบ คือ การพัฒนาบุคลากร การวางแผนการดูแลร่วมกันระหว่างสหสาขาวิชาชีพ ระบบส่งต่อ การดูแลแบบองค์รวม การบริหารจัดการด้านกำลังคน มีผู้รับผิดชอบกำกับดูแลการทำงาน

- ด้านผลลัพธ์ จำนวน 3 องค์ประกอบ คือ การติดตามประเมินผล ระบบการตรวจสอบ ความพึงพอใจผู้รับบริการ แต่ละองค์ประกอบมีตัวชี้วัด 5 ระดับและแบ่งคะแนนคุณภาพออกเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 1-5 มีคุณภาพการดูแลอยู่ในขั้นปรับปรุงจนถึงมีคุณภาพการดูแลในระดับดีมาก

ผลการวิจัยพบว่า คุณภาพโดยรวมของสถานบริการระยะยาว 37 แห่งอยู่ในระดับดี โดยพบว่า คุณภาพด้านปัจจัยนำเข้าและโครงสร้างมีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือคุณภาพด้านผลลัพธ์และด้านกระบวนการ สถานดูแลระยะสุดท้ายมีคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี รองลงมาคือ สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล สถานช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและสถานบริบาลที่มีคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และบ้านพักคนชรา มีคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตามยังเครื่องมือยังมีข้อจำกัดที่สร้างจากตัวบ่งชี้ที่ได้จากการทำสนทนากลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในวงที่จำกัดและยังไม่มีสังเคราะห์องค์ความรู้จากต่างประเทศอย่างเป็นระบบเพื่อใช้เป็นแนวทางในการพัฒนามาตรฐานเพื่อนำไปสู่คุณภาพของประเทศไทยที่ชัดเจน

2) ในด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาล ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2555) ได้จัดทำแบบประเมินดังนี้

2.1) แบบทดสอบความรู้ด้านผู้สูงอายุ เป็นแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ที่นำมาจากแบบทดสอบ Aging Quiz ของ Palmore (1977) และต่อมา Miller and Dodder (1980) ได้ปรับปรุงโดยเพิ่มคำอธิบายเพื่อให้มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น แปลและเรียบเรียงโดย ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2555) และผ่านการตรวจสอบการแปลโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา แบบทดสอบนี้มีทั้งหมด 25 ข้อ มีทั้งคำถามเชิงบวกและเชิงลบ ข้อละ 1 คะแนน โดยกลับคะแนนในคำถามเชิงลบ ผู้ที่ได้คะแนนมากจะมีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุมากและสามารถแบ่งความรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับต่ำ ระดับปานกลางและระดับสูง เป็นแบบประเมิน

สามารถใช้กับบุคลากรทางการพยาบาล (Nursing staff) ในสถานบริการดูแลระยะยาวใน พยาบาล ผู้ช่วย พยาบาลและผู้ช่วยดูแล มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .64, .64, .54 ตามลำดับ

2.2) **แบบประเมินทัศนคติต่อผู้สูงอายุโคแกน (Kogan's Attitude toward Old People Scale: KOAP)** เป็นแบบประเมินที่ ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ (2555) แปลมาจากแบบประเมินทัศนคติต่อผู้สูงอายุโคแกน ของ Nathan Kogan (1961) และผ่านการตรวจสอบการแปลโดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษา มีจำนวนทั้งหมด 34 ข้อ แบ่งออกเป็นคำถามเชิงบวก 17 ข้อ (ข้อคำถามเลขคู่) และคำถามเชิงลบ 17 ข้อ (ข้อคำถามเลขคี่) เป็น Rating scale เริ่มจาก ไม่เห็นด้วย ได้ 1 คะแนน จนถึงเห็นด้วยมากที่สุด ได้ 6 คะแนน คะแนนรวมอยู่ในช่วง 34 – 204 การแปลผล ผู้ที่ได้คะแนนยิ่งสูงจะยิ่งมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุเป็นแบบประเมินสามารถใช้กับบุคลากรทางการพยาบาล (Nursing staff) ในสถานบริการดูแลระยะยาว เช่น พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยดูแล มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .76, .56, .56 ตามลำดับ

2.3) **แบบประเมินการปฏิบัติของพยาบาล** เป็นแบบประเมินที่ ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ (2555) สร้างขึ้นตามกรอบสมรรถนะและบทบาทของพยาบาล (General Nurse / Registered Nurse) ในสถานดูแลระยะยาวที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน แบ่งสัดส่วนจำนวนข้อตามบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาล คือ ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ 3 ข้อ ทักษะทางคลินิก 11 ข้อ ทักษะทางการจัดการ 8 ข้อและทักษะในการบริหาร 8 ข้อ รวมทั้งหมด 30 ข้อ เป็นแบบวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับผู้ที่ได้คะแนนยิ่งสูงจะยิ่งมีสมรรถนะในการปฏิบัติที่ดีมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .90

2.4) **แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ช่วยพยาบาล** เป็นแบบประเมินที่ ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ (2555) สร้างขึ้นตามกรอบสมรรถนะและบทบาทของผู้ช่วยพยาบาล (Practical Nurse) ในสถานดูแลระยะยาวที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน แบ่งสัดส่วนจำนวนข้อตามบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ช่วยพยาบาล คือ ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ 10 ข้อ ทักษะทางคลินิก 9 ข้อ ทักษะทางการจัดการ 5 ข้อและทักษะในการบริหาร 6 ข้อ รวมทั้งหมด 30 ข้อ เป็นแบบวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับผู้ที่ได้คะแนนยิ่งสูงจะยิ่งมีสมรรถนะในการปฏิบัติที่ดีมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81

2.5) **แบบประเมินการปฏิบัติของผู้ช่วยดูแล** เป็นแบบประเมินที่ ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ (2555) สร้างขึ้นตามกรอบสมรรถนะและบทบาทของผู้ช่วยดูแล (Care Assistant) หรือผู้ช่วยการพยาบาล (Nurse Aid) ในสถานดูแลระยะยาวที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม แบ่งออกเป็น 4 ด้าน แบ่งสัดส่วนจำนวนข้อตามบทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ช่วยดูแล คือ ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ 19 ข้อ ทักษะทางคลินิก 5 ข้อ ทักษะทางการจัดการ 3 ข้อและทักษะในการบริหาร 3 ข้อ รวมทั้งหมด 30 ข้อ เป็นแบบวัดประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ระดับผู้ที่ได้คะแนนยิ่งสูงจะยิ่งมีสมรรถนะในการปฏิบัติที่ดีมีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .81

ผลการวิจัย พบว่า บุคลากรทางการพยาบาล คือ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยการพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ในด้านความรู้ พยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ผู้ช่วยการพยาบาลมีความรู้เกี่ยวกับการสูงอายุอยู่ในระดับต่ำ ด้านทัศนคติ บุคลากร

ทางการพยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง และในด้านการปฏิบัติงานบุคลากรทางการพยาบาลส่วนใหญ่มีการปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทัศนคติของพยาบาลต่อผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติงานโดยรวม ทัศนคติของผู้ช่วยพยาบาลต่อผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้ ประสิทธิภาพบริการและประสบการณ์ของผู้ช่วยพยาบาลต่างก็มีการปฏิบัติแตกต่างกัน ความรู้ของผู้ช่วยพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับทัศนคติต่อผู้สูงอายุและการปฏิบัติด้านทักษะการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการวิจัยนี้ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2555) จึงได้สร้าง หลักสูตรการดูแลระยะยาวในสถานบริการสำหรับ พยาบาล ผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยดูแลที่ปฏิบัติงานทำงานในสถานดูแลระยะยาว หรือมีความประสงค์จะทำงานในสถานดูแลระยะยาว เพื่อเป็นการพัฒนาความรู้ เจตคติและการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรหลักในการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพต่อไป

สำหรับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ในด้านมาตรฐานการดูแล กลไกการควบคุมและกำกับมาตรฐานสำหรับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ จากประเทศในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป ออสเตรเลีย และเอเชีย รวมทั้งหมด 10 ประเทศ คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา อังกฤษ ฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ สวีเดน ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ญี่ปุ่น และเขตเศรษฐกิจฮ่องกง ในประเทศอังกฤษ ฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ สวีเดน ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น ฮ่องกงและสหรัฐอเมริกา จะนำเสนอในบทที่ 4-13

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ด้วยการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการดูแลระยะยาวยังมีน้อย สามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ การศึกษาข้อมูลพื้นฐานในด้านการดูแลระยะยาว ที่รวมถึง สถานบริการดูแลระยะยาว คุณลักษณะของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ และการวิจัยทางด้านการเงินการคลังในการดูแลระยะยาว ดังตัวอย่างงานวิจัยต่อไปนี้

4.1 งานวิจัยเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานการดูแลระยะยาว

ในด้านข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับระบบการดูแลระยะยาว พบการศึกษาของ กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2551) ที่ศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบระบบบริการการดูแลระยะยาวใน 10 ประเทศ ผลการศึกษาพบว่า ภาครัฐมีบทบาทในการพัฒนาและจัดระบบการดูแลระยะยาวต่างกันขึ้นอยู่กับแนวคิดพื้นฐานทางสังคมของแต่ละประเทศ การจัดบริการครอบคลุมทั้งการดูแลส่วนบุคคลและความเป็นอยู่ในสถานบริการ และในชุมชน แหล่งที่มาของการเงินการคลังของประกอบด้วยภาษีทั่วไป การจ่ายเงินสมทบจากสามฝ่ายและจากกระเป๋าผู้ใช้บริการ ข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการพัฒนาาระบบดูแลระยะยาวให้มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรมและคุณค่าของสังคมไทย การบริการควรเน้นให้ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแล ภาครัฐมีบทบาทในการเป็นผู้สนับสนุน ให้ความรู้และเป็นตัวแทนดูแลกำกับคุณภาพของบริการ โดยมีระบบที่รองรับสำหรับผู้ที่ยังไม่สามารถดูแลได้

สำหรับข้อมูลพื้นฐานด้านสถานบริการ ผู้ให้บริการและและผู้รับบริการดูแลระยะยาว พบ การศึกษาของ ศิริพันธ์ สาสัจย์ และเตือนใจ ภักดีพรม (2550) ได้ทบทวนองค์ความรู้เรื่อง ระบบสถานบริการ ผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุตอนปลายที่มีภาวะเปราะบางและส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรัง สถานสงเคราะห์คนชราให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังร่วมด้วย ส่วนการดูแลในสถานบริบาลเน้นดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังต้องการการดูแลระยะยาวและผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลในครอบครัวได้ พบว่ายังไม่มี การแบ่งผู้สูงอายุตามระดับความต้องการการดูแล ยังไม่มีการรับรองมาตรฐานของสถานบริบาล ข้อเสนอแนะ คือ ควรแบ่งประเภทการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาล แบ่งระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ ส่งเสริมองค์กรท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการจัดบริการ ควรจัดทำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการดูแลระยะยาว จัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบในการรับรองมาตรฐาน การฝึกอบรมบุคลากร ส่งเสริมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ทศนา ชูวรรณปกรณ์ และคณะ (2550) ที่ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา พบว่า สถานสงเคราะห์ต้องรับภาระในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ มีโรคเรื้อรังและมีภาวะทุพพลภาพ และการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนภายหลังออกจากโรงพยาบาล อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่ใช่บุคลากรทางด้านสุขภาพ รวมทั้งขาดแคลนอุปกรณ์ที่จำเป็น และศิริพันธ์ สาสัจย์และคณะ (2552) ศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยที่ให้บริการแก่ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป โดยใช้วิธีวิจัยเชิงสำรวจ พบว่า มีจำนวนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งหมด 138 แห่ง ร้อยละ 49.28 อยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 43.48 เป็นสถานบริบาล ร้อยละ 45 ของสถานสงเคราะห์ที่ไม่มีพยาบาลประจำ ร้อยละ 45.5 ของสถานบริการไม่ได้ขึ้นทะเบียน สถานดูแลระยะยาว ผู้พักอาศัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคข้อเข่าเสื่อม ปวดข้อ ร้อยละ 41.6 มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 29.5 มีภาวะซึมเศร้าปานกลางถึงรุนแรง ร้อยละ 52.3 มีภาวะพึ่งพาปานกลางถึงพึ่งพาผู้อื่นทั้งหมดถึง ร้อยละ 55.6 พบอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง บุคลากรส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยดูแล ส่วนใหญ่ผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุแต่พบว่ามีทัศนคติเชิงลบต่อผู้สูงอายุส่วนใหญ่ให้ความสำคัญในด้านความรู้ การพัฒนาด้านบุคลิกลักษณะและวิธีการดูแลให้มีมาตรฐานสูงขึ้น

ในด้านผู้รับบริการ พบการศึกษาของ พันธุ์ทิพย์ วรราช (2551) ที่ศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริการเอกชน ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล จำนวน 140 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถานบริบาล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงหม้าย มีป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุที่เข้าพักในสถานบริบาลเนื่องจากญาติไม่สามารถให้การดูแลได้และ/หรือต้องการผู้ดูแลที่มีทักษะ ส่วนใหญ่มีระดับความต้องการการดูแลในระดับมากเนื่องจากมีภาวะนอนติดเตียงและไม่สามารถสื่อสาร ร้อยละ 27 มีปัญหาด้านเขavnปัญญา ร้อยละ 33 มีภาวะภาวะซึมเศร้า ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่แตกต่างกันมีระดับความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในด้านการให้บริการ ศิริพันธ์ สาสัจย์ ทศนา ชูวรรณปกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ (2552) ได้ศึกษา รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย พบว่ามี 2 รูปแบบคือ 1) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่เน้นการรักษาจากแพทย์ แต่เน้นการดูแลทาง

สังคม การช่วยเหลือการดำรงชีวิตและการดูแลสุขภาพเบื้องต้น 2) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระดับสูง เป็นการดูแลผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีภาวะเปราะบาง ต้องการความช่วยเหลือดูแล ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง การพยาบาลและการรักษาจากแพทย์ ข้อเสนอแนะ คือ ควรแบ่งการขึ้นทะเบียนออกเป็น 2 ระดับ คือ สถานดูแลระยะยาวระดับพื้นฐานและระดับระดับสูง กำหนดมาตรฐานขั้นต่ำที่เป็นมาตรฐานกลางในระดับประเทศ ส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการ ควรจัดทำแบบประเมินภาวะพึ่งพาที่เป็นที่ยอมรับและเข้าใจตรงกันของทุกฝ่าย

ต่อมา ลัดดา ดำหิการเลิศและคณะ (2554) ได้รวบรวมและสังเคราะห์องค์ความรู้ระบบการบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการและได้พัฒนารอบและแนวทางการพัฒนามาตรฐานบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ โดยให้ข้อเสนอแนะ 1) ควรจัดให้มีการทำความร่วมมือกับสถานศึกษาในพื้นที่ใกล้เคียง 2) เสนอให้สถานสงเคราะห์จัดทำโครงการนำร่องที่มีการแยกส่วนการดูแลทางด้านทางการแพทย์ออกจากบริการอื่นๆ ที่ชัดเจน 3) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่พิการขึ้นทะเบียนเป็นผู้พิการ 4) ควรจัดทำแบบประเมินกิจกรรมต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม 5) จัดให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนให้กับนักเรียน/นักศึกษา 6) จัดให้มีกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม 7) ควรเพิ่มอัตรากำลังประจำทุกตำแหน่ง 8) จัดให้มีเครือข่ายบริการทางการแพทย์ 9) ให้สิทธิในการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราที่ไม่มีบัตรประชาชน และ 10) ให้สถานสงเคราะห์มีหน่วย Primary care

4.2 การวิจัยทางด้านการเงินการคลังในการดูแลระยะยาว

ในด้านการเงินการคลังพบงานวิจัยหลายเรื่อง เช่น Srithamrongsawat, et al. (2009) ศึกษาการคาดการณ์ความต้องการและค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการในประเทศไทย ผลการศึกษาประมาณการณ์ได้ระหว่างปี ค.ศ. 2004-2024 จะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ร้อยละ 1.4-1.9 และพบในผู้สูงอายุหญิงถึง ร้อยละ 1.7-2.0 และหากผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องเข้าพักอาศัยในสถานดูแลระยะยาวแล้วจะมีค่าใช้จ่าย ประมาณ 908-11,354 ล้านบาท ในปี ค.ศ. 2009 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 2,766-34,573 ล้านบาท ในปี ค.ศ.2024 ข้อเสนอแนะ ควรแยกการดูแลระยะยาวจากการดูแลฉุกเฉิน ควรพัฒนาศักยภาพของสถานสงเคราะห์ผู้สูงอายุของภาครัฐเพื่อรองรับความต้องการของประชากรที่มีภาวะพึ่งพา พัฒนามาตรฐานการดูแลรวมทั้งพัฒนาอาคารและสิ่งแวดล้อม เสริมสร้างความเข้มแข็งระบบการดูแลระยะยาวที่บ้านและในชุมชน ในขณะที่การศึกษาของวรเวชม์ สุวรรณระดา และคณะ (2552) ที่ศึกษาการเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร พบผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง บุคคลในครอบครัวมีบทบาทในการดูแลลดลงในขณะที่บุคคลนอกเข้ามามีบทบาทในการดูแลเพิ่มมากขึ้น คู่สมรสที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักมากที่สุด ต้นทุนในการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33,035 บาทต่อคนต่อปี

และงานวิจัยที่พึงเสริมสืบลง คือ ศึกษาการประมาณการต้นทุนการจัดบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในสถาบัน: กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่ ของ วรเวชม์ สุวรรณระดา, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, นพพล วิทย์วรพงศ์ และสุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์ (2558) เพื่อศึกษา

รายละเอียดของการจัดบริการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาและศึกษาต้นทุนของการจัดบริการ ผลการศึกษา พบว่า ประเมินการต้นทุนโดยใช้วิธีคำนวณค่าเสื่อมราคาแบบเส้นตรงสำหรับอาคารสถานที่ ยานพาหนะและครุภัณฑ์ทุกประเภท พบต้นทุนการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุเฉลี่ยต่อคนต่อวัน เป็น 400.97 บาท หากพิจารณาเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาทั้งหมด พึ่งพาในระดับมากและพึ่งพาในระดับปานกลาง คิดเป็น 461.39, 456.91, 445.20 บาทต่อคนต่อวัน ตามลำดับ ส่วนผู้สูงอายุที่พึ่งพาน้อยถึงน้อยที่สุด มีต้นทุนการดูแลระยะยาวอยู่ที่ 383.27 บาทต่อคนต่อวัน และสำหรับการประมาณการต้นทุนโดยใช้วิธีคำนวณค่าเสื่อมราคาแบบยอดลดลงที่คิดสำหรับอาคารสถานที่และยานพาหนะและแบบเส้นตรงสำหรับครุภัณฑ์ทุกประเภท โดยกำหนดอายุการใช้งานที่นานกว่าวิธีคิดต้นทุนแบบแรก พบต้นทุนการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุเฉลี่ยต่อคนต่อวัน เป็น 391.03 บาท สำหรับผู้สูงอายุที่พึ่งพาทั้งหมด พึ่งพาในระดับมาก และพึ่งพาในระดับปานกลาง คิดเป็น 449.89, 445.42, 433.71 บาทต่อคนต่อวันตามลำดับ และในกลุ่มที่พึ่งพาในระดับน้อยถึงน้อยที่สุด มีต้นทุนการดูแลระยะยาว 373.80 ต่อคนต่อวัน ทั้งหมดนี้ชี้ให้เห็นว่าระดับการพึ่งพาบุคคลอื่นและต้นทุนการดูแลระยะยาวมีความสัมพันธ์เชิงบวกที่ไม่เป็นเส้นตรง

5. กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับ “คุณภาพการดูแลและภาวะใกล้ตาย” ของ Stewart et al. (1999) รวมกับแนวคิดของ ผลลัพธ์การดูแล ของ Kane, R. L. (2006) มาเป็นกรอบในการ ทบทวนวรรณกรรม โดยให้คำนิยามดังต่อไปนี้

5.1 ปัจจัยส่วนบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อม (Personal and social environment) หมายถึง ข้อมูลพื้นฐานของบุคคล ครอบครัวและชุมชน รวมถึงสังคมที่อยู่นอกระบบการดูแลระยะยาวที่เป็นทางการ ประกอบด้วย

1) สถานการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว (Patient and family situation) ควรจะครอบคลุม ประเด็นเรื่อง ลักษณะการอยู่อาศัย การพึ่งพิงของผู้สูงอายุ รวมถึง ระบบการดูแลตนเองในครอบครัวเป็นหลัก

2) สถานะทางคลินิก (Clinical status) หมายถึง ภาวะทางสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ

3) การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วย (Social support for patient) หมายถึง การสนับสนุนของสังคมและชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ระบบจิตอาสา เครือข่ายในชุมชน การมีแหล่งทรัพยากร หลักประกันทางสังคม เป็นต้น

4) การสนับสนุนทางสังคมสำหรับครอบครัว (Social support for family) หมายถึง นโยบายและระบบการสนับสนุนครอบครัวเพื่อเอื้อต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น นโยบายทางภาษี การให้ลางาน ระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นต้น

5) พื้นฐานทางวัฒนธรรม (Cultural background) หมายถึง ค่านิยมของคนในสังคมที่มีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การไม่เป็นภาระกับคนอื่น ความกตัญญูทวดเทวี จิตอาสา ฯลฯ

5.1 โครงสร้างระบบบริการ (Structure of care) ประกอบด้วย ข้อมูลในด้านการเข้าถึงการดูแลภายในระบบ การจัดองค์กรการดูแล บริการภาคทางการและไม่เป็นทางการที่มีในระบบ สภาพแวดล้อมทางกายภาพของบริการ อัตราบุคลากร ทักษะและประสิทธิภาพของบุคลากรและค่าใช้จ่าย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) การเข้าถึงการดูแลภายในระบบ (Access to care within system) หมายถึง เงื่อนไขและหลักเกณฑ์ในการได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์สำหรับบริการแต่ละประเภท

2) การจัดองค์กรการดูแล (Organization of care) นำเสนอภาพรวมของระบบ บทบาทและความสัมพันธ์ภายในองค์กร เช่น องค์กรกำกับ องค์กรซื้อบริการ องค์กรให้บริการ เป็นต้น

3) บริการภาคทางการและไม่เป็นทางการที่มีในระบบ (Formal/informal support service available) หมายถึง บริการต่างๆที่มีในระบบว่ามีอะไรบ้าง ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น บริการภาคไม่เป็นทางการในระบบที่มีการสนับสนุนมีอะไรบ้าง บริการในสถานบริการมีอะไรบ้าง

4) สภาพแวดล้อมทางกายภาพของบริการ (Physical environment of care) หมายถึง มาตรฐานทางกายภาพของบริการแต่ละประเภทโดยเฉพาะมาตรฐานทางกายภาพของสถานบริการแต่ละประเภทที่กำหนดไว้หรือไม่อย่างไร

5) อัตราบุคลากร (Staff ratio) หมายถึง มาตรฐานด้านกำลังคนของบริการแต่ละประเภทรวมถึงของสถานบริการแต่ละประเภท

6) ทักษะและประสิทธิภาพของบุคลากร (Skill and performance of staff) มีการกำหนดมาตรฐานและศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการในแต่ละประเภทบริการหรือไม่

7) ค่าใช้จ่าย (Cost) หมายถึง การกำหนดอัตราการคุ้มครองค่าใช้จ่ายในระบบประกันหรือระบบการคุ้มครองการกำหนดส่วนร่วมจ่ายของครัวเรือนต้องจ่ายเองของบริการแต่ละประเภท

5.3 กระบวนการให้บริการร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (Process of care with health care provider and stakeholders) หมายถึง การกำหนดมาตรฐานของกระบวนการให้บริการ การบูรณาการบริการด้านสุขภาพกับด้านสังคม สำหรับบริการในสถานบริการดูแลระยะยาวแต่ละประเภทประกอบด้วย

1) กระบวนการทางเทคนิคกับผู้ป่วย (Technical process with patients) เช่น การประเมินความต้องการการดูแล และวิธีการให้บริการ

2) แนวทางการปฏิบัติ (Practice guideline) คือ การกำหนดกระบวนการดำเนินกิจกรรมในทิศทางเดียวกัน

3) กระบวนการตัดสินใจกับผู้ป่วยและครอบครัว (Decision-making process with patient and family) คือ การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวในการยอมรับหรือปฏิเสธในการดูแลรักษาและสิ่งต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4) การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Information, counseling of patients and family)

5) รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว (Interpersonal and communication style with patients and family)

5.4 ผลลัพธ์ของการดูแลทั้งด้านความพึงพอใจและต่อคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย

1) ความพึงพอใจกับการดูแลสุขภาพ เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแล ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแล ความพึงพอใจของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวต่อผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ

2) คุณภาพและความยืนยาวของชีวิต เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย คุณภาพชีวิตของครอบครัว คุณภาพของการตายของผู้ป่วย ความยืนยาวของชีวิต และการใช้ประโยชน์ทางสุขภาพ)

4.5 กลไกการควบคุมและการกำกับมาตรฐาน สำหรับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ เป็นกฎระเบียบในการควบคุมบุคคลและหน่วยงาน ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวยาว เพื่อคงไว้ซึ่งมาตรฐานแห่งการบริการ ประกอบด้วย กฎหมายที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานที่รับผิดชอบ หน่วยที่รับผิดชอบในการประเมินมาตรฐาน การขึ้นทะเบียน วิธีการดำเนินการประเมิน และการรับรองผู้ให้บริการ เป็นต้น

ภาพที่ 2.1 กรอบในการสังเคราะห์วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยด้านผู้สูงอายุ

โครงสร้างและกระบวนการดูแล

ผลลัพธ์ของการดูแล

ปัจจัยส่วนบุคคล สังคม และสิ่งแวดล้อม

- สถานการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว
- สถานะทางคลินิก
- การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วย
- การสนับสนุนทางสังคมสำหรับครอบครัว
- พื้นฐานทางวัฒนธรรม

โครงสร้างระบบบริการ

- การเข้าถึงการดูแลภายในระบบ
- การจัดองค์การการดูแล
 - กลไกการกำกับมาตรฐาน
- บริการภาคทางการและไม่เป็นทางการที่มีในระบบ
- สภาพแวดล้อมทางกายภาพของบริการ
- อัตราบุคลากร
- ทักษะและประสิทธิภาพของบุคลากร
- ค่าใช้จ่าย

กระบวนการให้บริการร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- กระบวนการทางเทคนิคกับผู้ป่วย
- แนวทางการปฏิบัติ
- กระบวนการตัดสินใจกับผู้ป่วยและครอบครัว
- การให้ข้อมูล การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
- รูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว

ความพึงพอใจกับการดูแลสุขภาพ

- ความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแล
- ความพึงพอใจของครอบครัวต่อการดูแล
- ความพึงพอใจของผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ
- ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวต่อผู้ให้บริการดูแลสุขภาพ

คุณภาพและความยืนยาวของชีวิต

- คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- คุณภาพชีวิตของครอบครัว
- คุณภาพของการตายของผู้ป่วย
- ความยืนยาวของชีวิต
- การใช้ประโยชน์ทางสุขภาพ

ที่มา: ปรับปรุงจาก Stewart et al. (1999). Conceptual model of characteristics related to the quality of care and dying. และ Kane, R. L. (2006). Understanding health care outcomes research.

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

บทนำ

การวิจัยเรื่อง “การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว” เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed method) ที่รวมทั้งการวิจัยเอกสารซึ่งเป็นประเภทหนึ่งของการวิจัยเชิงบรรยาย (descriptive research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว กลไกการควบคุมและกำกับมาตรฐานสำหรับสถานประกอบการผู้สูงอายุ การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานบริการในบริบทของประเทศไทยและความเป็นไปได้ในการนำมาตราฐานไปใช้

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเอกสาร ประเด็นที่ 1 มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว และประเด็นที่ 2 กลไกการควบคุมและกำกับมาตรฐาน สำหรับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care facilities) ในประเทศในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป ออสเตรเลียและเอเชีย รวมทั้งหมด 10 ประเทศ คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา อังกฤษ ฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ สวีเดน ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ญี่ปุ่นและเขตเศรษฐกิจฮ่องกง ร่วมกับการสนทนากลุ่มจากผู้เชี่ยวชาญผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กำหนดพื้นที่ศึกษาครอบคลุม 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ ภาคละ 1 กลุ่ม และเพิ่มในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล อีก 2 กลุ่ม รวม 6 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน รวมผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งหมด 60 คน

การวิจัยระยะที่ 2 สังเคราะห์ผลการศึกษาระยะที่ 1 ร่วมกับการศึกษามาตรฐานการดูแลจากกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยดำเนินการสนทนากลุ่ม เพื่อนำสู่การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการดูแล กลไกการควบคุมกำกับมาตรฐานสำหรับสถานดูแลระยะยาว จัดเวทีวิพากษ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำมาตราฐานไปใช้

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยและพัฒนาแบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ

ระยะที่ 1 ประกอบไปด้วยกิจกรรมหลัก 1 กิจกรรมคือ

1.1 การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาวในประเทศที่มีการพัฒนามาตรฐานที่เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ ได้แก่ ประเทศในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และเอเชีย เป็นวิจัยเอกสาร (Document research) ทำ

การวิเคราะห์และสังเคราะห์งานวิจัย และเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ 1 มาตรฐานการดูแลโดยกำหนด กรอบมาตรฐานไว้ทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ มาตรฐานด้านโครงสร้าง ปัจจัยนำเข้าทั้งหมด ได้แก่ สถานที่ สิ่งแวดล้อม บุคลากร เครื่องมืออุปกรณ์ วัสดุครุภัณฑ์ มาตรฐานด้านกระบวนการ ได้แก่ กระบวนการบริหารจัดการ รูปแบบ/วิธีการ แนวทางปฏิบัติกิจกรรมการดูแลในแต่ละระยะ มาตรฐานด้านผลลัพธ์ ได้แก่ ผลลัพธ์ด้านคุณภาพของผู้ใช้บริการ ภาวะสุขภาพ ความพึงพอใจ ความปลอดภัย คุณภาพชีวิต ผลลัพธ์ด้านคุณภาพของผู้ให้บริการด้าน ต้นทุน ค่าใช้จ่าย ประสิทธิภาพ และประสิทธิผล ประเด็นที่ 2 กลไกการควบคุมกำกับ มาตรฐาน

ระยะที่ 2 ประกอบไปด้วยกิจกรรมหลัก 2 กิจกรรม คือ

2.1. ศึกษามาตรฐานการดูแลจากกลุ่มผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้เชี่ยวชาญผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในแต่ละภูมิภาค ใน 4 ภูมิภาคของประเทศ โดยแบ่งออกเป็นภูมิภาคละ 1 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ส่วนกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม เนื่องจากการวิจัยของ ศิริพันธ์ สาสัตย์ และคณะ (2552) พบว่า สถานดูแลผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งอยู่ในเขตนี้ รวมทั้งหมด 6 กลุ่ม มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งหมด 60 คน ได้แก่

- 1) ภาคเหนือ จัดที่จังหวัดเชียงใหม่
- 2) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดที่จังหวัดนครราชสีมา
- 3) ภาคกลาง จัดที่จังหวัดราชบุรี
- 4) กรุงเทพมหานครและปริมณฑล
- 5) ภาคใต้ จัดที่จังหวัดสงขลา

เกณฑ์ในการคัดเลือก ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในแต่ละภูมิภาคเข้ามามีส่วนร่วมในการวิจัยเป็น คือ

- 1) ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่จบการศึกษาหรือผ่านการฝึกอบรมทางด้านผู้สูงอายุ นักวิชาการหรือนักวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย แพทย์ทางด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ อาจารย์ทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ คณาจารย์ทางด้านสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ เป็นต้น
- 2) ผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่สำเร็จการศึกษาตามหลักสูตรที่สภาวิชาชีพให้การรับรอง เช่น พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานในสถานบริการระยะยาวอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 6 เดือนและมีความยินดีให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล
- 3) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หมายถึง ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบหรือได้ประโยชน์จากการจัดทำมาตรฐานและการกำกับดูแล เช่น เจ้าของกิจการ ผู้ปกครองสถานสงเคราะห์ ผู้อำนวยการและผู้บริหารสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ตัวแทนผู้สูงอายุและญาติผู้รับบริการ เป็นต้น

เกณฑ์ในการคัดออก เป็นผู้ที่ไม่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงหรือพึ่งย้ายเข้ามารับตำแหน่ง

2.2 พัฒนามาตรฐานการดูแลมีความเหมาะสมภายใต้บริบทของสังคมไทย โดย

1) นำผลการศึกษาระยะที่ 1 ที่ได้จากการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาวในต่างประเทศ ร่วมกับผลการศึกษาที่ได้จากการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในแต่ละภูมิภาค มาเป็นกรอบในการมาสังเคราะห์

2) ร่างมาตรฐานการดูแล (care standard) ที่มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ปัจจุบันและอนาคต

3) จัดเวทีวิพากษ์ เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะ (expert judgment) ต่อร่างมาตรฐาน และความเป็นไปได้ในการนำไปใช้

4) นำร่างมาตรฐานการดูแลมาปรับปรุงให้มีความเหมาะสม

สถานที่ทำการวิจัย ทดลองหรือเก็บข้อมูล

การวิจัยระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเอกสาร เกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาวในประเทศในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และเอเชีย

การวิจัยระยะที่ 2 กำหนดพื้นที่ศึกษาครอบคลุม 4 ภาคทั่วประเทศ ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลางและภาคใต้ รวมทั้งกรุงเทพมหานครและปริมณฑล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับการพิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมการวิจัยในคน ให้ดำเนินการวิจัยเรื่องนี้ เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2556 จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุด ที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ของการวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมชี้แจงให้ทราบสิทธิในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ว่า การตอบรับหรือปฏิเสธจะไม่มีผลใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยจะถือเป็นความลับ และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าเท่านั้น ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ไม่มีการเปิดเผยชื่อสถานดูแลระยะยาว หรือชื่อและนามสกุลที่แท้จริงของกลุ่มตัวอย่าง และหากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการทำวิจัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ โดยระหว่างการสนทนากลุ่ม ถ้ากลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการตอบคำถาม สามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยการกระทำได้กล่าวไม่มีผลใด ๆ ต่อผู้ให้ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ใช้วิธีการวิเคราะห์และสังเคราะห์เชิงเนื้อหา
 2. ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม ใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา
-

บทที่ 4

มาตรฐานการดูแลในสถานบริการของประเทศฝรั่งเศส

1. บทนำ

การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและพิการของประเทศฝรั่งเศส จัดอยู่ในรูปแบบ Mixed System แบบ Income-related universal benefits ของ OECD (OECD, 2011) โดยผสมรูปแบบของระบบถ้วนหน้าในส่วนบริการสุขภาพ ระบบถ้วนหน้าตามระดับรายได้สำหรับบริการช่วยเหลือทางสังคม ทั้งนี้ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศฝรั่งเศสถูกกำหนดให้เป็นรูปแบบบริการเฉพาะที่ผสมระหว่างบริการสุขภาพและบริการสังคม (le secteur médico-social) บางครั้งเรียกว่า Third sector โดยมีกฎหมายเฉพาะแยกออกมาจากบริการสุขภาพ หรือ บริการสังคมโดยเน้นกลุ่มผู้ป่วยที่สูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1975

ปัจจุบันระบบการดูแลระยะยาวของฝรั่งเศสเป็นแบบครอบคลุมทุกคน โดยถือเป็นสิทธิของประชาชน และเป็นความเสี่ยง (ทางการเงินการคลัง) ร่วมกันของสังคม (Social risk) รูปแบบการบริหารเป็นแบบกระจายอำนาจให้รัฐบาลท้องถิ่นระดับ Department เป็นผู้จัดการร่วมกับ National Solidarity Fund for Autonomy (CNSA) โดยการคลังสำหรับระบบการดูแลระยะยาวประกอบด้วย แหล่งเงินที่มาจากภาษี เงินสมทบประกันสังคมและเงินส่วนตัว ดังนี้

1) กองทุน National Solidarity Fund for Autonomy (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie: CNSA) ซึ่งตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 2004 มีรายรับหลักจาก Social Health Insurance และภาษีจากรายได้จากทุกคนในวัยทำงานหนึ่งวัน ซึ่งเรียกกันว่า “Unpaid working/solidarity day” (journée de solidarité) CNSA ทำหน้าที่จัดสรรเงินให้กับรัฐบาลท้องถิ่นโดยใช้สูตรการกระจายเงินที่ช่วยลดความไม่เท่าเทียมกันระหว่างท้องถิ่นในสิทธิประโยชน์ 2 เรื่อง คือ เงินช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (Allocation personnalisée d'autonomie: APA) และ เงินช่วยเหลือผู้พิการ (Prestation de compensation du handicap: PCH) ซึ่งมีอายุน้อยกว่า 60 ปี

2) เงินประกันสุขภาพภายใต้ประกันสังคม (Health Insurance) เป็นแหล่งการคลังสำหรับบริการดูแลระยะยาวในส่วนที่เป็นบริการทางการแพทย์และการพยาบาล โดยงบประมาณส่วนนี้ต้องได้รับการอนุมัติจากรัฐสภาเป็นรายปีภายใต้หมวด National Target for Health Insurance Expenditure (ONDAM) for the elderly

รัฐบาลท้องถิ่น (General councils (departments)) จัดเก็บภาษีสำหรับจัดบริการภายใต้ APA และ PHC โดยได้งบประมาณสนับสนุนบางส่วนจาก CNSA ในปี ค.ศ. 2008 งบประมาณร้อยละ 33 ของงบประมาณสำหรับ APA มาจาก CNSA และร้อยละ 98 ของงบประมาณสำหรับ PHC มาจาก CNSA ที่เหลือ

เป็นภาษีท้องถิ่น นอกจากนี้ผู้สูงอายุบางรายอาจได้รับความช่วยเหลือเป็นค่าที่พัก (Allocation de Solidarité pour l'Hébergement: ASH)

APA เป็นสิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในลักษณะครอบคลุมทั่วหน้า แต่ให้การช่วยเหลือตามระดับการพึ่งพา เช่น ในกรณีผู้สูงอายุที่รับบริการดูแลระยะยาวที่บ้านที่มีระดับการพึ่งพาสูงสุด (GIR1) ระดับการช่วยเหลืออยู่ที่ระดับ 1,209 ยูโร แต่ถ้าระดับการพึ่งพาลดลงมาถึง GIR4 การช่วยเหลือจะไม่เกิน 518 ยูโร และเป็นสัดส่วนผกผันกับรายได้ ตั้งแต่ร้อยละ 0-80 ซึ่งถ้ารายได้สูงถึงระดับหนึ่งก็จะไม่ได้รับการช่วยเหลือ โดยแบบช่วยจ่ายค่าบริการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ไม่ให้เงินโดยตรง

สำหรับครัวเรือน จ่ายร่วมค่าบริการในบ้านพักคนชราและสถานสงเคราะห์ ซึ่งต่างกันไปในแต่ละเขตปกครองท้องถิ่น (Department) โดยเฉลี่ยอยู่ในราววันละ 18 ยูโรต่อวัน ในปี ค.ศ. 2010 โดยเฉลี่ยครอบครัวรับผิดชอบค่าใช้จ่ายประมาณร้อยละ 24 เป็นค่าใช้จ่ายจากการคลังภาครัฐประมาณร้อยละ 76 หรือคิดเป็นประมาณร้อยละ 1 of GNP ในปี 2007 โดยร้อยละ 60 ของการคลังภาครัฐเป็นเงินจากระบบประกันสุขภาพ ร้อยละ 20 จากรัฐบาลท้องถิ่นร้อยละ 15 จาก CNSA และร้อยละ 2 จากรัฐบาลกลาง (Joël, et al., 2010)

2. ปัจจัยส่วนบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว

ร้อยละ 28 ของประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี หรือประมาณ 3 ล้านคน ต้องการความช่วยเหลือบางเรื่องในกิจวัตรประจำวัน แต่ถ้าเลือกเฉพาะผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือมาก (GIR1-GIR4) จำนวนจะลดลงมาอยู่ประมาณ 850,000 คน ในปี 2007 มีร้อยละ 6.7 ของประชากรอายุมากกว่า 64 ปีที่เข้ารับบริการในสถานการดูแล ขณะที่ร้อยละ 6.5 ของประชากรกลุ่มเดียวกันได้รับการบริการที่บ้าน (OECD, 2011) ในขณะที่ประชากรที่ได้รับการดูแลที่บ้าน พบว่า ในประเทศฝรั่งเศสมีการดูแลระยะยาวที่บ้านแบบเป็นทางการ ร้อยละ 51 และไม่เป็นทางการร้อยละ 49 โดยผู้ที่ให้การดูแลในด้านสุขอนามัยและงานบ้านส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงและมักเป็นคู่สมรสมากกว่าลูก

สภาพแวดล้อมส่วนบุคคลและสังคม (Personal and Social environment)

ร้อยละ 10 ของผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในสถานบริบาล แต่การดูแลระยะยาวส่วนใหญ่ในฝรั่งเศสยังเป็นการดูแลระยะยาวที่บ้าน สองในสามของผู้มีภาวะพึ่งพาอาศัยอยู่กับครอบครัว ซึ่งร้อยละ 50 เป็นคู่สมรส และร้อยละ 30 เป็นลูก โดยอายุเฉลี่ยของคู่สมรสที่เป็นผู้ดูแลจะอยู่ในช่วง 61-75 ปี ส่วนอายุเฉลี่ยของลูกที่เป็นผู้ดูแลเท่ากับ 51 ปี ทั้งนี้ผู้ดูแลประมาณร้อยละ 42 ประสบปัญหาทางสุขภาพจิต และทางร่างกายจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ร้อยละ 8.1 ได้รับการช่วยเหลือทางการเงินเนื่องจากการสูญเสียความสามารถในการพึ่งตัวเอง โดย 3 ใน 5 ของผู้ที่ได้รับความช่วยเหลือยังอาศัยอยู่ที่บ้าน มีน้อยกว่า 2 ใน 5 ที่อาศัยอยู่ในสถานบริบาล (Nursing home) (Chevreul, et al., 2010)

จากการสำรวจในปี ค.ศ. 2009 พบว่า ประชาชนฝรั่งเศส ร้อยละ 48 สนับสนุนให้รัฐบาลกลางเป็นผู้ดำเนินการบริหารบริการดูแลระยะยาว และสนับสนุนการอุดหนุนเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุที่จนให้ได้รับการดูแลระยะยาว

สถานะทางคลินิก

ความต้องการการดูแลในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งคาดการณ์จะมีประชากรในช่วงอายุ 60-79 ปี เป็นโรคสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ร้อยละ 83 ของประชาชนยังสามารถดูแลตัวเองได้ มีประมาณร้อยละ 14 ดูแลตัวเองได้ในระดับปานกลาง หลังจากอายุ 80 ปี ร้อยละ 2.5 จะอยู่ในภาวะพึ่งพา (Jeger, et al., 2011) โดยใช้เครื่องมือ AGGIR scale (Autonomie Gérontologique - Groupes Iso-Ressources) ในการแบ่งระดับความต้องการการดูแลระยะยาวซึ่งสามารถแบ่งระดับความต้องการมากที่สุด Gir1 ถึงความต้องการน้อยที่สุด Gir6 ซึ่งพบว่า ปัญหาจากการแบ่งประเภทความรุนแรงทางคลินิกดังกล่าวในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการการดูแลแต่ยังมีสภาวะทางกายภาพที่แข็งแรงอยู่ซึ่งมักถูกจัดให้อยู่ในกลุ่ม Gir5 หรือ Gir6 ซึ่งทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ขาดโอกาสในการได้รับการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมเพียงพอและจะไม่ได้ได้รับการดูแลระยะยาวจากระบบ

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับครอบครัว

ภาวะพึ่งพา (Dependency) ถูกกำหนดไว้ในกฎหมายว่า หมายถึง “ผู้สูงอายุที่สถานะสุขภาพและความเป็นอยู่ขึ้นต้องการความช่วยเหลือ รวมถึงผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน (ADL) โดยแบ่งเป็น 6 ระดับตามระดับการพึ่งพาตาม (ADL) (ดูตารางที่ 4.1) เรียกว่า AGGIR scale (Autonomie Gérontologique - Groupes Iso-Ressources) ซึ่งใช้เกณฑ์ 10 ข้อ คือ 1) Coherence 2) Orientation 3) Toileting 4) Clothing 5) Food 6) Urinary and faecal continence 7) Transferring 8) Movement indoors 9) Movement outdoors และ 10) Telephone communication

ตารางที่ 4.1 แสดงการแบ่งระดับภาวะพึ่งพา

ระดับ	ระดับการพึ่งพา
GIR 1	ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและมีปัญหาเรื่องความคิดความจำขั้นรุนแรง ต้องการบุคลากรสาธารณสุขมาดูแลประจำ
GIR 2	- ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวและมีปัญหาเรื่องความคิดความจำยังไม่ถึงขั้นรุนแรง แต่ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันส่วนใหญ่ - ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิต แต่ยังเดินได้
GIR 3	ผู้สูงอายุที่ไม่ติดเตียง และไม่มีปัญหาเรื่องความคิดความจำ แต่ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันหลายครั้งต่อวัน ความต้องการส่วนใหญ่เป็นเรื่องการเข้าห้องน้ำ
GIR 4	ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถลุกจากเตียงเอง แต่ถ้าลุกได้แล้ว สามารถที่จะเคลื่อนตัวไปมาภายในบ้านได้ แต่ต้องการความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันในเรื่องการทำความสะอาดร่างกายและการแต่งตัว โดยส่วนใหญ่สามารถกิน

	อาหารเองได้โดยไม่ต้องมีผู้ช่วย • ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว แต่ต้องการความช่วยเหลือเรื่องการประกอบอาหารและกิจวัตรประจำวันอื่นๆ
GIR 5	ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวภายในบ้าน สามารถกินอาหารเอง แต่งตัวเอง แต่ต้องการความช่วยเหลือเรื่องการประกอบอาหาร ซ้ำระร่างกายและงานบ้าน
GIR 6	ผู้สูงอายุที่สามารถจัดการกิจวัตรประจำวันได้เอง

ที่มา: ดัดแปลงจาก (Joël, et al., 2010)

ในระดับประเทศ หน่วยงาน CNSA ได้รับแหล่งเงินจาก Social Health Insurance และ Solidarity day ในปี ค.ศ.2010 มีแหล่งเงิน 2 พันล้านสำหรับการดูแลระยะยาว สำหรับ Nursing homes และการบริการในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ มีแหล่งเงิน จำนวน 5.2 พันล้าน ตลอดจนการให้เงินช่วยเหลือเพื่อการดูแลระยะยาวตามสัดส่วนสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง (จัดสรรโดย APA) เช่น ค่าใช้จ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่หรืออุปกรณ์สำหรับการดูแลในบ้าน

ที่ระดับท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ท้องถิ่นบริหารการเงินสำหรับการให้เงินช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเปราะบาง (APA เป็นผู้ดูแล) จำนวน 3.2 พันล้านบ้าน บทบาทท้องถิ่นรับบทบาททางสังคมเพื่อสนับสนุนผู้สูงอายุที่เปราะบาง

เพื่อให้การบริการผู้สูงอายุเพียงพอต่อความต้องการจึงได้มีการพัฒนา 3 หลักสำคัญ คือ การพัฒนารูปแบบการให้บริการของสถานพยาบาลเพื่อตอบสนองต่อความต้องการที่เพิ่มขึ้น ส่งเสริมการดูแลที่เข้าถึงผู้สูงอายุที่บ้านเพื่อลดภาระการดูแลที่สถานพยาบาลรวมถึงให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุที่ยังต้องการการดูแลน้อยให้ทั่วถึง และการจัดหาแหล่งเงินทุนเพื่อช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายของผู้สูงอายุ

พื้นฐานทางวัฒนธรรม

หลังจากการปฏิวัติฝรั่งเศส ทำให้ประชาชนในประเทศฝรั่งเศสมีความเชื่อพื้นฐานด้านความเสมอภาค และการได้รับสวัสดิการสังคมจากส่วนกลาง โดยได้มีการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับระบบการจัดบริการการดูแลระยะยาวพบว่า ชาวฝรั่งเศสสนับสนุนการดูแลระยะยาวให้เป็นไปในระบบถ้วนหน้ามากกว่าการใช้วิธีทดสอบรายได้ พบว่าร้อยละ 48 ของผู้ให้ความเห็นสนับสนุนให้ภาครัฐเข้ามาจัดการการดูแลระยะยาวของประชาชนมากกว่าการให้ครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบการดูแลระยะยาวซึ่งมีเพียงร้อยละ 19 และการใช้เงินบำนาญหรือการเป็นความรับผิดชอบจากรัฐบาลท้องถิ่นซึ่งมีเพียงร้อยละ 10 เท่านั้น

3. โครงสร้างระบบบริการ

การเข้าถึงการดูแลภายในระบบ

ผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และเป็นผู้พำนักอาศัยอยู่ในฝรั่งเศสที่ต้องการได้รับสิทธิการดูแลระยะยาวต้องผ่านการประเมินของ Conseil general โดยทุก councils ต้องใช้วิธีการประเมินโดยใช้ Autonomie

Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR) assessment tool and eligibility algorithm ที่รัฐบาลกลางกำหนดเป็นกฎหมายเหมือนกัน เพื่อใช้ในการให้สิทธิและกำหนดระดับการช่วยเหลือ

AGGIR ใช้ตัวแปร 17 ตัว แบ่งเป็นตัวแปร ‘discriminant’ 10 ตัว ร่วมกับตัวแปร ‘illustrative’ อีก 7 ตัว

ตารางที่ 4.2 แสดงเครื่องมือประเมินการให้สิทธิและกำหนดระดับการช่วยเหลือ

<i>Physical and mental (discriminant)</i>	<i>Domestic and social (illustrative)</i>
1. Coherence: พฤติกรรมมีเหตุมีผล	1. Housekeeping: สามารถดูแลงานบ้าน
2. Orientation รู้จักเวลา สถานที่ และจดจำคนได้	2. Cooking ประกอบอาหาร
3. Toilet: การชำระร่างกาย	3. Management สามารถจัดการเรื่องเงิน ธุรกิจ
4. Dressing: การแต่งตัว	4. Transport สามารถเดินทางได้โดยพาหนะประเภทต่างๆ
5. Alimentation: การจัดเตรียมอาหาร	5. Shopping สามารถซื้อหาสิ่งของจำเป็น รวมถึงการซื้อทางออนไลน์
6. Elimination urinary and fecal: การทำความสะอาดหลังการขับถ่ายอย่างถูกสุขลักษณะ	6. Follow of the treatment สามารถทำตามแพทย์แนะนำ
7. Transfers; การนอน ลุกนั่ง เดินได้ด้วยตนเอง	7. Leisure activities สามารถเข้าร่วมกิจกรรมนันทนาการ
8. Indoor movement: การเคลื่อนที่ในบ้าน โดยไม่มีหรือมีเครื่องช่วย	
9. Outdoor movement: การเคลื่อนที่นอกบ้าน โดยไม่มีหรือมีเครื่องช่วย	
10. Distance Communication การใช้เครื่องมือช่วยสื่อสารทางไกล เช่น โทรศัพท์	

ที่มา Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité (2008); Dupourque (2012)

แต่ละตัวแปรจะถูกประเมินเป็น 3 ระดับ (A-C) โดยใช้คำถาม 4 ข้อ

- 1) Spontaneously (S) ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมในข้อนั้นได้ด้วยตัวเองไหม?
- 2) Completely/Totally (T) ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมดังกล่าวได้ครบถ้วนไหม?
- 3) Correctly (C) ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมดังกล่าวได้ถูกต้องไหม?
- 4) Usually (U) ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรมได้เป็นปกติสม่ำเสมอไหม?

ถ้าผู้สูงอายุถูกประเมินว่า ‘ได้’ ทั้งสี่ข้อ จะได้คะแนนระดับ A แต่ถ้าถูกประเมินว่า ‘ไม่ได้’ ทั้งสี่ข้อ จะได้คะแนนระดับ C ถ้าประเมินว่า ‘ได้’ เป็นบางข้อจะได้คะแนนระดับ B

คะแนนที่ได้ทุกตัวแปร จะนำมาวิเคราะห์ต่อโดยใช้ computer-based algorithm โดยใช้ตัวแปร discriminant 8 ตัวจาก 10 ตัว เพื่อจัดกลุ่มเป็น 13 Risk groups แล้วคำนวณต่อว่าเป็นจัดอยู่ในกลุ่ม Groupes Iso-Ressources (GIR) ไດ โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่ม GIR1 – GIR4 เท่านั้นที่จะได้รับการช่วยเหลือ

ทางการเงินสำหรับการดูแลระยะยาว ในขั้นตอนสุดท้ายคณะกรรมการจะประเมิน ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ยื่นคำร้อง สถานะสุขภาพ ระดับความต้องการการช่วยเหลือระยะยาว เพื่อกำหนดระดับของสิทธิประโยชน์ โดยมีขั้นตอน ในขั้นสุดท้ายจะกำหนดส่วนร่วมจ่ายต่างกันไปสำหรับระดับรายได้ (สัดส่วนร่วมจ่ายต่างกันตั้งแต่ร้อยละ 0 – 85 ของสิทธิประโยชน์)

การจัดองค์กรการดูแล

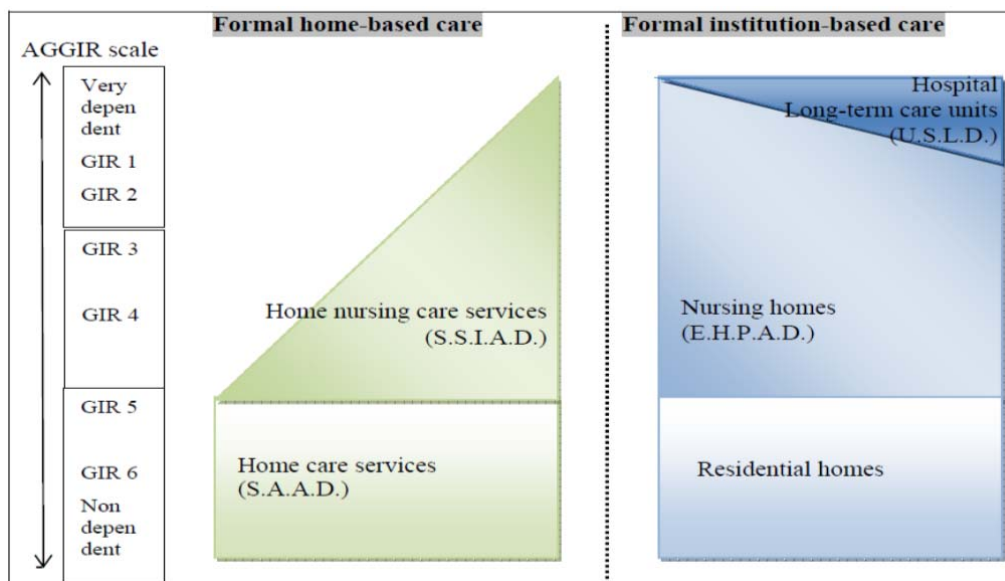
การจัดองค์กรดูแลเรื่องการดูแลระยะยาวแบ่งได้เป็น 3 ระดับ ซึ่งทำหน้าที่ต่างกัน ประกอบด้วย หน่วยงานรัฐบาลกลางในระดับประเทศทำหน้าที่กำหนดมาตรฐาน (Standard setting) ถัดลงมาเป็น หน่วยงานระดับเขตทำหน้าที่กำกับ (Monitoring) และระดับท้องถิ่นซึ่งจะทำหน้าที่ดำเนินการบริหารการจัดการ จัดบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานและความต้องการในพื้นที่

การบริหารระบบการดูแลระยะยาวใช้รูปแบบการกระจายอำนาจ โดยมีการประสานงาน ระดับประเทศ โดย National Council for the Governance of Regional Health Agencies (Conseil national de pilotage des ARSs) ซึ่งประกอบด้วยผู้แทนของ SHI, CNSA กระทรวงที่เกี่ยวข้องในเรื่อง สุขภาพ ประกันสังคม ผู้สูงอายุและผู้พิการ เพื่อทำหน้าที่กำหนดทิศทางนโยบายให้กับ Regional Health Authority (ARS)

Regional Health Agency (Agence régionale de santé: ARS) เป็นหน่วยงานอิสระในระดับพื้นที่ตั้งขึ้นตาม Hospital, Patients, Health and Territories Act (loi hôpital patients, santé et territoires; HPST) ในปี ค.ศ. 2009 ภายใต้การกำกับของกระทรวงสุขภาพ โดยผู้อำนวยการถูกแต่งตั้งโดย กระทรวงสุขภาพ ทำหน้าที่กำกับดูแลบริการสุขภาพทั้ง Ambulatory care และ Hospital care รวมถึง บริการสาธารณสุขและสวัสดิการสังคม เพื่อให้เกิดการบูรณาการการจัดการบริการประชาชนและเป็นไปตาม เป้าหมายทางการคลังของประเทศ (Chevreul, et al., 2010) แต่ละ ARS ครอบคลุมหลายจังหวัด (departments) โดย ARS มีผู้แทนประจำแต่ละ department (délégation territoriale de l'agence regionale de santé) ซึ่งทำหน้าที่ดำเนินการตามนโยบายของ ARS และสนับสนุนองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่น ARS มี Regional scheme of health and social care sector organization (schéma régional de l'organisation médico-sociale; SROSMS) และ Co-ordination committee สำหรับงาน Health and social care sector ชื่อ Commission de coordination dédiée au secteur médico-social ซึ่ง ประกอบด้วยผู้แทนรัฐบาลกลาง ผู้แทน General councils และผู้แทนหน่วยงานประกันสังคม

นอกจากนั้นในการใช้งบประมาณ SHI และ CNSA นั้น RHA ต้องขอความเห็นชอบจาก Surveillance Council (Conseil de surveillance) ซึ่งมี regional prefect เป็นประธานก่อน

ภารกิจในเรื่องสาธารณสุขและสวัสดิการสังคมที่ไม่อยู่ภายใต้ ARS นั้นเป็นอำนาจของ General Council¹



ภาพที่ 4.1 การสนับสนุนการบริการที่มีอยู่ที่เป็นทางการ/ไม่เป็นทางการ (Formal/informal support services available)

การดูแลอย่างเป็นทางการ

สำหรับผู้สูงอายุที่ยังไม่มีภาวะพึ่งพา หรือมีในระดับที่ต่ำ (GIR5 – GIR6) ที่ไม่สะดวกจะอยู่บ้านตัวเอง อาจเลือกที่จะไปอาศัยอยู่ในที่พักรวม ในลักษณะ ห้องเช่าของครอบครัว หรือ บ้านพักคนชรา ได้ เช่น

1) ห้องเช่า (Famille d'accueil) เป็นการใช้อำนาจเป็นที่พักกับคนชรา โดยขออนุญาตจัดตั้งจาก Department โดยรับได้ผู้สูงอายุได้ไม่เกิน 6 คน เพื่อไม่ให้เข้าเงื่อนไขของบ้านพักคนชรา

2) Residential home (Foyers logements) เป็นที่พักอาศัยสำหรับผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่ถึงขนาดที่มีภาวะพึ่งพามาก แต่ไม่ต้องการอยู่บ้าน ซึ่งไม่สะดวกในการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุและต้องการการอำนวยความสะดวก ระบบดูแลความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุและบริการด้านอาหาร ซึ่งมักเป็น apartment ทั้งแบบห้องเดี่ยวหรือครอบครัว ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพามากขึ้น (GIR1- GIR4) สามารถใช้บริการ สถานบริการ หรือโรงพยาบาลดูแลระยะยาว

¹ General council เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด (Department) ประกอบด้วย General councillors ซึ่งได้รับการเลือกตั้งทุกหกปีทำหน้าที่กำหนดนโยบาย รวมทั้งงบประมาณ และ President of the département's General Council ซึ่งทำหน้าที่บริหาร

3) สถานบริบาล (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes; EHPAD) เป็นสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุที่ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และมีขีดความสามารถในการบริการสุขภาพ โดยใช้แพทย์ที่เป็น General practitioner ภายนอก มีพยาบาลเฉพาะกลางวัน ไม่มีพยาบาลอยู่เวรกลางคืน มีเพียงผู้ช่วยพยาบาล EHPAD ต้องลงนามในข้อตกลงที่เรียกกันว่า Convention tripartite ระหว่างสถานบริบาล local-departmental government และตัวแทนรัฐบาลกลางในระดับเขต ซึ่งเนื้อหาจะเกี่ยวกับกำหนดราคาและคุณภาพบริการในสถานบริบาล บริการที่จัดให้มีทั้งที่เป็นกิจกรรมทั่วไป และกิจกรรมที่ผู้สูงอายุและญาติเลือกเพิ่มเติมตามความต้องการ (Projet de vie personnalisé) และอยู่กรอบที่กฎหมายกำหนดค่าใช้จ่ายในสถานบริการเป็นการร่วมจ่ายระหว่าง CNSA, General councils (conseils généraux) และครัวเรือน

4) การดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล (unités de soins de longue durée: USLD) สถานบริการประเภทนี้อยู่ในโรงพยาบาล หรือ Nursing home สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลและบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีแพทย์ประจำ พยาบาลดูแลตลอด 24 ชั่วโมง

5) ระบบบริการที่บ้าน (Formal Home-based care)

บริการที่บ้านสำหรับช่วยเหลือการดูแลระยะยาวที่บ้านในฝรั่งเศสมีหลากหลายรูปแบบ ทั้งเป็น Home care (SAAD) เป็นบริการช่วยเหลือเฉพาะงานบ้าน Nursing care (SSIAD) เป็นบริการการพยาบาล และ Home hospital (HAD) มีการให้บริการทางการแพทย์ด้วย

Community nursing services (SSIAD) ใช้ผู้ช่วยพยาบาลให้บริการเป็นหลัก สองในสามเป็นกิจการเอกชนประเภทไม่หวังผลกำไร ที่เหลือเป็นของหน่วยงานรัฐเป็นส่วนใหญ่ SSIAD ได้เงินงบประมาณจากประกันสุขภาพผ่านทาง CNSA (ดูภาพที่ 4.1)

การดูแลที่ไม่เป็นทางการ

ครอบครัวฝรั่งเศสยังมีบทบาทในการดูแลระยะยาว จากการสำรวจพบว่าร้อยละ 28 ของผู้มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งมีภาวะพึ่งพิงระดับหนึ่งยังอาศัยอยู่ที่บ้าน โดยได้รับบริการร่วมกันทั้ง การดูแลไม่เป็นทางการและการดูแลที่เป็นทางการที่มาให้บริการที่บ้าน ประมาณการว่ามีผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลแบบไม่เป็นทางการอยู่ประมาณ 3.5 ล้านคน โดย ร้อยละ 85 เป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 50 เป็นคู่สมรส และ ร้อยละ 30 เป็นลูก)

การดูแลที่ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการเป็นผู้ทำส่วนใหญ่เป็นเรื่องงานบ้าน ส่วนการให้การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันประมาณครึ่งหนึ่งเป็นภาระของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ

ปัจจุบันยังไม่มีนโยบายชัดเจนในการช่วยเหลือผู้ดูแลกลุ่มนี้อย่างเป็นระบบ ยกเว้น มีกฎหมายอนุญาตให้หยุดงานได้ปีละ 3 เดือน โดยไม่เสียสิทธิบำนาญ โดยมีความพยายามหามาตรการการ เช่น การจ่ายค่าตอบแทน การพยายามจัดทำระบบ respite care เพื่อให้ผู้ดูแลได้หยุดพักเป็นบางช่วงเวลา เป็นต้น

มาตรฐานทางกายภาพ

มาตรฐานทางกายภาพกำหนดโดย Conseil Général ระดับ Department โดยอาศัย guideline ของ RAS ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันบ้างในแต่ละ Department เช่น Département de l'Allier มีข้อกำหนดมาตรฐานทางกายภาพ (Conseil Général Département de l'Allier, 2007) ในเรื่อง

1) สถานที่ตั้งและสิ่งแวดล้อม เช่น ต้องเป็นไปตามผังเมือง อยู่ในบริเวณที่ไม่มีมลภาวะด้านต่างๆ การคมนาคมสะดวก มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการ มีสวน เป็นต้น

2) สถานที่อยู่ ต้องเป็นไปตามกฎกระทรวง มาตรฐานของ National Authority for Health (HAS) และข้อกำหนดเพิ่มเติมโดย Department เช่น

- ห้องพักต้องมี พื้นที่ 18-22 ตารางเมตร สำหรับห้องเดี่ยว 30-35 ตารางเมตรสำหรับห้องคู่ และต้องมีห้องน้ำที่มีอ่างล้างหน้า ฝักบัว ครูว์และส่วนเตรียมอาหารอาจมีหรือไม่ก็ได้

- บริเวณทางร่วม

- บริเวณรักษาพยาบาล

- บริเวณพักผ่อนร่วม เช่น ห้องอาหาร ห้องพักผ่อน ห้องพบปะกับครอบครัว เป็นต้น

3) มาตรฐานทั่วไป เช่น การป้องกันอัคคีภัย การป้องกันโรคติดเชื้อในสถานบริบาล เป็นต้น

อัตรานุคลากร

ยังไม่มีข้อกำหนดเป็นมาตรฐานอัตรานุคลากร แต่มีการกำหนดระดับความสามารถและประสบการณ์และต้องเพียงพอสำหรับการจัดบริการให้ได้คุณภาพ ตามการประเมิน เช่น ในสถานบริบาลของรัฐขนาดมาตรฐาน จะมีอัตรากำลังบุคลากรดังนี้

1) แพทย์ประจำตัวคนไข้จะตามมาให้การรักษาที่สถานบริบาล โดยมาเยี่ยมคนชราอย่างสม่ำเสมอทุก 1 - 3 เดือน หากมีฉุกเฉินก็ตามได้ ถ้ามีความจำเป็นที่จะต้องส่งต่อก็เขียนจดหมายส่งตัว เตรียมเอกสารเพื่อเรียกรถพยาบาล ทำงาน 5 วัน/สัปดาห์ หยุด 2 วัน วันธรรมดา 1 วัน และวันอาทิตย์ นอกจากนี้ในกรณีฉุกเฉิน ไม่สามารถตามแพทย์ประจำตัวได้ เช่น นอกเวลาทำการ สามารถตามแพทย์ฉุกเฉินได้ นอกจากนี้ยังอาจมีแพทย์ประจำบ้านพักคนชราที่มักเป็นการจ้างแบบไม่เต็มเวลา ทำหน้าที่ตรวจสถานสุขภาพเบื้องต้น ดูแลให้ผู้อาศัยได้รับการรักษาตามโรคที่เป็นครบถ้วนต่อเนื่อง เผื่อระวังโรคระบาด แต่มักจะไม่สามารถส่งยาหรือสั่งการรักษาได้

2) พยาบาลประมาณ 5 คน ทำงานเป็นเวร เวรเช้า (6:50 - 14:15) และเวรบ่าย (13:50 - 21:20) มักไม่มีเวรดึก แต่มีผู้ช่วยพยาบาล ซึ่งต้องทำงาน 3 เวร เช้า (8 คน) บ่าย (4 คน) และ ดึก (2 คน) ดูแลผู้อาศัยตลอด 24 ชั่วโมง

3) บุคลากรสุขภาพอื่น ที่สำคัญ คือ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยาและเจ้าหน้าที่อื่น เช่น โภชนากร แม่บ้าน เจ้าหน้าที่ซักரிต เจ้าหน้าที่ซ่อมบำรุง

4) งานบริหาร จะมีผู้อำนวยการซึ่งอาจทำงานแบบไม่เต็มเวลา และเจ้าหน้าที่บริหาร

ทักษะและประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร (Skills and performance of staff)

ในส่วนของบุคลากรสำหรับการดูแลระยะยาว ประเทศฝรั่งเศสมีการกำหนด State license ในหลายระดับ เช่น ผู้อำนวยการสถานบริบาลต้องจบหลักสูตร Certificat d'aptitude à la fonction de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (Cafdes) ระดับ paramedic เช่น Nursing Aid (AS) และ medico-psychological Aid (AMP)

ค่าใช้จ่าย (Cost)

ค่าใช้จ่ายการดูแลระยะยาวแบ่งเป็น 3 ส่วน (nursing/dependency/lodgings) คือ

- 1) ส่วนที่เป็นการดูแลระยะยาวทางการแพทย์การพยาบาล (Nursing) ประกันสุขภาพเป็นผู้จ่าย
- 2) ส่วนที่เป็นการดูแลภาวะพึ่งพา (loss ADL) Department รับผิดชอบบางส่วน ที่เหลือครอบครัวรับผิดชอบ

3) ส่วนที่เป็นค่าที่พัก (Lodging) ครอบครัวเป็นผู้จ่ายเอง โดย Department กำหนดราคายกเว้น สถานบริบาลประเภท For-profit จะกำหนดราคาค่าที่พักเอง

โดยทั่วไปค่าใช้จ่ายในสถานบริบาล ร้อยละ 60 จะเป็นค่าที่พัก ค่าบริการทางการแพทย์จะอยู่ในราร้อยละ 30 และค่าบริการสำหรับช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันจะอยู่ในราร้อยละ 10 ในกรณีถ้าผู้สูงอายุต้องการรับบริการดูแลระยะยาวที่บ้าน ประกันสุขภาพจะครอบคลุมค่าใช้จ่าย Home health care และผู้สูงอายุจะได้รับ APA for dependent people living at home โดยเงินที่ได้รับจะแตกต่างกันไปตามระดับเศรษฐกิจของครอบครัว

4. กระบวนการให้บริการร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การประเมินความต้องการ (Needs Assessment)

การประเมินระดับการพึ่งพิงเพื่อกำหนดวงเงินการช่วยเหลือ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ

- 1) ผู้สูงอายุยื่นคำร้อง
- 2) การประเมินโดยทีมที่ประกอบด้วยนักสังคมสงเคราะห์และบุคลากรสาธารณสุข เช่น หมอพยาบาล เพื่อกำหนดระดับการพึ่งพา และ care package
- 3) Department เป็นผู้ตัดสินใจขั้นสุดท้ายในเรื่องสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ ซึ่งจะให้การช่วยเหลือตามชุดสิทธิประโยชน์ APA เฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในระดับ GIR1 – GIR4 และ อาจมีผู้สูงอายุที่ยากจนบางคนได้รับเงินอุดหนุนเพิ่มเติม

เมื่อแพทย์ประจำตัวผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินระดับ GIR มาแล้ว ส่งตัวผู้สูงอายุมาสถานบริบาลก็จะมีแผนการรักษาโรคประจำตัว การดูแลด้านสุขภาพและกายภาพบำบัดมาด้วย แต่การประเมิน

ความต้องการเรื่องอื่น เช่น บริการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทั่วไป ความสะอาดของร่างกาย เป็นหน้าที่ของแพทย์ประจำบ้านพักคนชราพร้อมกับหัวหน้าพยาบาลที่จะประเมินความต้องการอื่น รวมทั้งเสนอบริการอื่นที่เป็นทางเลือกให้ผู้มาอาศัย เพื่อจัดทำเป็นแผนการดูแลประจำตัว

ทีมพยาบาลจะมีการส่งเวรเช้าและเวรบ่ายทุกวัน ในกรณีมีปัญหาทางการแพทย์จะมีการแจ้งแพทย์ประจำตัวหรือแพทย์ประจำบ้านพักคนชราหรือแพทย์ฉุกเฉินแล้วแต่กรณี

5. ผลลัพธ์ของการดูแล (Outcomes of Care)

จากการวิเคราะห์โดยใช้ข้อมูลการสำรวจ Handicap-Santé Ménage (HSM) ของ INSEE ในปี ค.ศ.2008 และข้อมูลการใช้ APA ของ DREES (Fontaine, 2012) พบว่า APA ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเข้าถึงบริการที่ต้องการมากขึ้น โดยรวมไม่ได้ทำให้ความช่วยเหลือกันเองภายในครอบครัวลดลงมากนัก แต่พบว่า มีการเปลี่ยนจากการดูแลกันเองไปเป็น Formal care (crowding-out effect) ในครัวเรือนของผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาในระดับน้อยและผู้ดูแลเป็นคู่สมรส ในทางตรงข้ามครัวเรือนที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะการพึ่งพาสูงซึ่งต้องใช้ Formal care อยู่แล้ว การได้รับ APA ไม่มีผลทำให้การดูแลในครอบครัวเพิ่มขึ้น

6. กลไกการควบคุมและการกำกับมาตรฐานสำหรับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

มีหน่วยงานระดับชาติ 2 หน่วย รับผิดชอบดูแลด้านมาตรฐานการดูแล คุณภาพและการให้การรับรองคุณภาพการดูแลระยะยาว คือ French Health Authority (HAS) ในส่วนของสถานพยาบาล และ National Agency for Evaluation and Quality (ANESM) สำหรับสถานบริบาล

ANESM เป็นองค์กรของรัฐ ทำหน้าที่ แนะนำ ส่งเสริม และ กำหนด แนะนำ กระบวนการวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมของ มาตรฐานบริการ เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ ส่งเสริมกระบวนการพัฒนาคุณภาพ และรับรองและถอดถอนหน่วยงานภายนอก เพื่อทำหน้าที่ตรวจสอบประเมินการปฏิบัติงานและคุณภาพบริการของสถานบริบาลและการให้บริการดูแลระยะยาวที่บ้าน (Fermon, et al., 2012) โดยประกาศใน Official newsletter ของ Ministry for Social Action (Ministère de l'Action Sociale) หน่วยงานเหล่านี้ต้องส่งรายงานต่อ ANESM ทุก 7 ปี รวมทั้งรับเรื่องร้องเรียนจากสถานบริบาลในกรณีมีความเห็นแย้งต่อผลการประเมินของหน่วยงานภายนอก

โดยสรุป HAS ทำหน้าที่เช่นเดียวกับ ANESM แต่ดำเนินการในส่วน of สถานพยาบาลที่การให้บริการดูแลระยะยาว

หน่วยงานกำกับดูแลการดูแลระยะยาว

ARS เป็นหน่วยงานหลักในระดับเขตที่ทำหน้าที่ ดำเนินการตามนโยบายรัฐบาลและประสานงานกับ CG ที่เป็นรัฐบาลท้องถิ่น ดูแลระดับ Department

การขึ้นทะเบียนและการรับรองผู้ให้บริการ

General council ทำหน้าที่ออกใบอนุญาตการดำเนินการสถานบริบาลและการดูแลระยะยาวที่บ้าน

1) สำหรับสถานบริบาลนั้น ใช้เกณฑ์พิจารณา 4 ประเด็น คือ

- สามารถให้บริการดูแลระยะยาวได้ครบถ้วนตามที่กำหนด
- มีการจัดองค์กร วิธีการดำเนินการ การคุ้มครองสิทธิผู้รับบริการ ระบบข้อมูลข่าวสาร และระบบประเมินตาม Social Action and Family Code (CASF) ทั้งนี้ในเรื่องการคุ้มครองสิทธิ สถานบริบาลต้องมีการจัดทำเอกสารแสดงวัตถุประสงค์ของสถานบริบาล เน้นเรื่องกระบวนการคุณภาพและการประเมินแจ้งสิทธิผู้ให้บริการ บริการที่เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพและจริยธรรมรวมทั้งราคาให้กับผู้ให้บริการใหม่ รวมทั้งต้องมีการลงนามรับทราบและยินยอมโดยผู้ให้บริการหรือผู้แทนตามกฎหมาย รวมทั้งต้องจัดให้มีกระบวนการให้ผู้ให้บริการสามารถติดต่อขอคำปรึกษาจากที่ปรึกษาหรือหน่วยงานที่กำหนดโดย Department ในเรื่องสิทธิการได้รับบริการ มีการจัดตั้ง Council of community relation โดยผู้รับบริการมีส่วนร่วมเพื่อให้ผู้ให้บริการมีส่วนในการจัดบริการของสถานบริบาล เพื่อให้การจัดบริการเป็นไปโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีของผู้ให้บริการ เคารพสิทธิและความลับส่วนบุคคล ความปลอดภัย มีทางเลือกในการใช้บริการที่คำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล ส่งเสริมการพึ่งพาตัวเอง รวมทั้งประสานงานใกล้ชิดกับผู้แทนทางกฎหมายของผู้ให้บริการในการวางแผนจัดบริการเฉพาะตัวและการให้บริการ

- แสดงต้นทุนดำเนินการที่ไม่แตกต่างไปจากสถานบริบาลที่ให้บริการคล้ายกัน

- การดำเนินการสอดคล้องกับโครงการอื่นของ Department

ใบอนุญาตซึ่งเป็นการลงนามร่วมกันระหว่าง President of General Council และ Prefect ของรัฐบาลกลาง นี้อายุ 15 ปี ทั้งนี้ในช่วงเวลาดังกล่าว ต้องมีการประเมินคุณภาพบริการเป็นระยะโดยสถานบริบาลเอง และการประเมินโดยหน่วยงานภายนอกที่ได้รับการรับรองจาก ANESM

2) สำหรับการดูแลระยะยาวที่บ้าน ไม่มีกระบวนการตรวจสอบให้ใบอนุญาต แต่จะเป็นกระบวนการรับรอง (Accreditation) ทุก 5 ปี โดย General council สำหรับการดูแลระยะยาวที่บ้าน ตาม Quality references

การตรวจสอบ (Inspections)

สถานบริบาลต้องได้รับผ่านการ authorize และการดูแลระยะยาวที่บ้านต้องผ่านการ Accreditation เป็นระยะ ทั้งนี้อาจขอ certified จาก National Agency of Human Services (ANSP) แทนก็ได้ แต่ต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จและส่งผลการ certified ให้ General council ก่อนถึงระยะเวลาดำเนินการ authorization หรือ accreditation

1) สถานะบริหาร กฎหมาย Code of Social Action and Family (CASF) และ 2 January 2002 Act กำหนดให้สถานบริหารต้องมีการประเมินตนเองเป็นระยะและส่งผลให้กับ HAS และ ANESM แล้วแต่ประเภทของหน่วยงาน ตามมาตรฐานและข้อกำหนดของ HAS และ ANESM

การประเมินโดยสถานบริหารเอง (Internal evaluation) ต้องดำเนินการทุก 5 ปี ตามแนวทางที่ ANESM กำหนด สำหรับสถานบริหารประเภท EHPAD ต้องดำเนินการประเมินโดยใช้ ANGELIQUE reference framework (Application Guide for a National Assessment Labelled Internal Quality for Users of Establishments) ซึ่งประกอบด้วยรายการ 142 ข้อ ใน 4 เรื่อง คือ ความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและญาติ กิจกรรมบริการ องค์กรและสิ่งแวดล้อม การจัดระบบคุณภาพ โดยในทุกข้อให้คะแนน 4 ระดับตั้งแต่ A ถึง D โดยต้องส่งผลสรุปการประเมิน จำแนกเป็นประเด็นที่ต้องมีการพัฒนา และวัตถุประสงค์ในการพัฒนาในแต่ละเรื่อง ให้กับ Department เพื่อใช้ในการจัดทำข้อตกลงบริการ Tripartite agreements

การประเมินโดยหน่วยงานภายนอก เป็นการดำเนินการเพื่อตรวจสอบการพัฒนาคุณภาพเป็นหลัก เน้นการดูพัฒนาการของสถานบริหารเทียบกับอดีต โดยไม่ใช้การประเมินเทียบอิงกลุ่มหรืออิงเกณฑ์ โดยต้องดำเนินการภายใน 7 ปี หลังได้ใบอนุญาตดำเนินการ หรือได้ต่อใบอนุญาตดำเนินการ และต้องดำเนินการก่อนใบอนุญาตหมดอายุไม่น้อยกว่า 2 ปี สถานบริหารเป็นผู้เลือกหน่วยงานภายนอกที่ได้รับการรับรองโดย ANSEM เอง

การประเมินโดยหน่วยงานภายนอกจะเน้นใน 4 เรื่อง คือ

- 1) สิทธิของผู้รับบริการและการมีส่วนร่วม รวมทั้งการจัดการที่ตอบสนองความต้องการของแต่ละบุคคล การดูแลความปลอดภัย การบริหารความเสี่ยง และการละเมิด
- 2) ความโปร่งใส เข้าถึงได้ และ เครือข่ายบริการ
- 3) แผนคุณภาพ และการดำเนินการตามแผน
- 4) โครงสร้างองค์กร ที่นำไปสู่การดำเนินการกระบวนการคุณภาพที่มีประสิทธิภาพและต้องถูกประเมินโดยผู้ตรวจสอบภายนอกและตัดสินขั้นสุดท้ายโดยคณะกรรมการของ HAS และ ANESM

2) การดูแลระยะยาวที่บ้าน หน่วยงานที่จัดบริการดูแลระยะยาวที่บ้านไม่จำเป็นต้องมีการประเมินผลภายใน แต่ต้องมีการการตรวจรับรอง (Accreditation) ทุก 5 ปี โดยต้องส่งผลการตรวจรับรองให้กับ Prefect ของ Department เพื่อให้ออกใบรับรองคุณภาพ อย่างน้อย 6 เดือนก่อนใบรับรองหมดอายุ โดย Quality references สำหรับการดูแลระยะยาวที่บ้าน ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ คือ

- คำนึงถึงศักดิ์ศรีของผู้ใช้บริการ เคารพสิทธิ ความเป็นส่วนตัว ความลับส่วนบุคคล ความเชื่อ และทางเลือก
- การเปิดกว้างของหน่วยงานต่อบริบทและสิ่งแวดล้อม เพื่อประสานกับการจัดบริการดูแลระยะยาวอื่น
- มีจุดประสานงานที่มีคุณภาพสูง ปรับบริการตามความต้องการของผู้รับบริการ

- คุณภาพบริการ รวมถึงการกำกับ และประเมินผลบริการ
- การคัดเลือกและคุณภาพของบุคลากร

การรายงานสาธารณะของผู้ให้บริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัย

ผลการประเมินคุณภาพสถานบริการและสถานพยาบาลโดย HAS และ ANESM ตรวจสอบจะ
ถูกนำขึ้น web site

บทที่ 5

มาตรฐานการดูแลในสถานบริการของประเทศเนเธอร์แลนด์

1. บทนำ

การจัดระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพาของประเทศเนเธอร์แลนด์อยู่ในรูปแบบถ้วนหน้าภายใต้ระบบเดียว (UC within a single programme) แบบ Public long-term care insurance ของ OECD (OECD, 2011) นั้นอยู่ภายใต้กฎหมาย 3 ฉบับที่เสริมกัน คือ กฎหมายประกันสุขภาพ (Zorgverzekeringswet: ZVW) กฎหมายค่าใช้จ่ายสุขภาพเพิ่มเติม (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: AWBZ) และ กฎหมายการช่วยเหลือทางสังคม (Wet Maatschappelijke Ondersteuning: WMO)

ปรัชญาของระบบการดูแลระยะยาวในประเทศเนเธอร์แลนด์เน้นให้รัฐมีหน้าที่โดยตรงในการรับผิดชอบระบบผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาว การดูแลระยะยาวแบบเป็นทางการจึงมีบทบาทหลักและสำคัญที่สุดในระบบการดูแลระยะยาวในประเทศ ชาวเนเธอร์แลนด์มีแนวคิดสนับสนุนให้รัฐมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุโดยเท่าเทียม แม้ว่าครอบครัวยังดูแลผู้สูงอายุในบางเรื่องอยู่ก็ตาม ดังนั้นระบบการดูแลระยะยาว (LTC) ของเนเธอร์แลนด์จึงเป็นระบบการประกันภาคบังคับ (compulsory insurance) ซึ่งให้สิทธิประโยชน์แก่ทุกคนเท่าเทียมกัน ไม่ว่าจะอยู่ในช่วงอายุใด สัญชาติใดและรายได้เป็นอย่างไร

การดูแลระยะยาวอยู่ภายใต้กฎหมาย AWBZ ครอบคลุมการดูแลสุขภาพที่บ้านและในสถานบริการในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ ผู้ป่วยสมองเสื่อมและกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช โดยการดูแลในชีวิตประจำวันจะดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภายใต้กฎหมาย WMO

2. ปัจจัยส่วนบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว

การดูแลในครอบครัวของชาวเนเธอร์แลนด์มักเป็นการดูแลตามธรรมชาติ คือไม่มีการจัดทำกับผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวมากนัก เนื่องจากรัฐมีบทบาทหลักที่ผลักดันการบริการการดูแลระยะยาวให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่แล้ว สถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในอนาคตของประเทศเนเธอร์แลนด์มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 24 ของประชากรทั้งประเทศในปี ค.ศ. 2050 จากการคาดประมาณของ Dutch Statistical Office (CBS) พบว่า โครงการในอดีตที่เกี่ยวกับการดูแลระยะยาว (Long term care) ผู้ที่ได้รับการดูแลจะขึ้นอยู่กับข้อจำกัด (limitation) เช่น ความบกพร่อง/พิการทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ และจะนำมาคำนวณหาจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาว (Mot, 2010)

สถานะทางคลินิก

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุที่พบ เช่น ปัญหาทางกายภาพ การกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระ ความวิตกกังวลหรือโรคซึมเศร้า เป็นต้น ปัญหาที่พบเหล่านี้เป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแล ตัวชี้วัดความต้องการการดูแลในผู้สูงอายุอีกตัวหนึ่ง ก็คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) ซึ่งจากข้อมูลของ CBS พบว่า มีผู้สูงอายุจำนวนไม่น้อยกว่า 300,000 คนในปี ค.ศ. 2006 ที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน CBS ไม่ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental Activities of Daily Living: IADL) แต่จากการสำรวจผู้สูงอายุที่อายุ 65 ปีขึ้นไปพบว่า ในผู้สูงอายุแต่ละคนจะพบปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADL) เป็นอย่างน้อยหนึ่งอย่าง (Mot, 2010)

การดูแลสุขภาพจิต (Mental health care) มีทั้งระดับปฐมภูมิ (primary) และทุติยภูมิ (secondary) สำหรับขั้นปฐมภูมิ คือ การให้ผู้เชี่ยวชาญรวมถึงแพทย์ทั่วไป (GPs) ดูแลทางด้านสุขภาพจิต เช่น นักจิตวิทยาและนักจิตบำบัด (Psychotherapists) เป็นต้น อาการโรคที่พบบ่อยสุด คือ โรคซึมเศร้า ความวิตกกังวล (anxiety) และความผิดปกติอื่นๆ เกี่ยวกับระบบประสาท ร้อยละ 14 ของผู้ป่วยมีอายุต่ำกว่า 18 ปี และมีความผิดปกติทางด้านพฤติกรรมและอารมณ์ สำหรับในผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป พบความผิดปกติของภาวะสมองเสื่อมและโรคซึมเศร้าบ่อยครั้ง (Willemijn Schäfer, 2010)

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วย

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 50 ที่ได้รับการดูแลระยะยาวจากครอบครัว (Informal care) การสำรวจในปี ค.ศ. 2007 พบว่าประชาชน 3.5 ล้านคนจากประชากรทั้งหมด 16 ล้านคน ทำหน้าที่ดูแลคนในครอบครัวแบบไม่เป็นทางการ (Schols, Frijters, Kempen, & Hamers, 2014) หน้าที่ของผู้ดูแลส่วนใหญ่จะทำหน้าที่ดูแลพ่อแม่หรือพ่อแม่ของคู่สมรส รองลงมา คือ ดูแลเพื่อนและเด็กๆ ตามลำดับ ประเภทของการดูแลที่มีจะรวมถึงการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (emotional support) การเข้าเยี่ยมเพื่อให้ความช่วยเหลือ (assistance with visits) ความช่วยเหลือเรื่องงานบ้าน (domestic help) และการช่วยเหลือด้านการบริหารจัดการ (assistance with administrative) โดยเฉลี่ยแล้วผู้ดูแลจะทำงาน 22 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในการดูแลนอกระบบในผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือในระดับมาก (Mot, 2010)

การดูแลที่เป็นทางการ (formal care) ภายใต้กฎหมาย Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, Exceptional Medical Expenses Act (AWBZ) ในผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวสามารถแบ่งออกเป็น 3 ส่วนใหญ่ๆ คือ การดูแลและการพยาบาล การดูแลผู้พิการและการดูแลสุขภาพจิต (ดูภาพที่ 5.1)

การดูแลระยะยาวในสถานบริการ (Institutional care) มีหลากหลายรูปแบบ โดยในสถานบริบาล (Nursing home) จะเข้มงวดเรื่องการดูแลมากกว่าบ้านพัก (Residential home)

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับครอบครัว

ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ผู้หญิงส่วนมากทำงานนอกเวลา (part-time) ส่งผลให้การดูแลครอบครัว (Informal care) นั้นมีบทบาทมากขึ้น โดยส่วนมากผู้ปกครอง (โดยเฉพาะแม่) จะเป็นผู้ดูแลเด็กๆ ด้วยตนเองแทนการส่งให้สถานดูแลเด็กเป็นผู้ดูแล ตรงข้ามกับการดูแลผู้สูงอายุที่มักจะใช้บริการการดูแลอย่างเป็นทางการ (formal care) ในสถานบริบาลเพื่อลดภาระของลูกหลานในการดูแลตนเอง (Mot, 2010)

อย่างไรก็ตามการที่สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลขั้นพื้นฐานการดูแลระยะยาว (Long-term Care: LTC) ให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งมีส่วนในการลดจำนวนผู้ใช้บริการดูแลระยะยาว (Mot, 2010) แม้ว่าสัดส่วนการร่วมดูแลในประเทศเนเธอร์แลนด์จะน้อยกว่าประเทศทางยุโรปได้

หลังช่วงสงครามโลกครั้งที่ 2 เป็นช่วงเวลาสำคัญสำหรับการพัฒนานโยบายการดูแลคนและที่อยู่อาศัยที่ถูกทำลายจากการทำสงคราม การแก้ปัญหาคือการสร้างที่อยู่อาศัยใหม่ให้แก่ผู้สูงอายุเพื่อให้บุตรหลานสามารถพึ่งพาตัวเองได้และนำแนวความคิดของการดูแลตามบ้าน (verzorginghuizen) ในผู้สูงอายุมาใช้ (Van den Heuvel, 1997) การพัฒนาแนวความคิดนี้เป็นการกระทำร่วมกันระหว่างรัฐบาลและองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร (woningcorporaties) เพื่อที่จะควบคุมการให้การดูแลตามบ้านจึงได้มีระเบียบการดูแลที่อยู่อาศัยและผู้สูงอายุ (Da Roit, 2010)

พื้นฐานทางวัฒนธรรม

ชาวเนเธอร์แลนด์มีความเชื่อเกี่ยวกับการไม่เป็นการละเมิดผู้อื่น ดังนั้นเมื่อตนเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาวแล้ว ตนควรอยู่ในสถานะที่ไม่พึ่งพิงลูกหลานให้รับผิดชอบการดูแลระยะยาว ครอบครัวจึงมีบทบาทบางส่วนในระบบการดูแลระยะยาวเท่านั้น การดูแลแบบเป็นทางการจึงมีบทบาทหลักในระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งเป็นผลให้ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศเนเธอร์แลนด์เน้นด้านมาตรฐาน คุณภาพการกำกับบริการ รวมทั้งมีการคำนึงถึงความเป็นวิชาชีพสูง และมีแนวโน้มไปสู่การยอมรับการดูแลในสถาบันการดูแลระยะยาวมาก

3. โครงสร้างระบบบริการ

การเข้าถึงการดูแลภายในระบบ

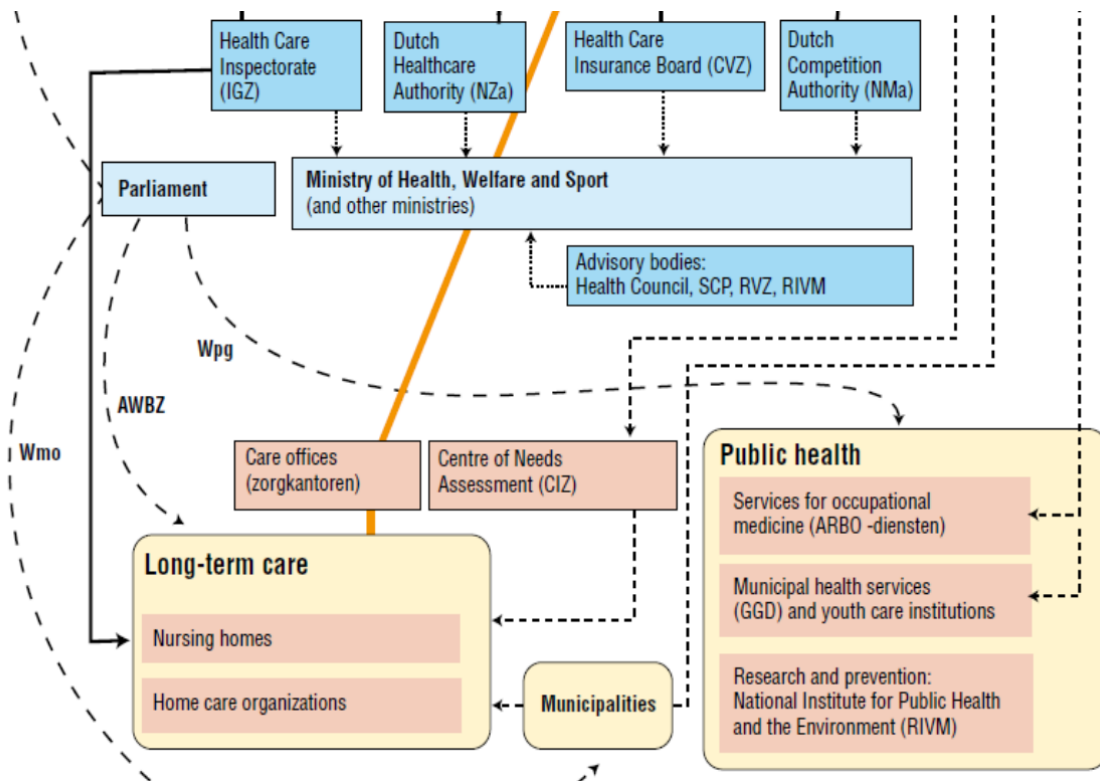
ประชาชนของประเทศเนเธอร์แลนด์ทุกคนมีสิทธิใช้บริการการดูแลระยะยาวภายใต้กฎหมาย AWBZ โดยมีปรัชญา คือ ประชาชนทุกคนในประเทศควรได้รับการประกันการดูแลที่จำเป็นสำหรับกรณีที่มีค่าใช้จ่ายสูง (Mot, 2010)

การดูแลตามบ้าน (home care) ก่ออยู่ภายใต้การกำกับของกฎหมาย AWBZ ด้วยเช่นกัน รวมไปถึงการให้ความช่วยเหลือ การดูแลส่วนบุคคล การดูแลทางการแพทย์และการชะลอความเสื่อมถอย สำหรับกฎหมาย WMO ครอบคลุมถึงกิจกรรมการดูแลทั่วไป เช่น การรับประทานอาหารบนรถเข็น การปรับเปลี่ยนหรือย้ายสิ่งของต่างๆ ภายในบ้าน เป็นต้น ในปี ค.ศ. 2010 มีผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปราว 200,000 คน ที่ใช้

บริการการดูแลตามบ้าน นโยบายนี้ได้กระตุ้นให้มีการให้การดูแลตามบ้านแทนที่ใช้บริการในสถานบริบาล (Mot, 2010)

การจัดองค์กรการดูแล

ประเทศเนเธอร์แลนด์เริ่มระบบบริการการดูแลระยะยาว (Long-term care) ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1968 ภายใต้กฎหมาย Exceptional Medical Expenses Act Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten: AWBZ) ซึ่งครอบคลุมการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่เป็โรคเรื้อรัง ที่มีค่าใช้จ่ายสูงซึ่งประกันสุขภาพเอกชนไม่คุ้มครองด้วย ในปัจจุบันมีทั้งการให้การดูแลตามบ้าน (Home care) และการดูแลสถานบริบาล (Institutions care) ซึ่งเป็นการให้การดูแลทั้งทางสภาพร่างกายและสภาพจิตใจ สิทธิประโยชน์ประกอบด้วยบริการการดูแลส่วนบุคคล การดูแลทางการแพทย์ การให้ความช่วยเหลือ การรักษาและฟื้นฟู และการพักอาศัยในสถานบริบาล (Mot, 2010) (ดูภาพที่ 5.1)



ภาพที่ 5.1 แสดงองค์กรที่ทำหน้าที่ดูแลระบบบริการการดูแลระยะยาวในประเทศเนเธอร์แลนด์
ที่มา: Willemijn Schäfer (2010)

แหล่งเงินสำหรับการจัดบริการ LTC ภายใต้กฎหมาย AWBZ มาจากการเก็บเงินสมทบ ร้อยละ 12.15 จากรายได้ของประชาชนแต่ไม่เกิน €3838 ต่อปี (ข้อมูลเมื่อปี ค.ศ. 2008) โดยสรรพากรเป็น

ผู้ดำเนินการจัดเก็บ และส่งเงินเข้ากองทุน General Fund for Exceptional Medical Expenses (AFBZ) ซึ่งบริหารโดย Health Care Insurance Board (CVZ) (Willemijn Schäfer, 2010) กองทุน AWBZ เป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายของระบบบริการการดูแลระยะยาว โดยกำหนดงบประมาณสำหรับการจัดบริการให้กับ Regional care offices เป็นผู้ดำเนินการเพื่อซื้อบริการที่มีประสิทธิภาพ (Mot, 2010)

Dutch Health Authority (Nederlandse Zorgautoriteit: NZa) ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระทำหน้าที่กำกับดูแล บริการสุขภาพ และ long-term care เช่น กำหนดราคาบริการในสถานบริบาล และราคาบริการต่อชั่วโมงตามระดับความต้องการการดูแล หน่วยงานนี้ตั้งขึ้นภายใต้กฎหมาย Health Care Market Regulation Act ภายใต้กำกับของรัฐมนตรีกระทรวงสุขภาพ สวัสดิการและการกีฬา (Ministry of Health, Welfare and Sport)

Healthcare Inspectorate (IGZ) ทำหน้าที่กำกับเรื่องคุณภาพบริการ ผู้ให้บริการ LTC ในเนเธอร์แลนด์เป็นเอกชนทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานไม่หวังผลกำไร (not-for-profit)

การสนับสนุนการบริการที่มีอยู่ที่เป็นทางการ/ไม่เป็นทางการ

การดูแลแบบเป็นทางการ

จำแนกได้เป็นการดูแลแบบเป็นทางการที่บ้าน (formal care at home) และการดูแลแบบเป็นทางการในสถานบริการ (formal institutional care) ซึ่งแบ่งเป็น บ้านพักคนชรา (Residential home) และสถานบริบาล (Nursing home)

การดูแลในสถานบริการ ตั้งแต่ ค.ศ. 2009 มีการแบ่งเป็น 10 ประเภท ตามระดับความรุนแรง (Severity-of-care packages: ZZPs) ตามสิทธิประโยชน์ในกฎหมาย AWBZ เริ่มตั้งแต่ 'ที่พักอาศัยที่ให้การช่วยเหลือบางอย่าง (sheltered living with some assistance) (ZZP1) จนถึงที่พักอาศัยที่ให้การช่วยเหลือแบบเข้มข้นอันเนื่องมาจากความผิดปกติที่เฉพาะพิเศษ (sheltered living with very intensive care due to specific disorders) (ZZP8) ที่มุ่งเน้นการดูแลและการพยาบาล' ส่วนกลุ่มที่ 9 เป็น 'การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) (ZZP9) และการดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) (ZZP10)

สถานบริบาล (Nursing home) ต่างจากบ้านพักคนชรา (Residential home) ตรงที่ระดับในการให้การดูแลแก่ผู้รับบริการ โดยที่สถานบริบาลจะให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ระดับภาวะพึ่งพาที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่บ้านพักคนชราเหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลน้อยกว่า ความท้าทายของสถานบริบาล คือ การให้การดูแลแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยทั่วไปบ้านพักจะให้บริการในระดับ ZZP1 - ZZP4 ส่วนสถานบริบาลให้บริการในระดับ ZZP5 - ZZP10 ปัจจุบันสถานบริบาลบางระดับมีทั้งพยาบาลและแพทย์เฉพาะทางที่เรียกว่า Nursing home doctor ประจำตลอดเวลา

การดูแลแบบไม่เป็นทางการ

ถึงแม้ว่าการดูแลโดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal caregiver) ในเนเธอร์แลนด์จะไม่ได้มีความสำคัญมาก แต่ก็ยังมีบทบาทที่สำคัญ โดยบางส่วนได้รับสิทธิประโยชน์ในรูปเงินสด (Cash benefit) จาก AWBZ รวมทั้งได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการท้องถิ่น (local council) ตามกฎหมาย Social Support Act (WMO) ทั้งเรื่องการให้ข้อมูลและคำแนะนำต่างๆ แก่ผู้ดูแลโดยตรงหรือให้การสนับสนุนทางการเงินด้วย ในส่วนที่เป็นสวัสดิการสังคม เช่น งานบ้าน อุปกรณ์สำหรับผู้พิการ และการปรับปรุงที่พักอาศัย เป็นต้น ภายใต้กฎหมาย WMO รวมทั้งมีการจัดบริการดูแลกลางวัน (day care) และดูแลกลางคืน (night care) เพื่อช่วยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Mot, 2010) ทั้งนี้จำนวนประชากรที่ได้รับการดูแลในสถานบริการมีแนวโน้มลดลง การดูแลตามบ้านกลับมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น (Willemijn Schäfer, 2010)

สภาพแวดล้อมทางกายภาพของการดูแล

บ้านพัก (Residential home) มักเป็น apartment เฉพาะที่มีระบบแจ้งเตือนภัย มีบริการอาหารส่งถึงห้องหรือมีห้องอาหารรวม รวมทั้งการดูแลด้านการพยาบาลและบริการช่วยเหลือด้านสังคมอื่นๆ เช่น กิจกรรมสันทนาการประจำวัน แพทย์ประจำบ้าน (GP) จะมาเยี่ยมเป็นครั้งคราว

ทักษะและประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร

ในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่า พนักงานให้บริการดูแลที่บ้าน (home care workers) ส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ เป็นหญิงที่มีอายุค่อนข้างน้อยและมีลูกและส่วนใหญ่ทำงานบางเวลา

ค่าใช้จ่าย (Cost)

การร่วมจ่ายเงิน (co-pay) สำหรับบริการการดูแลระยะยาวจะมีในผู้ที่มีรายได้สูง สำหรับผู้ดูแลที่ทำงานในสถานบริบาลนอกระบบจะได้รับการจ่ายค่าชดเชยสูงสุดเป็นสองเท่าของค่าจ้างรายชั่วโมงต่อสัปดาห์ ในกรณีลาออกจากงาน (Mot, 2010)

ผู้ซื้อบริการการดูแลตามกฎหมาย AWBZ มี 2 ทางเลือก คือ ให้ผู้สูงอายุใช้งบประมาณส่วนบุคคลในการซื้อบริการการดูแลเองหรือให้สำนักงานเขต (offices: zorgkantoren) เป็นผู้ซื้อบริการแทนในนามของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่เลือกใช้แผนทางเลือกในการจ่ายเงินสดจะได้รับงบประมาณส่วนบุคคลคือ ร้อยละ 25 ที่ต่ำกว่าราคาจริงบนเงื่อนไขของการซื้อบริการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ผู้สูงอายุจะได้รับบริการฟรีถ้าเลือกผู้ดูแลเป็นคนของพวกเขาเอง เช่น official institution ผู้ดูแลอิสระ สมาชิกในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน เป็นต้น ผู้สูงอายุสามารถเลือกคนที่จะมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลได้ หรือกล่าวคือ สถานบริการก็สามารถเลือกบุคคลที่จะเข้าไปทำหน้าที่ผู้ดูแลได้ตามเห็นสมควร (Mot, 2010)

ระบบการจ่ายเงิน สามารถแยกได้ตามประเภทของสถานดูแล คือ

1) การดูแลตามบ้าน (home-based care) ผู้ให้บริการจะได้รับเงินตามรายชั่วโมงสำหรับเกือบทุกประเภทของการดูแล และได้รับการยกเว้นสำหรับการดูแลรายวัน (day care) ซึ่งอัตราภาษีสูงสุดที่เก็บจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประเภทของการดูแล และ

2) สถานบริการ (institutional care) มีงบประมาณที่จัดสรรให้สำหรับสถานบริบาล (Nursing home) บ้านที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ (home for the elderly) สถานบริบาลสำหรับคนพิการ (institutions for the handicapped) เป็นต้น (Mot, 2010)

4. กระบวนการให้บริการร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพ

การประเมินความต้องการ

ผู้ที่ต้องการได้รับสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวจากกฎหมาย AWBZ จะต้องผ่านการประเมินของ Centre for Care Assessment (Centrum Indicatiestelling Zorg: CIZ) ซึ่งเป็นหน่วยงานอิสระที่ทำหน้าที่ประเมินระดับการช่วยเหลือตามกฎหมาย AWBZ ตามระดับความจำเป็นในเรื่อง assistance, personal care, nursing, treatment และการพักอาศัยในสถานบริการ โดยสิทธิประโยชน์นั้นผู้มีสิทธิสามารถเลือกเป็น In-cash หรือ In-kind (ดูภาพที่ 5.2)

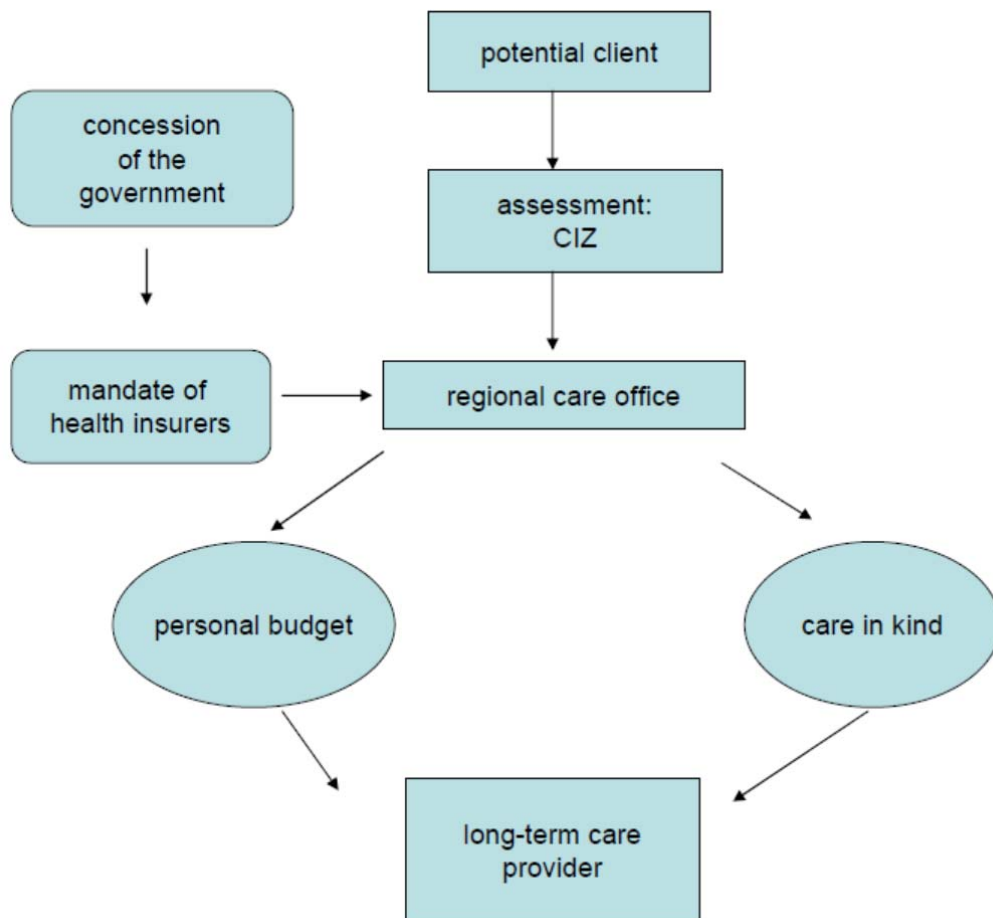
ในกรณีที่ผู้มีสิทธิเลือกสิทธิประโยชน์แบบ In-kind หน่วยงาน Regional care offices (zorgkantoren) ซึ่งคัดเลือกมาจากหน่วยงานประกันสุขภาพเอกชน โดยต้องแยกเป็นนิติบุคคลต่างหากจากหน่วยงานเดิม Regional care offices จะทำหน้าที่จัดบริการหรือซื้อบริการให้ โดยมีการกำกับการทำงานอย่างใกล้ชิด และอาจมีการเปลี่ยนหน่วยงานใหม่ถ้าบริหารจัดการไม่มีประสิทธิภาพ

สำหรับการให้บริการช่วยเหลืองานบ้านและกิจกรรมประจำวันตามกฎหมาย WMO เทศบาลจะเป็นผู้ประเมินและจัดบริการเอง

มาตรฐานการดูแล

มาตรฐานการดูแล จะประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ

- 1) ประสิทธิภาพ
- 2) ความพึงพอใจของผู้บริโภค
- 3) ความพึงพอใจของผู้ดูแล/เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน
- 4) ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแล (quality of care indicators) และ
- 5) การจัดการสิ่งอำนวยความสะดวก (facility management)



ภาพที่ 5.2 แสดงโครงสร้างของกฎหมาย AWBZ

ที่มา: Mot (2010)

โปรแกรมกรอบคุณภาพความรับผิดชอบในคุณภาพการดูแล (Quality framework responsible care programme) ได้จัดตั้งองค์กรอิสระขึ้นใหม่ชื่อว่า The Dutch Centre for Consumer Experience in Health Care (Centrum KlantervaringZorg: CKZ) เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้มีความน่าเชื่อถือมากเพียงพอ (Frijters, 201)

ประเทศเนเธอร์แลนด์มีกฎหมาย Quality of Care Act (for Healthcare Organizations) (KWZ) หน่วยบริการดูแลระยะยาวต้องมีระบบบริหารคุณภาพเพื่อกำกับกระบวนการบริการ ผลสัมฤทธิ์และคุณภาพบริการ โดยกำหนดให้มีการรับรองการบริหารคุณภาพโดยหน่วยงานรับรองคุณภาพภายนอก เช่น Foundation for the Harmonization of Quality in the Healthcare Sector (HKZ)

นอกจากนั้น กระทรวงสุขภาพยังได้ตั้งคณะกรรมการเพื่อจัดทำตัวชี้วัดคุณภาพ (quality indicators) ขึ้นในปี ค.ศ. 2007 โดยคณะกรรมการประกอบด้วยผู้แทนของสถานบริการ ผู้แทนบริษัทประกัน ผู้แทนผู้ใช้บริการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกเป็น Indicators on the professional

content of care ซึ่งหน่วยบริการต้องประเมินตนเองส่งให้ Health care Inspectorate (IGZ) ทุกปี ส่วนที่สองเป็น Client indicators ซึ่งใช้การสำรวจความเห็นเรื่องคุณภาพการให้บริการจากผู้ใช้บริการ โดยใช้หน่วยงานอิสระภายนอกเป็นผู้ดำเนินการ (ดูตารางที่ 5.1) บางเรื่องทำการสำรวจทุกปี บางเรื่องทำทุกสองปี

ตารางที่ 5.1 ตัวอย่างตัวชี้วัดคุณภาพ

	สัมภาษณ์ ผู้ให้บริการ		แบบประเมินตัวเองของสถาน บริบาล			
	Questionnaire		ระดับสถาน บริบาล		ระดับผู้อาศัย	
	สถานบริการ	บริการที่บ้าน	สถานบริการ	บริการที่บ้าน	สถานบริการ	บริการที่บ้าน
<i>Physical well being</i>						
Experience with nursing care	x	x				
Experience with meal	x					
<i>Living situation</i>						
Cleaning	x					
Atmosphere	x					
Privacy	x					
Safety of living	x	x				
<i>participation</i>						
Daytime activity	x	x				
Autonomy	x	x				
<i>Mental well being</i>	x	x				
<i>Quality of caregivers</i>						
Professionalism	x	x				
Personal treatment	x	x				
Reliability of caregiver		x				
<i>Quality of care organisation</i>						
Individual care plan	x	x				
Possibility for an own voice	x	x				
Information offered	x	x				
Accessibility by phone		x				
Integration of care	x	x				
Availability of professionals						

Availability of specialized nurse			x			
Experience physician			x			
Technical skill			x	x		
<i>Quality and safety of care</i>						
Risk assessment of care problems					x	x
Skin lesion (Prevalence)					x	
<i>Nutritional status</i>						
malnutrition					x	
Fall incidents					x	x
Incident related to medication					x	
Use of antipsychosis					x	
Depressive					x	
Incontinence					x	x
- Prevalence					x	
- diagnosis					x	
Behavioral problem					x	
Restriction measure						
- prevalence					x	
- application					x	
- effect evaluation					x	
- reduction					x	
Policy on reduction				x		
Heat protocol			x			
Emergency facilities during electrical power cut			x			

5. ผลลัพธ์ของการดูแล

คุณภาพของการตายของผู้ป่วย

ประเทศเนเธอร์แลนด์ ให้ความสำคัญกับคุณภาพการตายของผู้ป่วย โดย ZonMw (The Netherlands Organisation for Health Research and Development) กระทรวงสุขภาพ มีการดำเนินการโครงการ 4 ปี เรียกว่า Dutch National Quality Improvement Programme for Palliative Care ขึ้นในปี ค.ศ. 2012 เพื่อส่งเสริมให้การจัดการบริการที่เป็นเลิศ โดยให้ผู้ป่วยและญาติรู้สึกเป็นผู้นำกำหนดและควบคุมการจัดการบริการ ได้รับการประสานงาน ตอบสนองผู้ป่วยทั้ง คุณค่า ความต้องการด้านร่างกายและจิตใจ

และเสียชีวิตในสถานที่ที่ต้องการ นอกจากนั้น ยังมีการกำหนดวิธีการให้บริการการุณยฆาต (euthanasia) ซึ่งเป็นการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่มีทางพ้นจากความตายได้ โดยความช่วยเหลือของผู้อื่น

คุณภาพและความยืนยาวของชีวิต

ประเทศเนเธอร์แลนด์ได้จัดตั้งองค์กรในการตรวจสอบมาตรฐานการดูแลของสถานบริบาล (Nursing home) บ้านพักคนชรา (Residential home) และการดูแลตามบ้าน (Home care) ขึ้นในปี ค.ศ. 2001 มีชื่อว่า ACTIZ (จากเดิมชื่อ ARCARES) ซึ่งมีสถานบริบาลกว่า 400 แห่ง เข้าร่วมโครงการในช่วง 3 ปี แรก

6. กลไกการควบคุมและการกำกับมาตรฐานสำหรับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ

ประเภทของการบริการดูแลระยะยาว

แบ่งเป็นการดูแลแบบไม่เป็นทางการ การดูแลแบบเป็นทางการที่บ้านและการดูแลแบบเป็นทางการในสถานบริการ

การกำกับดูแลการดูแลระยะยาว

มาตรฐานบริการดำเนินการโดยกระทรวงสุขภาพ และหน่วยงานอื่นที่เป็นผู้ถืออำนาจตามกฎหมายในระดับประเทศ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีอำนาจตามกฎหมาย WMO

การขึ้นทะเบียนและการรับรองผู้ให้บริการ

หน่วยบริการที่ต้องการให้บริการดูแลระยะยาวต้องขึ้นทะเบียนกับเทศบาล

การตรวจสอบ

การตรวจสอบคุณภาพการดูแลได้รับการกำกับดูแลโดย Health care Inspectorate (IGZ) ซึ่งเป็นหน่วยงานของกระทรวงสุขภาพ มีบทบาทเป็นผู้ดำเนินการเกี่ยวกับกฎหมาย 2 ฉบับ คือ 1) กฎหมายการตรวจสอบคุณภาพการดูแล (KWZ) และ 2) กฎหมายการประกอบธุรกิจด้านการดูแลสุขภาพ (Wet BIG) ซึ่ง IGZ จะดำเนินการแนะนำ ตรวจสอบเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น กำกับติดตามเฉพาะเรื่อง และบังคับใช้มาตรการครอบคลุมหน่วยงานที่ให้บริการสุขภาพทั้งหมด รวมทั้งบริการระยะยาวทั้งในสถาบันและที่บ้าน (Mot, 2010; Schols, Frijters, Kempen, & Hamers, 2014)

KWZ เป็นกฎหมายที่ควบคุมคุณภาพของการดูแล ในสถานบริการและโรงพยาบาล ในปี ค.ศ. 2008 ฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวจึงจัดทำตัวชี้วัดคุณภาพสำหรับการดูแลที่ดี องค์กรต่างๆ จะต้องมีระบบที่มีคุณภาพในการตรวจสอบคุณภาพของการดูแลและส่งรายงานประจำปีให้ IGZ

อย่างไรก็ตามรายงานยังขาดบางองค์กรที่ให้บริการการดูแล เนื่องจากกฎหมาย KWZ ไม่ได้กำหนดให้มีการลงทะเบียนของผู้ให้บริการทุกราย ดังนั้น IGZ จึงไม่สามารถตรวจสอบได้อย่างครบถ้วน และจากผลงานวิจัยของ IGZ พบว่ามีกว่า 30 องค์กรที่มีปัญหาด้านคุณภาพของการให้บริการ (Mot, 2010)

ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลจะทำงานภายใต้ขอบเขตที่กำหนดโดย Wet BIG ซึ่งจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับกิจกรรมการให้บริการซึ่งผู้รับบริการมีสิทธิ์เต็มๆในการเลือกบริการที่ต้องการ กฎหมาย BIG กำหนดให้ผู้สร้างความเสียหายต่อสุขภาพของผู้รับบริการถือเป็นความผิดทางอาญา สำหรับกิจกรรมเฉพาะทาง (การให้ยาสลบและ catheterising) ต้องได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น ผู้เชี่ยวชาญในสถานบริการประกอบด้วย 8 สาขาวิชา ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักจิตวิทยาคลินิก (Clinical psychologists) จิตแพทย์ (Psychotherapists) นักกายภาพบำบัด พยาบาลผดุงครรภ์และพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญ เหล่านี้ต้องได้รับการลงทะเบียนใน BIG ด้วย ทำให้ผู้รับบริการสามารถจะมองหาผู้เชี่ยวชาญที่จะมาทำหน้าที่ให้บริการตัวเองได้ การลงทะเบียนนี้ไม่ได้ครอบคลุมผู้ที่ทำงานการดูแลตามบ้าน (Home-helper) รวมถึงผู้ช่วยการพยาบาล (Nurse aides) ด้วย หมายความว่า การดูแลนอกเหนือจากในสถานพยาบาลจะได้รับการตรวจสอบน้อยมาก โดยเฉพาะการดูแลตามบ้านที่ถูกจัดหาให้โดยองค์กรที่แสวงหาผลกำไร (Mot, 2010)

ข้อจำกัดขอบเขตของกฎระเบียบของ

มีการปัญหาการประสานงานอยู่บ้างในระหว่างหน่วยงานที่บริหารการให้บริการการดูแลระยะยาว ที่มาจากกฎหมายคนละฉบับ

บทที่ 6

มาตรฐานการดูแลในสถานบริการของประเทศอังกฤษ

1. บทนำ

จัดระบบการดูแลในระยะยาวและการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงวัยของประเทศอังกฤษ มีรัฐบาลเป็นกลไกสำคัญ การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเป็นการทำงานร่วมกันของหลายองค์กรที่สำคัญ ได้แก่ Department of Health และ Department of Social Service แบ่งความรับผิดชอบตามลักษณะของการบริการ เช่น งานบริการสุขภาพในชุมชนในความรับผิดชอบของ National Health Service (NHS) ส่วนใหญ่เป็นบริการที่จัดให้โดยพยาบาล ส่วนงานบริการสังคมทั้งที่บ้านและในสถานบริการอยู่ในความรับผิดชอบของรัฐบาลท้องถิ่น สำหรับการบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ Social Services Department จะรับผิดชอบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ วางแผนดูแล เสนอและจัดซื้อชุดบริการ รวมทั้งติดตามประเมินเพื่อให้ได้รับบริการที่เหมาะสมด้วย ประชาชนสนับสนุนการเงินผ่านทางภาษีทั่วไปโดยมี NHS เป็นองค์กรรับผิดชอบการบริการรักษาพยาบาล ประชาชนสามารถรับบริการทางการแพทย์และโรงพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ผู้สูงอายุไม่ต้องจ่ายค่ายา บริการสังคมสงเคราะห์ ดำเนินการโดยภาษีท้องถิ่น ผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับการดูแลระยะยาวจะต้องได้รับการประเมินในลักษณะ One stop assessment โดยมีการประเมินความสามารถในการเคลื่อนไหว ความสามารถในการดูแลกิจวัตรส่วนบุคคล สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เครือข่ายที่ให้การช่วยเหลือและการเงิน (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

2. ปัจจัยส่วนบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว

จากสถิติประชากรของประเทศอังกฤษ พบว่า มีผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไปถึงร้อยละ 18 และมีจำนวนเพิ่มขึ้น 2 เท่า ในระยะ 70 ปี ที่ผ่านมา และคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนของผู้ที่อายุมากกว่า 90 ปี ขึ้นไปเพิ่มขึ้นอีกเป็น 2 เท่า ในอีก 25 ข้างหน้า นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบครอบครัวและผู้ร่วมอยู่อาศัย เนื่องจากโครงสร้างทางประชากรที่เปลี่ยนไป การสมรสเมื่ออายุมากขึ้น การไม่มีบุตรเมื่อสมรส และการหย่าร้าง เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวมากยิ่งขึ้น ต้องอาศัยอยู่กับเพียงคู่สมรส และมีแนวโน้มที่จะอยู่อาศัยกับญาติมากขึ้น ผู้ที่ทำหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไร้ความสามารถ ทำโดยสมาชิกในครอบครัว ทั้งนี้รวมถึงสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุ เช่น คู่สมรส ขณะที่การเปลี่ยนแปลงของรูปแบบพฤติกรรมครอบครัวและการอยู่อาศัยที่เปลี่ยนไป ทำให้เกิดความกังวลในเชิงนโยบายเพราะความช่วยเหลือจากครอบครัวจะลดลงในขณะที่

ความต้องการการดูแลมีจำนวนเพิ่มขึ้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวทำให้เกิดการจัดเตรียมที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา (Grundy, 2010)

สถานะทางคลินิก (Clinical status)

สถิติอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลช่วงปี ค.ศ. 2000 – 2001 พบว่า มีผู้ที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปถึงร้อยละ 81 และในจำนวนผู้ครองเตียงทั้งหมด 2 ใน 5 เป็นผู้ที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป ถึงแม้ว่าระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลที่ลดลง แต่ในขณะเดียวกันจำนวนของผู้ที่ย้ายเข้าไปอยู่ในสถานบริบาลก็เพิ่มมากขึ้น (Baldwin et al, 2003) สอดคล้องกับ Malley et al. (2014) ที่กล่าวว่า การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้ที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไปอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดความตระหนักถึงความต้องการการดูแลระยะยาวที่มักจะพบมากที่สุดภายในวัยนี้ คณะกรรมาธิการการดูแลระยะยาว (The Royal Commission on Long Term Care) ได้ระบุว่า มีผู้ที่มีอายุเกิน 65 ปี ขึ้นไปอาศัยอยู่ในสถานบริบาล (nursing home) จำนวน 157,500 คน คิดเป็นร้อยละ 8.7 ของจำนวนประชากรทั้งหมด จึงเห็นได้ว่ามีจำนวนของสถานบริการเอกชนได้เพิ่มขึ้นและมีการจ้างงานเพิ่มขึ้น (Baldwin et al, 2003)

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วย

การดูแลระยะยาวและการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงวัย จะมุ่งเน้นที่กลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปและผู้ที่มีเกษียณ กลุ่มระยะเปลี่ยนผ่านในช่วงอายุประมาณ 70 – 80 ปี และกลุ่มวัยเปราะบาง ได้แก่ กลุ่มวัยสูงอายุตอนปลาย ระบบบริการสุขภาพมี 3 ระดับ คือ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยมี GP เป็นผู้ให้บริการด่านแรกของระบบ การบริการมีทั้งในโรงพยาบาล ในชุมชนและระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน ซึ่งเป็นการเตรียมความพร้อมก่อนกลับไปในชุมชน นอกจากนี้ยังมีบริการสุขภาพในชุมชนโดยบุคลากรอื่น เช่น นักกายภาพ นักอาชีวบำบัด โภชนาการและเภสัชชุมชน สำหรับการบริการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ Social Services Department จะรับผิดชอบประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ วางแผนดูแล เสนอและจัดซื้อชุดบริการ รวมทั้งติดตามประเมินเพื่อให้ได้รับบริการที่เหมาะสมด้วย (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับครอบครัว

รัฐบาลกลางมีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายทางสุขภาพและบริการทางสังคม และเป็นกลไกสำคัญในการจัดระบบการดูแลในระยะยาวและการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยแบ่งความรับผิดชอบตามลักษณะของการบริการ เช่น บริการทางสุขภาพเป็นความรับผิดชอบของระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) และบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นความรับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (Local authorities) ประชาชนสนับสนุนการเงินผ่านทางภาษีทั่วไป

ผู้สูงอายุที่ต้องการได้รับการดูแลระยะยาวในสถานบริบาล (Nursing home) จะต้องผ่านการประเมินความจำเป็น (mean-test) เป็นการประเมินรายได้และบ้านที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุมาคิดเป็นมูลค่าเพื่อประกอบการพิจารณา (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551)

การบริการในสถานบริการที่มีอยู่ในประเทศอังกฤษ เช่น

1) โรงพยาบาล เป็นการรักษายาบาลทั่วไปและบริการดูแลระยะกลาง (intermediate care) สำหรับผู้สูงอายุ เป็นการฟื้นฟูสภาพ การแนะนำ/ให้ความรู้

2) สถานบริบาล (nursing home) เป็นสถานที่ให้การดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการป่วยไม่มากถึงขนาดที่จะต้องรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลแต่ก็ไม่สามารถจะอยู่ที่บ้านได้ เหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลทางการแพทย์ตลอดเวลา และมีบทบาทในการเตรียมผู้ป่วยเพื่อกลับไปอยู่ที่บ้านด้วย

3) สถานดูแลระยะสั้น (respite care) ให้บริการรับผู้สูงอายุไว้ในความดูแลระยะสั้นเพื่อให้ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีเวลาพักและมีเวลาเป็นส่วนตัว ทั้งนี้ก็เพื่อเป็นการลดภาวะเครียดในผู้ดูแลที่ต้องดูแลผู้ป่วยอยู่ที่บ้านเป็นระยะเวลานาน ๆ (DOH, 2001)

4) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care) เป็นสถานสำหรับผู้ที่อยู่ในระยะใกล้วาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อช่วยดูแลเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวด หรืออาการอื่น ๆ เปิดโอกาสให้มีเวลาอยู่กับครอบครัว และเพื่อน ๆ เป้าหมายในการดูแลก็คือ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

5) บ้านพักคนชรา (residential home) ให้บริการช่วยเหลือในด้านการดูแลส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำแต่งตัว นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สามารถให้บริการดูแลหากมีภาวะเจ็บป่วยในระยะสั้น ๆ

ในสหราชอาณาจักรมีสถานบริบาลทั้งหมด 6,600 แห่ง และตั้งอยู่ในประเทศอังกฤษถึง 4,994 แห่ง และมีจำนวนสถานดูแลผู้สูงอายุ (residential home) มากกว่า 14,600 แห่ง และมีมากกว่า 2,000 แห่ง ที่ขึ้นทะเบียนให้บริการทั้งสถานดูแลผู้สูงอายุและสถานบริบาลผู้สูงอายุ (Baldwin et al, 2003)

3. โครงสร้างระบบบริการ

การเข้าถึงการดูแลภายในระบบ (Access to care within system)

การเข้าถึงการดูแลบริการทางสังคมนั้น องค์การปกครองระดับท้องถิ่นจะทำหน้าที่ในการประเมินความต้องการการบริการตามกรอบสิทธิที่ควรได้รับและประสานงานกับผู้จัดการในการดูแล (Care manager) ในการจัดชุดบริการการดูแล (Care package) ที่จำเพาะสำหรับแต่ละบุคคล เกณฑ์การประเมินตามกรอบสิทธิ (Fair Access to Care eligibility bands) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตามความรุนแรง ได้แก่ ระดับต่ำ (low) ระดับปานกลาง (moderate) ระดับรุนแรง (substantial) ระดับวิกฤต (critical) โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (Herrera et al, 2010)

1) ระดับต่ำ (low) ได้แก่ ผู้ที่

- มีแนวโน้มหรือไม่สามารถดูแลสุขภาพส่วนบุคคลหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ในระดับเล็กน้อย
- มีแนวโน้มหรือไม่สามารถมีส่วนร่วมในการทำงาน การศึกษาหรือการเรียนรู้ ได้ในระดับเล็กน้อย
- ระบบสนับสนุนทางสังคมและระบบที่เกี่ยวข้อง หนึ่งหรือสองระบบที่ไม่สามารถให้การดูแลได้
- ครอบครัวและสังคมที่รับผิดชอบจำนวนเล็กน้อยไม่สามารถให้การดูแลได้

2) ระดับปานกลาง (moderate) ได้แก่ ผู้ที่

- มีภาวะหรือมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถดูแลสุขภาพส่วนบุคคลหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในตนเองได้บางส่วน
- มีแนวโน้มหรือไม่สามารถมีส่วนร่วมในการทำงาน การศึกษาหรือการเรียนรู้ ได้ หรือมีได้เพียงครั้งคราว
- ระบบสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและเกี่ยวข้องหลายระบบ ไม่สามารถให้การดูแลได้
- ครอบครัวและสังคมที่รับผิดชอบหลายหน่วยที่ไม่สามารถให้การดูแลได้

3) ระดับรุนแรง (substantial) ได้แก่ ผู้ที่

- สามารถดูแลสิ่งแวดล้อมได้เพียงบางส่วน
- ถูกทารุณกรรมหรือถูกละทิ้ง หรือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้น
- ไม่สามารถดูแลสุขภาพส่วนบุคคลหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในสิ่งที่สำคัญ ๆ ของตนเองได้
- มีแนวโน้มหรือไม่สามารถมีส่วนร่วมในการทำงาน การศึกษาหรือการเรียนรู้ ได้ หรือมีได้น้อยมาก
- ระบบสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญและเกี่ยวข้องส่วนใหญ่มีน้อยมากในการให้การดูแลได้
- ครอบครัวและสังคมที่รับผิดชอบในส่วนใหญ่ไม่สามารถให้การดูแลได้

4) ระดับวิกฤต (critical) ได้แก่ ผู้ที่

- ชีวิตถูกคุกคาม หรือมีแนวโน้มที่จะถูกคุกคาม
- มีปัญหาสุขภาพที่รุนแรงหรือมีแนวโน้มที่โรคจะมีความก้าวหน้าของโรคมมากขึ้น
- ไม่มีความสามารถ หรือมีแนวโน้มที่จะไม่สามารถดูแลสิ่งแวดล้อมได้เลย
- มีแนวโน้มหรือถูกทารุณกรรม หรือละทิ้งอย่างรุนแรง
- ไม่สามารถดูแลสุขภาพส่วนบุคคลของตนเองหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
- ไม่สามารถมีส่วนร่วมในการทำงาน ศึกษา เรียนรู้ได้เลย
- ไม่มีระบบสนับสนุนทางสังคมใดเลย
- ครอบครัวและสังคมที่รับผิดชอบทั้งหมดไม่สามารถให้การดูแลได้

การจัดองค์กรการดูแล

รัฐบาลกลาง มีหน้าที่ในการกำหนดนโยบายทางสุขภาพและบริการทางสังคม โดยการกระจายอำนาจไปสู่ระบบดูแลสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) และส่งต่อไปยังหน่วยบริการสุขภาพระดับท้องถิ่น และรัฐบาลกลางมีหน้าที่ในการสนับสนุนด้านค่าใช้จ่ายในการบริการจากเงินภาษีที่ได้รับ

องค์กรปกครองระดับท้องถิ่น (Local authorities) มีบทบาทในการเข้าไปประเมินความต้องการในการดูแลของผู้ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของตน จัดบริการการดูแลและให้เงินสนับสนุนแก่ผู้ที่มีสิทธิ์ที่ควรจะได้รับตามเกณฑ์การประเมิน 4 ระดับ คือระดับต่ำถึงระดับวิกฤต ดังกล่าวข้างต้น

องค์กรปกครองระดับท้องถิ่น มีเอกสิทธิ์ในการจัดซื้อและใช้จ่ายงบประมาณโดยอิสระ นอกจากเงินที่ได้รับจากรัฐบาลกลางแล้วยังมีรายได้ส่วนหนึ่งที่เกิดจากการเก็บภาษีระดับท้องถิ่นอีกด้วย องค์กรปกครองระดับท้องถิ่นในแต่ละแห่งจึงสามารถตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณในส่วนต่าง ๆ ไปสู่การบริการอื่น ๆ เช่น เพื่อการศึกษา สังคม และการวางแผนงานต่าง ๆ ซึ่งมีการบริการในการดูแลผู้ใหญ่ (Adult social care) เช่น บริการที่อยู่สำหรับผู้มีภาวะพึ่งพา การทำกายภาพบำบัด จัดตารางเวลาในการประเมินสุขภาพ จัดตารางเวลา ชุดสิทธิประโยชน์การดูแล (care package) และการสนับสนุนผู้ดูแล

ในบางครั้งองค์กรปกครองระดับท้องถิ่นร่วมมือกับองค์กรอื่น ทั้งภาครัฐ เอกชนและผู้สูงอายุ เพื่อร่วมในการประเมินการดูแลประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ของตนเอง โดยเจรจาตกลงกันเรื่องค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ยังมีการเก็บค่าธรรมเนียมในการบริการสำหรับผู้รับบริการที่ไม่ได้อาศัยในพื้นที่ของตนเองตามเกณฑ์ที่รัฐบาลกลางกำหนด (Herrera et al, 2010)

การสนับสนุนการบริการที่มีอยู่ที่เป็นทางการ/ไม่เป็นทางการ

1) การดูแลอย่างเป็นทางการ ในสหราชอาณาจักร บริการทางสุขภาพถูกจัดเตรียมโดยระบบการดูแลสุขภาพแห่งชาติ (NHS) ซึ่งเป็นการให้บริการฟรี (ผู้สูงอายุจะได้รับการยกเว้นการชำระค่ายา การดูแลสุขภาพตา ทันตกรรม) บริการของระบบสุขภาพ ได้แก่ การดูแลแบบแพทย์ประจำครอบครัว (family doctors) การให้บริการในระยะฉุกเฉิน (acute care) การดูแลระยะกลาง (intermediate care) เพื่อเตรียมความพร้อมในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลก่อนการกลับไปอยู่บ้าน บริการทางสาธารณสุขและการป้องกัน เช่นการ บริการตรวจคัดกรอง และการดูแลระยะยาว บริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นความรับผิดชอบขององค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น (local authorities) เช่นการจัดเตรียมบริการที่พักอาศัย (housing services) ประกอบด้วย ‘sheltered’ housing คือ แฟลตขนาดเล็กในกลุ่มที่พัฒนาซึ่งมีผู้คอยควบคุม บริการบ้านพักพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้คอยควบคุม โครงการชุมชนต่าง ๆ และบริการการดูแลระยะยาวอีกมากมาย (Grundy, 2010)

2) การดูแลที่ไม่เป็นทางการ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาหรือภาวะไร้ความสามารถในประเทศอังกฤษมากกว่า 1.8 ล้านคน ได้รับการดูแลในรูปแบบการดูแลที่ไม่เป็นทางการจากบุคคลในครอบครัว ส่วนใหญ่เป็นบุตร

หรือคู่สมรส (Herrera et al, 2010) ดังนั้น นโยบายในสหัฐวรรษใหม่ในประเทศอังกฤษเน้นไปที่รูปแบบการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ โดยเน้นให้สังคมในอนาคตตระหนักว่าการดูแลระยะยาวเป็นส่วนหนึ่งในความรับผิดชอบของสังคม ให้เกิดการทดแทนรูปแบบการดูแลแบบทางการด้วยการดูแลที่ไม่เป็นทางการ ซึ่งจะต้องมีการเตรียมพร้อมผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการให้เพียงพอและเหมาะสมต่อไป (Glendinning, Davies and Pickard, 2004)

สภาพแวดล้อมทางกายภาพของการดูแล

ความเชื่อมโยงระหว่างรูปแบบของบ้านในเรื่องปรัชญาการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบบ้านและลักษณะทางกายภาพเป็นสิ่งที่สำคัญ จะต้องออกแบบให้เหมาะสมกับลักษณะความต้องการของผู้ใช้บริการที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการมองเห็น ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการเรียนรู้ และผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นต้น

1) สถานที่ (Premises) สถานที่และรูปแบบของบ้านควรเหมาะสมกับวัตถุประสงค์การใช้งาน เข้าถึงได้ง่าย มีความปลอดภัยและมีการบำรุงรักษาวัสดุที่ใช้ตกแต่งต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ มีการติดตั้งกล้องวงจรปิดเพื่อความปลอดภัยเฉพาะในบริเวณทางเข้าเท่านั้นโดยไม่ต้องไม่ติดในตำแหน่งที่รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ใช้บริการ สถานที่ควรให้ความรู้สึกที่สุขสบายและอบอุ่น

2) สิ่งอำนวยความสะดวกที่ใช้ร่วมกัน (Shared facilities) ในบริเวณพื้นที่ส่วนกลางที่ใช้ร่วมกันจะต้องมีพื้นที่อย่างน้อยที่สุด 4.1 ตารางเมตร ต่อผู้ใช้บริการ 1 คน พื้นที่ส่วนกลาง ประกอบด้วย ห้องที่ใช้ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม ศาสนาและวัฒนธรรม ห้องรับประทานอาหารห้องสำหรับการสูบบุหรี่ พื้นที่กลางแจ้งหรือพื้นที่ภายนอกอาคารต้องออกแบบมาเพื่อให้สามารถใช้ได้กับความต้องการของผู้ใช้บริการทุกคน ทั้งผู้ใช้รถเข็น (wheelchair) ผู้ที่มีปัญหาทางด้านร่างกาย ปัญหาด้านการสัมผัสและผู้ใช้บริการด้านสติปัญญา แสงสว่างในห้องส่วนกลางต้องมีความสว่างที่เพียงพอ และตั้งอยู่ในตำแหน่งที่เอื้ออำนวยในการอ่านหนังสือและการทำกิจกรรม

3) ห้องน้ำและสิ่งอำนวยความสะดวกในการชักล้าง (Lavatories and washing facilities) ผู้ใช้บริการต้องมีห้องน้ำและสิ่งอำนวยความสะดวกในการชักล้างที่เพียงพอ ควรมีป้ายระบุห้องน้ำที่ชัดเจน อยู่ใกล้ห้องพักและห้องนั่งเล่น ต้องมีห้องอาบน้ำในอัตราส่วน 1 ต่อ 8 ของผู้พักอาศัย ในกรณีที่มีบางห้องมีห้องอาบน้ำในตัวแล้ว ก็จะไม่นำจำนวนห้องที่มีห้องน้ำเหล่านี้มาคิดคำนวณ และควรมีการติดตั้งสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างน้อยตามมาตรฐานการใช้งาน

4) การปรับแต่งสถานที่และอุปกรณ์ (Adaptations and equipment)

สถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ มีความเหมาะสมและได้รับการรับรองจากนักกิจกรรมบำบัดว่า และมีหลักฐานเชิงประจักษ์มาสนับสนุนว่า มีความเหมาะสม และปลอดภัย สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้

- ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงทั้งพื้นที่ที่เป็นส่วนกลางและพื้นที่ส่วนตัวได้โดยทางลาด ลิฟท์โดยสาร หรือทางบันได ได้อย่างปลอดภัย
- มีราวยึดบริเวณทางเดิน ห้องอาบน้ำ ห้องน้ำ พื้นที่ส่วนกลาง และบริเวณต่าง ๆ
- มีการติดตั้งอุปกรณ์ช่วยในห้องน้ำ และห้องอาบน้ำ ให้สามารถใช้เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้
- ทางเข้าสู่พื้นที่ส่วนกลาง ห้องของผู้ใช้บริการ ห้องอาบน้ำและห้องน้ำ และพื้นที่อื่น ๆ ควรมีความกว้างเพียงพอให้รถเข็นสามารถผ่านไปได้ บริเวณทางเข้าควรที่รถเข็นผ่านควรมีความกว้าง 80 เซนติเมตร
- ควรมีอุปกรณ์ ได้แก่ สิ่งที่ช่วยในการสื่อสารและสัญลักษณ์ต่าง ๆ แก่ผู้ให้บริการสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติด้านการได้ยิน การมองเห็น ผู้ที่มีความผิดปกติด้านการเรียนรู้ หรือ ภาวะสมองเสื่อม หรือผู้ที่มีปัญหาด้านสติปัญญา
- ควรมีพื้นที่ในการเก็บอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น พื้นที่เก็บรถเข็น เป็นต้น
- ควรมีระบบสัญญาณแจ้งเตือน (alarm facility) จัดเตรียมไว้ในทุก ๆ ห้อง

5) ที่พักส่วนบุคคล: ความต้องการของพื้นที่ (Individual accommodation: Space requirements) พื้นที่พักของผู้ใช้บริการ ควรประกอบด้วยพื้นที่ดังต่อไปนี้

- พื้นที่ห้องพักควรมีพื้นที่ว่างอย่างน้อย 12 ตารางเมตร ทั้งนี้ไม่รวมพื้นที่ที่เป็นห้องน้ำและสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ
- ขนาดและเค้าโครงห้อง ต้องมั่นใจว่าบริเวณ 2 ข้างของเตียงนอนมีบริเวณกว้างพอที่สามารถจะเข้าไปให้การดูแล และจัดวางอุปกรณ์ได้
- สำหรับห้องที่มีผู้ที่รวมอยู่อาศัย ไม่ควรมีจำนวนเกิน 2 คนต่อห้อง และควรมีพื้นที่ว่างอย่างน้อย 16 ตารางเมตร
- เมื่อห้องที่มีการอยู่อาศัยร่วมกันว่างลง 1 ที่ ผู้ใช้บริการที่ยังคงอยู่มีสิทธิ์ที่จะเลือกในการไม่ใช้บริการร่วมกับผู้อื่นได้

6) การปรับแต่งห้องพักส่วนบุคคล (Individual accommodation: Furniture and fittings) เป้าหมาย คือ ผู้ใช้บริการต้องพักอาศัยอยู่ด้วยความปลอดภัย มีห้องนอนที่สุขสบาย ตกแต่งด้วยเฟอร์นิเจอร์ตามความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- มีเตียงนอนที่สะอาดและสุขสบาย มีความกว้างอย่างน้อย 90 เซนติเมตร มีความสูงในระดับที่ปลอดภัยต่อผู้บริการ
- มีผ้าปูที่นอน

- มีกระจก
- มีไฟให้แสงสว่างที่หัวเตียงหรือข้างเตียง
- มีบริเวณที่นั่ง ที่สามารถนั่งได้ 2 คนอย่างสบาย ๆ
- มีลิ้นชักและพื้นที่สำหรับแขวนเสื้อผ้า
- มีปลั๊กที่สามารถใช้งานได้อย่างน้อย 2 ปลั๊ก
- มีโต๊ะสำหรับนั่งและโต๊ะข้างเตียง
- มีอ่างสำหรับล้างมือ
- สามารถปรับเตียงเพื่อให้การพยาบาลได้
- ปูพื้นด้วยวัสดุที่เป็นพรมหรือเทียบเท่า
- ประตูสามารถล็อคได้ด้วยผู้ใช้บริการ และบุคลากรสามารถเข้าถึงได้กรณีมีเหตุฉุกเฉิน
- มีลิ้นชักเก็บของที่สามารถล็อคได้ เพื่อเก็บยา เงินและสิ่งของมีค่า และมีลูกกุญแจสำหรับ

ล็อค ไว้ที่ผู้รับบริการ

7) บริการด้านความร้อนและแสงสว่าง (Services: Heating and lighting) ปรับความร้อน แสงสว่าง น้ำ และการระบายอากาศเพื่อให้สอดคล้องกับสุขภาพ ความปลอดภัยและความต้องการของผู้ใช้บริการ ดังนี้

- มีหน้าต่างสำหรับระบายอากาศ ระดับความสูงของหน้าต่างต้องอยู่ในระดับที่สามารถมองเห็นด้านนอกได้เมื่อผู้รับบริการนั่ง หรือนอนบนเตียงนอน
- ผู้ใช้บริการสามารถปรับความร้อนได้เองในห้อง
- ควรปรับแสงสว่างให้มีความสว่างตามมาตรฐาน คือ 150 ลักซ์
- มีไฟสัญญาณฉุกเฉิน
- มีการปรับอุณหภูมิน้ำ และปล่อยให้ใช้ที่อุณหภูมิ 50 องศา เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากเชื้อ Legionella และป้องกันการถูกน้ำร้อนลวก

8) บริการด้านสุขอนามัยและการควบคุมการติดเชื้อ (Services: Hygiene and control of infection) โดยต้องมีการรักษาความสะอาดของสถานที่อย่างถูกสุขอนามัย ปราศจากกลิ่น และมีระบบการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อตามกฎหมาย

อัตราบุคลากร

จำนวนบุคลากรเป็นตัวที่สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการการดูแลพยาบาลของผู้ที่อยู่อาศัยในนั้น ว่ามีภาวะพึ่งพิงมากน้อยเพียงใด อัตราส่วนของบุคลากรต้องกำหนดตามความต้องการดูแลตามคำแนะนำของกระทรวง

สุขภาพ (Department of health) จำนวนบุคลากรต้องมีความเหมาะสมตามความต้องการการดูแลและของขนาดของการให้บริการ ดังนี้

- 1) จำนวนบุคลากรควรจะมากที่สุดในช่วงที่ทำกิจกรรมระหว่างวัน
- 2) ในช่วงเวลากลางคืนต้องมีจำนวนบุคลากรที่อยู่เฝ้าให้เพียงพอต่อความต้องการในการดูแลของผู้ที่อยู่อาศัย และควรมีพยาบาลวิชาชีพ (Registered nurse) อยู่ด้วย
- 3) บุคลากรที่ให้การดูแลสุขภาพต้องมีอายุอย่างน้อย 18 ปี และบุคลากรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบเป็นหัวหน้าต้องมีอายุอย่างน้อย 21 ปี (Department of Health, 2006)

เนื่องจากสถานบริบาล (Nursing home) ซึ่งเป็นสถานที่ให้บริการการดูแลที่ต้องใช้ทักษะทางการแพทย์ 24 ชั่วโมงต่อวัน ที่ให้การดูแลผู้ที่มีภาวะเปราะบางและ/หรือมีโรคเรื้อรัง พิการทางด้านร่างกาย หรือทางด้านการรับรู้ด้านเชาวน์ปัญญา (สมองเสื่อม) หรือพิการทั้งสองอย่าง (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ, 2552) ในประเทศอังกฤษจะกำหนดอัตราส่วนบุคลากรทางการแพทย์ (Nursing staff) ที่ให้การดูแลโดยตรง (direct care) ที่รวมถึงพยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาลและผู้ช่วยดูแลด้านสุขภาพ โดยยึดหลัก Skill Mix ต่อผู้สูงอายุที่อยู่ในความ คือ

เวรเช้า 1 : 5 เวรบ่าย 1 : 6-7 และ เวรดึก 1 : 10

จะสังเกตว่าในเวรบ่ายและดึกจะเพิ่มสัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลมากขึ้นดูแล (ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2550)

ทักษะและประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร

บุคลากรจะต้องมีทักษะที่ดี สามารถให้การดูแลโดยใช้ทักษะผสมผสานเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแล ตามความต้องการเหล่านั้น เป้าหมายหลัก คือผู้ใช้บริการที่อยู่ในความรับผิดชอบต้องปลอดภัยตลอดเวลา โดยต้องมีบุคลากรที่ได้รับการอบรมในอัตราส่วนอย่างน้อย ร้อยละ 50 ทั้งนี้ ไม่นับรวมผู้จัดการที่ขึ้นทะเบียน (registered manager) ผู้จัดการดูแล (Care manager) และพยาบาลวิชาชีพ กระบวนการรับสมัครและการสรรหาบุคลากร จะเป็นไปอย่างเสมอภาค และมีแนวทางการดำเนินการและการตรวจสอบคุณสมบัติบุคลากรอย่างเคร่งครัดตามนโยบายขององค์กร โดยบุคลากรที่เข้ามาจะได้รับการอบรมพื้นฐานที่มีมาตรฐานตามองค์กรการอบรมระดับชาติ (National Training Organisation: NTO) (Department of Health, 2006)

1) คุณลักษณะและสมรรถนะของผู้ให้บริการผู้สูงอายุในสถานบริการ

ที่ผ่านมาผู้ช่วยผู้ดูแลด้านสุขภาพ (Health care assistant) ส่วนใหญ่ถูกมองว่าเป็นผู้ที่ไม่ผ่านการฝึกอบรม ได้รับค่าจ้างต่ำและหาผู้ที่จะมาทำงานด้านนี้ค่อนข้างยาก Dalley and Denniss (2001) ได้สำรวจประเภทของการฝึกอบรม ปัจจัยที่ทำให้เกิดการฝึกอบรม ค่าใช้จ่าย ทักษะของผู้ประกอบการและลักษณะของการดูแลที่ให้ ในสถานประกอบการเอกชนและจากสถานบริบาลผู้สูงอายุที่ดำเนินโดยท้องถิ่น จำนวน 1,200 แห่ง

จากการศึกษา พบว่า ถึงแม้มีการอบรมผู้ช่วยผู้ดูแลทั่วประเทศแต่ปรากฏว่ายังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ บางสถานบริการเปิดอบรมเพียงเล็กน้อยหรือไม่มีเลย แต่บางสถานบริการถือว่าเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการให้บริการ ยังพบว่ายังมีช่องว่างในการฝึกอบรม เนื่องจากผู้ช่วยดูแลบางรายไม่ผ่านการอบรมในทุกหัวข้อที่กำหนด เช่น ความปลอดภัย ขณะเกิดไฟไหม้ การเคลื่อนย้ายหรือการจัดการสิ่งที่สำคัญอื่นๆ ยังมีข้อมูลที่ไม่ชัดเจนเรื่องค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม เกือบทุกสถานบริการเชื่อว่าการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลที่ให้อ และมากกว่า 3 ใน 4 ของสถานบริการรู้สึกว่าการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ที่ได้รับจากการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ ที่มากกว่านั้นคือ เป็นการเพิ่มขวัญและกำลังใจให้เจ้าหน้าที่

ด้วยตระหนักถึงคุณภาพการดูแลในสถานบริการผู้สูงอายุ จึงนำไปสู่การเรียกร้องให้มีการฝึกอบรมผู้ช่วยดูแลและการออกประกาศนียบัตร (qualification) ในระดับที่สูงขึ้นอยู่เสมอ ๆ ต่อมารัฐบาลได้ตั้งหน่วยงานฝึกอบรมสำหรับการบริการด้านสังคมที่เป็นส่วนบุคคล (Training Organisation for Personal Social Service: TOPSS) และได้แนะนำ สภาการดูแลด้านสังคมทั่วไป (General Social Care Council: GSCC) ซึ่งต่อมาเป็นผู้ที่ให้การดูแลด้านฝึกอบรมและการให้ประกาศนียบัตรให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแล (care staff) นอกจากนี้ คณะกรรมการมาตรฐานการดูแลแห่งชาติ (National Care Standards Commission: NCSC) ทำงานไปพร้อม ๆ กับ GSCC ในการเพิ่มมาตรฐานให้สูงขึ้น นอกจากนี้กฎหมายมาตรฐานการดูแล (Care Standard Act. 2000) ยังเน้นย้ำถึงความสำคัญของ คุณวุฒิของทั้งพยาบาลและผู้ช่วยดูแล เนื่องจากการเตรียมความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ พบว่า มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับมาตรฐานในการพยาบาล (Masterson, 2004) และควรให้ความสนใจกับทัศนคติ การให้คุณค่า การศึกษาและการฝึกอบรม การกำกับดูแล ความเป็นผู้นำ และการจัดการ และพยาบาลที่มีประสบการณ์สูงที่อุทิศตนที่มีผลต่อคุณภาพการดูแลด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเตรียมความรู้ของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมความมีศักดิ์ศรีของผู้พักอาศัย (Davies et al, 1999) ซึ่งความมีศักดิ์ศรีในตนเอง เป็นสิ่งสำคัญในการดูแลแบบต่อเนื่อง มีหลายการศึกษา พบว่า ความรู้สึกที่ตนเองมีความสามารถ มีศักดิ์ศรี และมีความภาคภูมิใจในตนเอง เป็นพื้นฐานที่จะนำไปสู่การมีประสบการณ์ของการมีชีวิตที่ดี (good life) (Higgs et al, 1992; Oleson et al, 1994)

2) สมรรถนะของผู้ช่วยผู้ดูแล

สมรรถนะของผู้ช่วยผู้ดูแลทางด้านสุขภาพ แบ่งออกเป็น 7 หัวข้อใหญ่ ๆ (East Kent, 2006 อ้างอิงใน ศิริพันธุ์ สาสัจย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม) ได้แก่

2.1) การแนะนำเบื้องต้น (orientation) ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานของผู้ช่วยผู้ดูแลทางด้านสุขภาพ เช่น ลักษณะของงาน บทบาทและหน้าที่ การขอวันหยุดและการรายงานความเจ็บป่วยของตนเอง เครื่องแบบ ขั้นตอนการร้องเรียน นโยบายในแนวทางการปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ผู้ที่ให้อาหารเรื่องสุขภาพและความปลอดภัย สถานที่เก็บหนังสือรายงานอุบัติเหตุ การรักษาความปลอดภัยให้กับตนเอง การรายงานการซ่อมบำรุงเครื่องมือต่าง ๆ เป็นต้น

2.2) สุขภาพและความปลอดภัย (health and safety) ผู้ช่วยดูแลจะต้องมีเอกสารเกี่ยวกับนโยบายในการปฏิบัติเพื่อควบคุมการติดเชื้อ และระบุปัจจัยเสี่ยงในสิ่งแวดล้อม

2.3) การควบคุมการติดเชื้อ (infection control) ผู้ช่วยดูแลจะต้องทราบวิธีการล้างมืออย่างถูกต้อง สามารถระบุและอธิบายกับพี่เรื่องในเรื่องการเตรียมความสะอาด น้ำยาฆ่าเชื้อ และเทคนิคการป้องกันการติดเชื้อ มีความเข้าใจในวิธีการจัดการกับเลือด หรือสิ่งคัดหลั่งจากร่างกาย และแสดงให้เห็นว่า และแสดงให้เห็นว่ามีความรู้ในเรื่องการจัดการกับตัวอย่าง รวมถึงการติดป้ายเชื้อ การเก็บและการส่งตัวอย่างไปยังทางห้องปฏิบัติการ

2.4) การฝึกการป้องกันไฟไหม้ (fire training) ผู้ช่วยดูแลจะต้องแสดงให้เห็นว่ามีความรู้ในการป้องกันไฟไหม้และวิธีปฏิบัติเมื่อมีไฟไหม้เกิดขึ้นในพื้นที่รับผิดชอบ ทราบสถานที่ให้สัญญาณไฟฟ้า การปิดวาวแก๊สและอุปกรณ์ฉุกเฉิน และมีความเข้าใจในความถี่ของการฝึกอบรมซ้ำเรื่องไฟไหม้

2.5) การทำงานในสถานบริการปฐมภูมิ (working in primary care) โดยมีความเข้าใจและยินยอมลงชื่อการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยไว้เป็นความลับ

2.6) ตำแหน่งใหม่และหน้าที่รับผิดชอบ (the new post & responsibilities) สามารถอธิบายการกระทำในการช่วยเหลือแพทย์หรือพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่แพ้ยารุนแรง สามารถระบุอุปกรณ์ในที่ทำงานได้ทราบวิธีการทดสอบมาตรฐานของเครื่อง รวมทั้งการบำรุงรักษาอุปกรณ์ เช่น เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด เครื่องวัดความดันโลหิตและเครื่องมืออุปกรณ์ไร้เชื้อ นอกจากนี้จะต้องรู้จักขั้นตอนการปฏิบัติในการสั่งยาและยาและวัคซีนที่ถูกต้อง รวมทั้งสามารถอธิบายวิธีที่จะปกป้องความลับของผู้ป่วย

2.7) การพัฒนาวิชาชีพ (professional development) ทราบวิธีการสังเกตอาการของผู้ป่วย จาก ความดันโลหิต อุณหภูมิ การวัดอากาศหายใจ รวมทั้งทราบค่าปกติและวิธีการปฏิบัติเมื่อค่าที่ได้จากการสังเกตไม่อยู่ในเกณฑ์ปกติ นอกจากนี้สามารถประเมิน EKG และขั้นตอนการส่งต่อเมื่อมีค่าผิดปกติ รวมทั้ง เข้าใจวิธีที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยดำรงความมีศักดิ์ศรีในตนเอง ในขณะที่ให้การช่วยเหลือแพทย์ในการดูแลรักษา

คำใช้ง่าย

ในประเทศอังกฤษ กลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มหลักในการใช้บริการทางสุขภาพและการดูแลทางสังคม (Health and social care) มีการคาดการณ์ว่าประมาณหนึ่งในสามของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ 2 ใน 3 ของผู้ที่นอนในโรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยสูงอายุ ร้อยละ 15 ของประชากรผู้สูงอายุใช้บริการองค์กรทางสังคม ซึ่งประมาณ 206,000 คน หรือประมาณร้อยละ 2.5 ที่อาศัยอยู่ในบ้านพักคนชราหรือสถานบริบาล (residential or nursing home care) (CSCI, 2006 cited in Howse, 2007) ในผู้สูงอายุตอนกลางถึงตอนปลาย (Older - old) จะมีต้นทุนในการดูแลรักษาที่สูง ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่มากกว่าหรือเท่ากับอายุ 85 ปี มักจะพักอยู่ในสถานดูแล (Care home) ที่ต้องได้รับการให้บริการพื้นฐาน และในผู้ที่เป็นวัย

ผู้สูงอายุตอนปลาย (Late old age) และนอกจากนี้ยังมีแนวโน้มและมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะพึ่งพาที่จะต้องได้รับการดูแลระยะยาว (Howse, 2007)

4. กระบวนการให้บริการร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนของการดูแลกับผู้ให้บริการดูแลสุขภาพและผู้มีส่วนได้เสีย (Process of care with health care providers and stakeholders) มีดังต่อไปนี้

มาตรฐานการดูแล

มาตรฐานการดูแลของประเทศอังกฤษ เรียกว่า มาตรฐานของคุณภาพและความปลอดภัยที่สำคัญ 28 ประการ (28 Essential standards of quality and safety) ประกอบด้วย มาตรฐานหลัก 16 ข้อ และไม่ใช่มาตรฐานหลัก 12 ข้อ

แบ่งออกเป็น 6 กลุ่มผลลัพธ์ คือ 1) ข้อมูลและการมีส่วนร่วม 2) การดูแลส่วนบุคคลการรักษาและการสนับสนุน 3) การป้องกัน 4) ความเหมาะสมของอัตราค่าจ้าง 5) คุณภาพและการจัดการ และ 6) ความเหมาะสมของการจัดการ มีรายละเอียดแสดงในตารางที่ 6.1

ตารางที่ 6.1 แสดงมาตรฐานของคุณภาพและความปลอดภัยที่สำคัญของประเทศอังกฤษ

ผลลัพธ์หลัก 6 ด้าน	มาตรฐาน
ข้อมูลและการมีส่วนร่วม (information and involvement)	1. การให้ความเคารพและการมีส่วนร่วมกับผู้ให้บริการ (Respecting and involving service users) 2. การให้ความยินยอมในการดูแลและการรักษา (Consent to care and treatment) 3. ค่าธรรมเนียม (Fee)*
การดูแลส่วนบุคคลการรักษาและการสนับสนุน (Personalised care, treatment and support)	4. การดูแลและสวัสดิการของผู้ใช้บริการ (Care and welfare of service users) 5. การบรรลุถึงความต้องการทางโภชนาการ (Meeting the nutritional needs) 6. ความร่วมมือกับผู้ให้บริการอื่น ๆ (Cooperating with other providers)
การป้องกัน (Safeguarding)	7. บริการปกป้องผู้ให้บริการจากการละเมิด (safeguarding service users from abuse) 8. ความสะอาดและควบคุมการติดเชื้อ (cleanliness and infection control) 9. การจัดการเรื่องยา (management of medicine) 10. ความปลอดภัยและความเหมาะสมของสถานที่ (safety and suitability of premises) 11. ความปลอดภัยความพร้อมและความเหมาะสมของอุปกรณ์ (safety, availability and suitability of equipment)

ผลลัพธ์หลัก 6 ด้าน	มาตรฐาน
ความเหมาะสมของอัตรากำลัง (Suitability of staffing)	12. ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับแรงงาน (requirement relating to workers) 13. อัตรากำลัง (staffing) 14. แรงงานสนับสนุน (supporting workers)
คุณภาพและการจัดการ (Quality and management)	15. คำแถลงวัตถุประสงค์ (statement of purpose)* 16. การประเมินและการตรวจสอบคุณภาพของการให้บริการ (assessing and monitoring the quality of service provision) 17. การร้องเรียน (complaints) 18. การแจ้งเตือนเรื่องการเสียชีวิตของผู้ใช้บริการ (notification of death of a service user)* 19. การแจ้งเตือนเรื่องการเสียชีวิตหรือการขาดโดยไม่ได้รับอนุญาตของบุคคลที่ถูกคุมขังหรือมีแนวโน้มที่จะถูกคุมขัง ภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต 1983 (notification of death or unauthorized absence of a person who is detained or liable to be detained under the Mental Health Act. 1983)* 20. การแจ้งเตือนเหตุการณ์อื่น ๆ (รวมทั้งการบาดเจ็บ ข้อกล่าวหาของการละเมิด การสืบสวนของตำรวจ) (notification of other incidents (including injuries, allegations of abuse, police investigation)) * 21. การบันทึก (records)
ความเหมาะสมของการจัดการ (Suitability of management)	22. ความต้องการในกรณีที่ผู้ให้บริการเป็นนิติบุคคลหรือห้างหุ้นส่วน(requirements where the service provider is an individual of partnership)* 23. ความต้องการในกรณีที่ผู้ให้บริการเป็นกลุ่มองค์กรมากกว่าห้างหุ้นส่วน (requirements where the service provider is a body other than a partnership)* 24. ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับผู้จัดการที่ขึ้นทะเบียน (requirements relating to registered managers)* 25. บุคคลที่ขึ้นทะเบียน: การฝึกอบรม (registered person: training) 26. สถานะทางการเงิน (financial position)* 27. การแจ้งเตือนเรื่องการขาด (notifications of absence)* 28. แจ้งเตือน – แจ้งให้ทราบล่วงหน้าเรื่องการเปลี่ยนแปลง (notification – notice of changes)*

หมายเหตุ * หมายถึง ไม่ใช่มาตรฐานหลัก (มี 12 ข้อ) ส่วนที่เหลือ 16 ข้อเป็นมาตรฐานหลัก

Source: ปรับปรุงจาก Care Quality Commission (2010a, cited by Malley et al., 2014: 186-187)

การประเมินความต้องการ (Needs Assessment)

แนวการปฏิบัติ (Practice guideline) สำหรับผู้ที่พักเข้าอยู่ใหม่ทุกราย ต้องได้รับการประเมินความต้องการการดูแลจากผู้ผ่านการอบรม เพื่อวางแผนการจัดการดูแล โดยประเมินดังต่อไปนี้ ได้แก่

- การดูแลส่วนบุคคลและความสุขสบายกาย
- อาหารและน้ำดื่ม การกำหนดรายการอาหาร
- การมองเห็น การได้ยิน และการสื่อสาร
- สุขภาพในช่องปาก
- การดูแลเท้า
- ความคล่องตัวในการเคลื่อนไหว
- ประวัติการหกล้ม
- การกลั้นปัสสาวะไม่ได้
- การใช้ยา
- สภาพจิตและสติปัญญา
- ความสนใจทางสังคม งานอดิเรก ความต้องการทางศาสนาและวัฒนธรรม
- ความปลอดภัยส่วนบุคคลและความเสี่ยง
- ผู้ดูแล ครอบครัว และญาติที่มีความสัมพันธ์กัน และการติดต่อทางสังคม

เมื่อประเมินความต้องการการดูแลแล้ว จึงจะมีการประเมินว่าความต้องการนั้นๆ ได้รับการตอบสนองแล้วหรือไม่ (meeting needs) เป้าหมายคือ ต้องการให้ผู้ใช้บริการและตัวแทนทราบว่าเขาจะได้รับการตอบสนองความต้องการอย่างไรบ้าง ในด้านการบริการที่เฉพาะจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะและมีแนวทางการปฏิบัติทางคลินิก (Clinical guidance) ที่ดี เช่น การให้บริการผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือความพร้อมด้านปัญญา ความผิดปกติด้านการรับรู้ ความพิการทางกาย ความผิดปกติด้านการเรียนรู้ การดูแลระยะกลางและการดูแลระยะสั้น (Respite care) และมีการตอบสนองความต้องการของกลุ่มคนกลุ่มเล็ก ๆ ที่มีความแตกต่างทางสังคม วัฒนธรรม และศาสนา (Department of Health, 2006)

5. ผลลัพธ์ของการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในประเทศอังกฤษมีการประเมินผลลัพธ์ที่ความผาสุกและคุณภาพการตายของผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตาย ดังนี้

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

Bradshaw et al. (2012) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ โดยรวบรวมงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาเกี่ยวกับความผาสุกของผู้สูงอายุในสถานดูแล (Living well in care homes) จำนวน 31 เรื่อง โดยพบว่า ฤกษ์แจสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแลประกอบด้วย 4 ประการ ได้แก่

1) การยอมรับและการปรับตัวต่อการอยู่อาศัย (Acceptance and adaptation to their living situation) การปรับตัวต่อสถานการณ์ของบุคคล ทศนคติทางบวกจะช่วยให้การลดผลกระทบต่อการสูญเสีย เช่น การสูญเสียภาวะพึ่งพา และช่วยสนับสนุนให้เกิดสมรรถนะแห่งตน (self - efficacy)

2) การมีความเชื่อมโยงกับบุคคลอื่น (Connectedness with others) การมีความเชื่อมโยงและการมีส่วนร่วมกับบุคคลอื่น จะหล่อหลอมให้มีชีวิตที่ดี ความเชื่อมโยงทางสังคมจะก่อให้เกิดการยอมรับ ก่อให้เกิดมิตรภาพระหว่างกัน

3) การจัดสิ่งแวดลอมที่คล้ายคลึงกับบ้าน (A homelike environment) การจัดสิ่งแวดลอมทางกายภาพในสถานดูแลให้คล้ายคลึงกับบ้านจะช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิต ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนผ่านจากบ้านสู่สถานการดูแล (Care home) ได้อย่างไร้รอยต่อ โดยมีห้องนอนและห้องน้ำที่เป็นส่วนตัว มีพื้นที่ในการเก็บของที่เพียงพอ และ เงียบสงบ

4) ทักษะในการดูแลของผู้ที่ให้การดูแล (Caring practice) ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแลมีความต้องการที่จะได้รับการตอบสนองอย่างเพียงพอ ผู้ที่ให้การดูแลควรมีทักษะและทัศนคติที่ดีในการดูแล มีความรู้เกี่ยวกับผู้ที่อยู่อาศัย และความต้องการส่วนบุคคล และมีความเข้าใจในชีวิตของเขาเหล่านั้น

คุณภาพของการตายของผู้ป่วย

การดูแลในภาวะใกล้ตายจะให้ความสำคัญกับคุณภาพการดูแลที่ควรได้รับในวันสุดท้ายพอ ๆ กับคุณภาพชีวิตที่ผ่านมา ซึ่งหมายถึงผู้ป่วยจะต้องได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและอารมณ์ ความสุขสบาย การควบคุมความเจ็บปวด โดยให้ความเคารพความเป็นส่วนตัวและค่านึงถึงศักดิ์ศรี ควรมีผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care staff) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความตายและไปสู่ความตายอย่างสงบ ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยเปิดเผยถึงความต้องการเมื่อเข้าสู่ความตาย ความต้องการทางศาสนาและวัฒนธรรม รวมทั้งการพูดคุยถึงความต้องการของญาติและเพื่อน ๆ ของผู้อยู่อาศัยด้วย อย่างไรก็ตามจะต้องมีนโยบายและแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลในวันสุดท้ายดังกล่าว เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายและค่านึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Department of Health, 2006)

6. กลไกการควบคุมและการกำกับมาตรฐานสำหรับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

ในประเทศอังกฤษ มีกลไกการควบคุมและกำกับมาตรฐานภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพและสังคม ค.ศ. 2008 (Health and Social Care Act: HSCA 2008) และมีการจัดตั้งองค์กรที่รับผิดชอบคือ สำนักงานคณะกรรมการกำกับดูแลคุณภาพ (Care Quality Commission: CQC) ซึ่งเป็นองค์กรอิสระที่มีบทบาทสำคัญในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพความปลอดภัยและสวัสดิภาพของผู้ที่ใช้บริการด้านสุขภาพและการดูแลสังคม CQC มีอำนาจในการรับขึ้นทะเบียนผู้ให้บริการ (register) ตรวจสอบการปฏิบัติตามกฎระเบียบ (monitoring) ที่รวมถึง การตรวจเยี่ยม (inspection) และการบังคับใช้มาตรฐานแห่งชาติ (enforce national standard) กับทุกสถานบริการ (Malley et al., 2014)

ถึงแม้ CQC ได้รับทุนสนับสนุนจาก Department of Health (DH) แต่นโยบายของรัฐบาล คือ ให้มี CQC จัดเก็บค่าธรรมเนียมการกำกับดูแลรายปี ที่รวมถึงการขึ้นทะเบียนทุกประเภทและการปฏิบัติตามข้อกำหนดจากผู้ให้บริการหรือผู้ประกอบการ ค่าธรรมเนียมขึ้นกับประเภทของการบริการ ขนาดของสถานบริการและสถานที่ขึ้นทะเบียน

ประเภทของการบริการดูแลระยะยาว

1) บริการแบบที่พักอาศัย (Residential services) รวมถึง สถานบริบาล (nursing home) ที่สามารถเข้าถึงบริการการพยาบาลได้ตลอด 24 ชั่วโมง และบริการดูแลแบบบ้านพักอาศัย (care home) รวมถึง โครงการที่อยู่อาศัยพิเศษ (extra housing scheme) ที่มีที่พักอยู่ในตัว (self-contained accommodation) สามารถเข้าถึงบริการการดูแลส่วนบุคคล (personal care) ที่หมายถึง การให้ความช่วยเหลือทางกายภาพเพื่อให้การกำกับดูแลหรือช่วยเหลือหรือสนับสนุน การรับประทานอาหารและดื่มน้ำ การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำแต่งตัว รวมทั้ง การดูแลสุขภาพช่องปากหรือการดูแลผิวหนัง ผผมและเล็บ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

2) บริการที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based services) จะแตกต่างกันไปตามเขตพื้นที่การปกครอง เช่น การดูแลที่บ้าน (home care) ศูนย์บริการกลางวัน (day centres) บริการกำกับดูแล (supervision services) อุปกรณ์และการปรับปรุง (equipment and minor adaptations) บริการอาหาร (meals) และ บริการดูแลชั่วคราวให้กับผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (respite for informal carers)

นอกจากนี้ยังมีบริการในระดับที่ต่ำลงมาก็มี เช่น การช่วยเหลืองานบ้าน การชักรีด การรับ-ส่ง และการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแล ซึ่งบริการทั้งหมดข้างต้นถือว่าการดูแลด้านสังคมสำหรับผู้ใหญ่ (รวมถึงผู้สูงอายุ) (Adult social care: ASC) จะไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (National Health Service: NHS) แต่เป็นองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น (Local Authority: LAs) เป็นผู้ประเมินความต้องการ

การบริการ ผู้ที่จะได้รับการสนับสนุนค่าบริการจะต้องผ่านการประเมินความจำเป็น (Mean-test) โดยจะต้องจ่ายสหบทประมาณร้อยละ 30 ในขณะที่ผู้ที่ไม่ผ่านการประเมินจะต้องจ่ายค่าบริการเองทั้งหมด

การกำกับดูแลการดูแลระยะยาว (Regulation of long-term care)

พรบ.สุขภาพและสังคม (HSCA) ค.ศ. 2008 ได้ให้กรอบการกำกับดูแล (regulatory framework) เพื่อคุณภาพและความปลอดภัยของการดูแลทางด้านสุขภาพและสังคม สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะดังนี้

1) การกำกับดูแล สถานบริการแต่ละประเภทจะมีการกำกับดูแลจะแตกต่างกันไป ดังนี้

1.1) สถานดูแลที่ให้บริการการพยาบาลและไม่มีบริการการพยาบาล เช่น สถานบริบาลและ บริการดูแลแบบบ้านพักอาศัย มีการกำกับดูแลโดย CQC

1.2) บริการที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-based service) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบริการ ทางด้านสังคม การบริการประเภทนี้จะไม่มีการกำกับดูแล

1.3) บริการที่เป็นของรัฐ จะมีการกำกับดูแลโดยการตรวจเยี่ยม (inspect) เท่านั้นแต่ไม่ จำเป็นต้องขึ้นทะเบียน

2) การกำกับดูแลกิจกรรม HSCA 2008 ให้กรอบการกำกับดูแลในกิจกรรมบางประเภทเท่านั้น ที่ รวมถึงการดูแลส่วนบุคคล (personal care) ที่ประกอบด้วยการกำกับดูแลช่วยเหลือทางด้านร่างกาย หรือให้การ สนับสนุนบุคคลในด้านการรับประทานอาหารหรือดื่ม การใช้ห้องน้ำ การชำระและอาบน้ำ การแต่งตัว การดูแล สุขภาพช่องปาก หรือการดูแลผิวหนัง ผผมและเล็บ ดังนั้น

ดังนั้นการกำกับดูแลจะครอบคลุมสถานที่และการดูแล (การพยาบาลและการดูแลส่วนบุคคล) ที่ สถานบริการจัดบริการให้กับผู้สูงอายุ (ทั้งที่มีหรือไม่มีอาการ) และการดูแลส่วนบุคคลที่ให้บริการโดย หน่วยงานที่ให้บริการดูแลที่บ้านที่สนับสนุนคนที่อาศัยอยู่ในบ้านของตัวเอง ที่อาจจะเป็นรูปแบบที่อยู่อาศัยการ ดูแลเป็นพิเศษ (extra-care housing scheme) (Care Quality Commission, 2010b cited by Malley et al., 2014)

การขึ้นทะเบียนและการรับรองผู้ให้บริการ (Registration and certification of providers)

1) กระบวนการขึ้นทะเบียน ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

1.1) การเขียนใบสมัคร (written application)

1.2) การประเมิน (assessment)

1.3) การตัดสิน (judgment)

ผู้ให้บริการดูแลด้านสังคมและผู้จัดการจะต้องขึ้นทะเบียน กับ CQC ตามกฎหมาย และ CQC ให้ได้แนวปฏิบัติที่อธิบายวิธีที่จะปฏิบัติตาม HSCA 2008 ที่ให้กรอบการกำกับดูแลเพื่อคุณภาพและความปลอดภัย

ของการดูแลทางด้านสุขภาพและสังคม (ดูตารางที่ 6.1) รวมทั้งข้อบังคับปี ค.ศ.2010 และข้อบังคับของ CQC ปี ค.ศ.2009

2) การรับรองผู้ให้บริการ (Registration and certification of providers)

ผู้สมัครที่ผ่านการตัดสินจะได้รับใบประกาศนียบัตร (certification) ส่วนผู้สมัครที่ไม่ผ่านการตัดสิน มีสิทธิที่จะเขียนจดหมายเป็นลายลักษณ์อักษรยื่นกับผู้แทนของ CQC และสามารถยื่นอุทธรณ์ต่อศาลที่เป็นอิสระได้

การเฝ้าสังเกตการปฏิบัติตามกฎระเบียบ (Monitoring compliance with the regulations)

CQC มีวัตถุประสงค์ มุ่งเน้นที่ผลลัพธ์และให้ความเห็นและประสบการณ์การใช้บริการของผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในวิธีการกำกับดูแล มาตรฐานของคุณภาพแต่ละข้อจะมีคำบรรยายของผลลัพธ์ที่คาดหวังกำกับไว้ด้วย นอกจากนี้ CQC ยังกระตุ้นให้ผู้ให้บริการรับผิดชอบเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการปฏิบัติผ่านการประเมินตนเอง (self-assessment) และการปรับปรุงกิจกรรม และคาดหวังให้ผู้ให้บริการรวบรวมข้อมูลที่แสดงให้เห็นผลลัพธ์ของการบริการ เช่น การสำรวจข้อมูล การปฏิบัติและข้อเสนอแนะเป็นต้น และ COC ได้พัฒนาเครื่องมือประเมินการปฏิบัติตามกฎระเบียบที่มีชื่อว่า “Provider compliance assessment” แต่ไม่ได้เป็นการบังคับให้ใช้

รวมทั้งกระตุ้นให้ผู้ให้บริการเฝ้าสังเกตการปฏิบัติของตนเองใน 2 ช่องทาง คือ การตรวจสอบคุณภาพ (inspection) และการประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง (continuous assessment) โดยที่ มาตรฐานหลัก 16 ข้อ จะต้องมีการเฝ้าสังเกตอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่การตรวจสอบจะมุ่งเน้นไปที่หาหลักฐานของการไม่ปฏิบัติตาม

การตรวจสอบ (Inspections)

การตรวจสอบมีหลายประเภท สามารถทำตามกำหนดการ การตรวจสอบเพื่อเป็นการการตอบสนอง และการตรวจสอบเชิงลึก แต่ส่วนใหญ่จะไม่ประกาศให้ทราบล่วงหน้า มีรายละเอียดดังนี้

1) การตรวจสอบตามกำหนดการ (schedule inspection) จะดำเนินการตามโปรแกรมที่วางไว้ โดยจะเข้าตรวจสอบระหว่าง 3 เดือนและ 1 ปี ภายหลังขึ้นทะเบียน และหลังจากนั้นจะตรวจสอบปีละ 1 ครั้ง โดยจะมุ่งเน้นอย่างน้อย 5 มาตรฐานและหนึ่งในนั้นมักจะเป็นมาตรฐานที่ 4 คือ การดูแลและสวัสดิการของผู้ใช้บริการ ส่วนมาตรฐานที่เหลือ ผู้ตรวจสอบจะเลือกตามเนื้อหาที่เกี่ยวข้องตามประเภทของสถานบริการ สิ่งที่ตระหนักที่รับรู้ในขณะวางแผนการตรวจสอบ เช่น จากข้อมูลการประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

2) การตรวจสอบเพื่อเป็นการการตอบสนอง (responsive inspection) จะได้รับแรงกระตุ้นมาจากสถานการณ์ที่มีข้อมูลการบริการไม่เพียงพออาจนำไปสู่ภาวะเสี่ยงได้ หรือจำเป็นที่จะต้องติดตามการ

ดำเนินการบังคับใช้ มักจะเป็นสิ่งที่ผู้ตรวจสอบตระหนักและหากมีประเด็นอื่นๆ อีก การตรวจสอบก็จะสามารถขยายให้กว้างขึ้น

3) การตรวจสอบเชิงลึก (themed inspection) เป็นการศึกษเชิงลึกในประเด็นเฉพาะ (เช่น ประเด็นในเรื่องศักดิ์ศรี หรือภาวะโภชนาการ) ที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสอบกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับบริการ

ภายหลังการตรวจสอบ ผู้ตรวจสอบจะเขียนรายงานเพื่อยืนยันและส่งข้อเสนอแนะกลับไปยังผู้ให้บริการเพื่อตรวจสอบความถูกต้องก่อนตีพิมพ์เผยแพร่

สมาชิกในทีมผู้ตรวจสอบอาจเป็นผู้เชี่ยวชาญจากประสบการณ์ (expert by experience) ก็ได้ เช่น ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เป็นผู้ให้บริการทางด้านสังคม หรือผู้ที่มีประสบการณ์ให้บริการที่ไม่เป็นทางการและไม่ได้รับค่าตอบแทน และพบว่าผู้ตรวจสอบที่บุคคลทั่วไปเป็นกลไกที่ช่วยกระตุ้นให้ผู้พักอาศัยในสถานบริการได้แสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ (Wright, 2005)

การรายงานสาธารณะของผู้ให้บริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัย (Public reporting of provider quality and safety)

CQC จะรายงานข้อมูลของผู้ให้บริการบน Website เพื่อสาธารณะใช้เป็นแหล่งที่มาของข้อมูล โดยสามารถค้นหาทำเนียบนามได้โดยแบ่งตามชนิดของการบริการ ความเชี่ยวชาญในการให้บริการ พื้นที่และชื่อของผู้ให้บริการ อย่างไรก็ตามรายละเอียดของคุณภาพและความเสี่ยง (Quality and Risk Profile: QRP) ไม่ได้เปิดเผยต่อสาธารณะ ดังนั้นทำเนียบนามจะไม่ใช้การสืบค้นตามคุณภาพได้ แต่อาจสามารถสืบค้นคุณภาพตามการให้ดาว (quality star rating) ซึ่งมีการให้คะแนน 1-4 ถึงแม้ว่าคะแนนคุณภาพจะให้รายละเอียดทางด้านคุณภาพค่อนข้างจำกัด แต่อย่างน้อยทำให้ผู้ใช้บริการพอมองเห็นภาพจากระดับคะแนนที่ได้ วัตถุประสงค์ของการให้คะแนนคุณภาพ (quality rating) ก็เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับคุณภาพการบริการ ส่งเสริมทางเลือกในการบริการและทำให้ด้านการตลาดของบริการประเภทนี้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อจำกัดขอบเขตของกฎระเบียบของ (Limitation to the scope of regulations)

กฎระเบียบดังกล่าวไม่ได้บังคับใช้กับสถานบริการทุกประเภท รวมทั้ง ศูนย์บริการกลางวัน การบริการอาหาร การบริการอุปกรณ์ และการบริการอื่นๆ ที่ต่ำกว่าการดูแลส่วนบุคคลที่ให้บริการที่บ้าน อย่างไรก็ตามถึงแม้จะไม่มีหน่วยงานคอยกำกับดูแลการบริการข้างต้น หากการบริการนั้นต้องถินเป็นคนจ่าย ท้องถินจะเป็นผู้เข้ามาดูเรื่องข้อตกลงสัญญาการให้บริการต่างๆ ก็จะเป็นผู้ที่คอยกำกับดูแลอยู่เรื่อยๆ

บทที่ 7

มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวประเทศสวีเดน

1. บทนำ

ประเทศสวีเดน เป็นรัฐสวัสดิการเต็มให้บริการสาธารณะที่ครอบคลุมและกว้างขวาง จากเดิมครอบครัวเป็นผู้ให้การดูแล จนกระทั่งมีการจัดการดูแลให้กับผู้สูงอายุที่ยากจนก่อนและค่อยๆ ขยายขอบเขตการให้บริการมากขึ้น เมื่อรัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบในการจัดการดูแลสถานบริบาลผู้สูงอายุตามกฎหมาย การคลังส่วนใหญ่มาจากภาษีท้องถิ่น ระบบบริการประกอบด้วย 3 ระดับ ได้แก่ ระดับชาติ ระดับภูมิภาคและระดับท้องถิ่น บริการการดูแลระยะยาวที่จัดโดยองค์กรท้องถิ่นได้รับเงินอุดหนุนจากรัฐบาลกลาง ส่วนบริการทางการแพทย์จัดให้ในระดับจังหวัดและระดับภูมิภาค (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2551) การบริการดูแลระยะยาว มีหลายประเภท เช่น บริการช่วยเหลือที่บ้าน การดูแลระยะยาวในสถานบริการ กิจกรรมการดูแลกลางวัน บริการการพยาบาลและการแพทย์ที่บ้าน บริการอาหาร ความปลอดภัยส่วนบุคคล และการปรับปรุงบ้านเรือน นอกจากนี้ยังมีบริการรับส่งผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดด้านร่างกายไม่สามารถใช้การขนส่งสาธารณะได้ (Fukushima, Adami and Palme, 2010)

ทั้งนี้คณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ (The National Board of Health and Welfare) ซึ่งเป็นคณะกรรมการในระดับชาติ เป็นผู้รับผิดชอบในการกำกับดูแลการติดตามและการประเมินสมรรถนะที่ให้บริการดูแล ขณะเดียวกันในส่วนกลางจะมีกระทรวงสุขภาพและกิจการสังคม (the Ministry of Health and Social Affairs) รับผิดชอบในการพัฒนาการดูแลด้านสุขภาพ การประกันสังคมและปัญหาสังคม โดยการร่างข้อเสนอเพื่อรัฐสภาในการออกกฎหมายใหม่และเตรียมกฎระเบียบของรัฐบาลอื่น ๆ (Fukushima, Adami and Palme, 2010; Hellqvist and Lidbrink, 2010; OECD, 2013a)

2. ปัจจัยส่วนบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว

ประเทศสวีเดนมีผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปถึง 1.7 ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ 18 ของประชากรทั้งหมด และมีการคาดการณ์ว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 25 ภายในปี ค.ศ. 2050 และผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่า ภายในปี ค.ศ. 2060 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93) พักอาศัยอยู่ที่บ้านทั่วไป โดยมีหรือไม่มีคนช่วยทำงานบ้าน (home help) อย่างไรก็ตามมีผู้สูงอายุจำนวน 95,000 คน พักอยู่ในที่อยู่อาศัยพิเศษ (special housing) (Hellqvist and Lidbrink, 2010)

ถึงแม้ประชากรจะมีสุขภาพที่ดีขึ้น แต่ปรากฏว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลด้านสุขภาพและสังคมกลับเพิ่มสูงขึ้น โดยที่ค่าใช้จ่ายในการดูแลประชากรสูงอายุคาดว่าจะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 70 และค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพคาดว่าจะเพิ่มขึ้น ร้อยละ 30 ภายในปี ค.ศ. 2050 รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะมีความต้องการ

บุคลากรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 และมีแนวโน้มว่าจะขาดบุคลากรที่ทำงานเต็มเวลาสูงถึง 65,000 คน ภายในปี ค.ศ. 2030 (Hellqvist and Lidbrink, 2010) จากค่าใช้จ่ายการดูแลในสถานบริการที่สูงขึ้นจึงทำให้เริ่มถูกแทนที่ด้วยการบริการดูแลและการพยาบาลที่บ้านที่มีค่าใช้จ่ายถูกกว่า ทำให้สถานบริการดูแลระยะยาวเป็นสถานที่สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลจริงๆ จากผู้ให้บริการที่เป็นวิชาชีพและต้องการการดูแลทางการแพทย์ที่ไม่สามารถให้การดูแลที่บ้านได้เท่านั้น ทำให้ความต้องการการดูแลในสถานดูแลระยะยาวมีแนวโน้มลดลง จากสัดส่วนของผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปพักอาศัยในสถานดูแลระยะยาวร้อยละ 20 ในปี ค.ศ.1950 และเพิ่มขึ้นสูงสุดถึงร้อยละ 30 ในปี ค.ศ.1975 จากนั้นค่อยๆ ลดลงเหลือร้อยละ 16 ในปี ค.ศ.2007

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว

Fukushima, Adami and Palme (2010) กล่าวว่า เดิมประเทศสวีเดนมีพระราชบัญญัติบรรเทาความยากจน (The Poor Relief Act) ซึ่งเป็นพระราชบัญญัติที่กำหนดให้ลูกหลานรับผิดชอบดูแลพ่อแม่ที่สูงอายุ และได้ถูกยกเลิกไปเมื่อปี ค.ศ. 1950 ทำให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นหน้าที่ของรัฐบาลและมีบริการดูแลระยะยาวในสถานเป็นหลัก และญาติของผู้สูงอายุที่รับบริการได้รับการมองว่าเป็นเพียงแขกที่มาเยี่ยมเท่านั้น

จนกระทั่งต่อมาประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยรวมถึงบำนาญ เงินอุดหนุนที่อยู่อาศัย การบริการทางด้านสังคมและสุขภาพ เป็นจำนวน ร้อยละ 5 ของ GDP ของประเทศ ในปี ค.ศ. 1950 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14 ของ GDP ของประเทศ ในปี ค.ศ. 1990 และปัญหาเศรษฐกิจถดถอยของประเทศ รัฐบาลจึงเริ่มให้ความสนใจ “ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการแบบสมัครใจ (voluntary informal care)” มีการคาดการณ์ว่ามีผู้สูงอายุที่ต้องการการช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน (ADL) ที่ไม่อยู่ในสถานบริการและได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการเป็นจำนวน 2-3 เท่าของผู้ที่ได้รับการดูแลที่บ้าน (home-care service) จากภาครัฐ ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วง 45-64 ปี ส่วนใหญ่ให้การช่วยเหลือด้าน ADL

ผู้ดูแลได้รับการสนับสนุนมากขึ้น หลังจากมีกฎหมายการสนับสนุนผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ โดยที่พระราชบัญญัติบริการทางสังคม (The Social Service Act) ได้กำหนดไว้ว่า “เทศบาลมีหน้าที่เฝ้าระวังและให้ความร่วมมือกับผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการและการให้การสนับสนุนที่ออกแบบมาเฉพาะบุคคลเมื่อมีความจำเป็น” วัตถุประสงค์ของพระราชบัญญัตินี้ก็เพื่อ ทำให้สถานการณ์ของผู้ดูแลเป็นที่มองเห็นได้ชัดเจนมากขึ้น เป็นการป้องกันภาวะเหนื่อยหน่ายและเหนื่อยล้าและ ปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่ให้การช่วยเหลือดูแลด้าน ADL ที่บ้าน

ตั้งแต่ปี ค.ศ.1992 เป็นต้นมา เทศบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบบุคคลที่มีความต้องการที่ไม่ใช่จากโรงพยาบาลแทนสภามณฑล (country council) เช่น ผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวหรือต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน หากเทศบาลละเลยให้การช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลที่สามารถกลับบ้านได้ภายหลังจากนอนโรงพยาบาล เทศบาลจะต้องเสียค่าใช้จ่ายในแต่ละวันที่นอนโรงพยาบาล

เกินความจำเป็นเอง นอกจากนี้สถานบริบาลได้รับการปรับปรุงให้เป็นหน่วยที่มีความทันสมัยและมีมาตรฐาน เป็นที่ยอมรับ ปัจจุบันร้อยละ 0.5 ของผู้สูงอายุ 95,000 คน พักอาศัยถาวรในที่พักอาศัยพิเศษ (special housing) และต้องอยู่ห้องรวม การลงทุนกับที่พักอาศัยพิเศษ พบว่า ช่วยลดปัญหาความขาดแคลนที่พักอาศัย ประเภทนี้ลงได้ สำหรับนโยบายในระยะต่อมามีวัตถุประสงค์เพื่อ ลดช่องว่างระหว่างจุดที่บุคคลรู้สึกว่าจะไม่สามารถอยู่บ้านตนเองต่อไปได้และจุดที่มีความต้องการมากขึ้น ซึ่งการประเมินความต้องการจะได้ผลทำให้ย้ายเข้าไปอยู่ในที่พักอาศัยพิเศษ

3. โครงสร้างระบบบริการ

การเข้าถึงการดูแลภายในระบบ

การดูแลผู้สูงอายุในประเทศสวีเดน มีปรัชญา “เพื่อให้การสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีชีวิตที่มีคุณภาพสูง มีความเป็นอิสระนานที่สุดเท่าที่จะนานได้” การดูแลผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับ 3 องค์การ ที่มีบทบาทในระดับที่แตกต่างกัน คือ

1) ในระดับประเทศจะขึ้นอยู่กับรัฐสภาสวีเดน (Swedish Parliament) และรัฐบาลกับหน่วยงานย่อยที่ตระหนักถึงเป้าหมายของนโยบายการกำกับดูแลผ่านการออกกฎหมาย และมาตรการควบคุมทางการเงิน

2) ในระดับภูมิภาค ประกอบไปด้วย 20 สภามณฑล ที่รับผิดชอบในการให้บริการด้านสุขภาพ และทางการแพทย์ในโรงพยาบาล ศูนย์บริการสุขภาพและสถานบริการอื่นๆ และ

3) ในระดับท้องถิ่น ประกอบด้วย 290 เทศบาล มีหน้าที่ตามกฎหมายที่จะตอบสนองการให้บริการทางสังคมและการมีที่อยู่อาศัยที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ นอกจากนี้เทศบาลยังมีหน้าที่รับผิดชอบในการให้พยาบาลแก่ผู้สูงอายุและผู้พิการที่พักอยู่ในที่อยู่อาศัยพิเศษ เช่น บริการดูแลระยะยาวในสถานบริการและการบริการพยาบาลที่บ้าน (home nursing) หากต้องการการดูแลทางด้านสุขภาพ ส่วนการบริการทางการแพทย์โดยสภามณฑลจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย เทศบาลหรือองค์กรเอกชนสามารถจัดบริการดูแลในสถานบริการและการดูแลที่บ้านได้ โดยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังคงความรับผิดชอบสำหรับการจัดหาและการรักษาระดับของการดูแลที่ดีที่สุด แม้ว่าจะมีองค์กรเอกชนให้บริการเสริมบางส่วนจากที่ให้บริการอยู่ และเทศบาลให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 90

ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีภาวะเปราะบาง (frail) และเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคต้องการการดูแลทางการแพทย์และการบริการด้านสังคม และมีผู้ดูแลที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไปประมาณ 650,000 คน (Hellqvist and Lidbrink, 2010) ด้วยพระราชบัญญัติบริการสังคม (Social Service Act) ได้กำหนดว่า เทศบาลจะต้องจัดให้มีที่พักอาศัยในรูปแบบพิเศษสำหรับสถานบริการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการช่วยเหลือเฉพาะ เช่น บ้านพักคนชรา (Old people's homes) แพลตที่มีบริการสำหรับผู้สูงอายุ (service flat for older people) ที่พักอาศัยแบบห้องรวมที่มีการกำกับดูแล (sheltered housing) และสถานบริบาล (nursing home) ซึ่งถูกโอนย้ายจากสภามณฑลให้ไปขึ้นกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. กระบวนการให้บริการร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในสถานดูแลระยะยาว ในประเทศสวีเดน มีดังต่อไปนี้

ตัวชี้วัดคุณภาพและการพัฒนา

Hellqvist and Lidbrink (2010) กล่าวว่า ประเทศสวีเดนได้มีการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในระดับชาติ รวมทั้งหมด 36 ตัวชี้วัด หลังจากนั้นคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติได้พัฒนาแนวปฏิบัติผู้สูงอายุ (Elderly Guide) เป็นเว็บไซต์ที่มีข้อมูลเกี่ยวกับแนวปฏิบัติผู้สูงอายุที่กล่าวถึงผู้สูงอายุและครอบครัว โดยให้ข้อมูลผ่าน 36 ตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลในทุกเทศบาล

นอกจากนี้ยังมีข้อมูลคุณภาพสำหรับ บริการดูแลที่บ้าน (home care) ที่อยู่อาศัยพิเศษ (special housing) ซึ่งเป็นการดูแลในสถานบริการ และบริการดูแลกลางวัน (day care service) สามารถสืบค้นได้ในหลายช่องทางและมีการนำเสนอในลักษณะต่างๆ ทั้งตารางและกราฟ และสามารถเลือกข้อมูลแบ่งตามเทศบาลหรือหน่วยที่ต้องการเปรียบเทียบได้อีกด้วย

โดยข้อมูลด้านคุณภาพที่ใช้ในแนวปฏิบัติผู้สูงอายุแบ่งออกเป็นองค์ประกอบต่างๆดังนี้

- 1) การเข้าถึงการบริการ (Accessibility)
- 2) การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของผู้ใช้บริการ (User's involvement)
- 3) บุคลากร (Staffing)
- 4) การฝึกอบรมและการดูแลแบบต่อเนื่องของบุคลากร (Training and continuity of care personnel)
- 5) ความเป็นอิสระหรือไม่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ใช้บริการ (User's independent)
- 6) อาหาร (Food)
- 7) การสนับสนุนของครอบครัวที่ให้การดูแล (Support for families giving care)
- 8) การมีส่วนร่วมเกี่ยวข้องของแพทย์ (Physician's involvement)
- 9) การพยาบาลเพื่อการป้องกันและการให้บริการ (Preventive nursing care and services)
- 10) การจัดการ (Management)
- 11) การติดตาม (Follow up)
- 12) การบริการและการดูแล (Services and Care)

การจัดทำแนวปฏิบัติผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลในภาพรวมทั้งหมดและมีความเป็นไปได้ในการเปรียบเทียบเทศบาลต่างๆ และหน่วยที่ให้บริการที่อยู่อาศัยพิเศษ ซึ่งการจัดอันดับในแนวปฏิบัติผู้สูงอายุ จะช่วยให้มองเห็นคุณภาพในด้านกระบวนการและคุณภาพด้านโครงสร้างได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น

คณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติได้ดำเนินการ เพื่อนำเสนอข้อมูลเกี่ยวสถานบริการดูแลระยะยาว (Long-term care facilities) และส่วนอื่นๆ มีการอธิบายความต้องการของผู้สูงอายุและการ

ดำเนินการ เพื่อให้ข้อมูลสามารถเปรียบเทียบกันได้ จึงมีความจำเป็นต้องทำให้ข้อมูลจากแหล่งที่ต่างกันอย่างอยู่ในรูปแบบเดียวกันให้มีความชัดเจน และมีแนวคิดที่คล้ายกันคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติจึงพัฒนารูปแบบการประเมินความต้องการ (model for needs assessment) การใช้ระบบการจำแนกของนานาชาติ (International Classification) การจำแนกการทำหน้าที่นานาชาติ (International Classification of Functioning) ความพิการและสุขภาพ (Disability and Health) และ ICF ที่เผยแพร่โดย WHO โดยมีเป้าหมายเพื่อแสดงโครงสร้างและการใช้ภาษาในการอธิบายการทำหน้าที่และความพิการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ที่สามารถสืบค้นหรือค้นคว้าได้ตามเอกสารที่มีอยู่

5. ผลลัพธ์ของการดูแลทั้งด้านความพึงพอใจและต่อคุณภาพชีวิต

สำหรับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ในประเทศสวีเดนได้มีการสำรวจคุณภาพการบริการดูแลที่บ้านและในที่อยู่อาศัยพิเศษในทุกเทศบาลจากมุมมองของผู้ใช้บริการขึ้นเป็นครั้งแรก เมื่อปี ค.ศ. 2008 พบว่าผู้ให้บริการให้คะแนนค่อนข้างบวกแก่การบริการช่วยเหลือที่บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านการปฏิบัติของบุคลากรต่อผู้สูงอายุ การขยายการช่วยเหลือไปถึงการประเมินการดูแลส่วนบุคคล (personal care) ได้รับคะแนนสูงสุด ยกเว้นการได้รับข้อมูลข่าวสาร อาหารและปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมทางสังคมที่ได้รับคะแนนความพึงพอใจค่อนข้างต่ำ และพบว่าในกลุ่มผู้ให้บริการในที่อยู่อาศัยพิเศษมีความพึงพอใจค่อนข้างต่ำในด้านเหล่านี้เช่นกัน อย่างไรก็ตามผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ค่อนข้างมีปัญหาสุขภาพหรือมีปัญหาด้านความจำ ดังนั้นในแง่ของคุณภาพการบริการจึงไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่าการบริการนั้นผู้สูงอายุพึงพอใจหรือไม่

6. กลไกในการกำกับมาตรฐาน

กลไกการควบคุมและการกำกับมาตรฐานสำหรับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติบริการสังคม (Social Service Act) และพระราชบัญญัติสุขภาพและบริการทางการแพทย์ (The Health and Medical Services Act) ได้กำหนดไว้ว่าการบริการด้านสังคมและสุขภาพจะต้องมีคุณภาพ คณะกรรมการด้านสวัสดิการสังคมควรได้รับการฝึกอบรมที่เหมาะสมและมีบุคลากรประสบการณ์ คุณภาพของกิจกรรมควรได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบอย่างต่อเนื่องและเชื่อถือได้โดยมีคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติทำหน้าที่ในการควบคุมด้านคุณภาพ

ในพระราชบัญญัติบริการสังคมด้านจริยธรรมและค่านิยมแห่งชาติกำหนดไว้ว่า ผู้สูงอายุควรมีโอกาสที่จะนำไปสู่ชีวิตที่มีศักดิ์ศรี ดังนั้นรัฐบาลจะต้องสนับสนุนเทศบาลพัฒนาระบบการรับประกันการมีศักดิ์ศรีในระดับท้องถิ่น และการรับประกันการมีศักดิ์ศรีจะต้องมีให้กับผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลทุกคน นอกจากนี้ในพระราชบัญญัติบริการสังคมยังกำหนดว่า ผู้ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุที่มีการทำงานของร่างกายบกพร่องจะต้องตรวจสอบว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ดีหรือไม่ หากใครสังเกตพบหรือประเมินแล้วว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลถูกละเมิด จะต้องรายงานเรื่องนี้ให้กับคณะกรรมการสวัสดิการสังคม

ทันที และคณะกรรมการชุดนี้จะต้องรายงานเรื่องนี้ไปยังผู้มีอำนาจในการกำกับดูแล ก็คือคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ

การกำกับดูแล (Supervision)

คณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ ทำหน้าที่ในการกำกับดูแลกิจกรรมในการดูแลระยะยาว คณะกรรมการฯ จะบังคับใช้อำนาจเพื่อรับมือกับปัญหาแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพและสังคมโดยพิจารณาพบว่า การบริการสุขภาพและสังคมที่บุคคลได้รับตามความต้องการนั้นมีคุณภาพและน่าเชื่อถืออย่างไรก็ตามจะมุ่งไปที่การมองหาช่องว่างของกิจกรรมการบริการมากกว่าหาแพะรับบาปหรือลงโทษบุคลากรที่กระทำผิดพลาด ตัวอย่างเช่น คณะกรรมการฯ จะการกำกับดูแลบุคลากรวิชาชีพที่ออกไปสั่งยาว่าให้อย่างถูกต้องและปลอดภัยหรือไม่ ปัญหาที่พบนั้นมีเหตุอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือการติดสารเสพติดที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือไม่ และคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติจะตีพิมพ์เผยแพร่รายงานผลของการกำกับดูแลด้วย

การเปิดเผยข้อมูลเพื่อการเปรียบเทียบ (Open comparison)

ใน ปี ค.ศ. 2007 คณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งซึ่งเป็นคณะกรรมการของรัฐ ได้พัฒนาระบบการเปิดเผยข้อมูลการดูแลผู้สูงอายุเพื่อการเปรียบเทียบประกอบด้วย ชุดของตัวบ่งชี้คุณภาพ (quality indicator) และผลการสำรวจผู้ใช้บริการในระดับชาติ ซึ่งเป้าหมายของระบบนี้ก็คือ เพื่อให้ทุกคนสามารถเปรียบเทียบคุณภาพ ราคาและประสิทธิภาพของการบริการที่ให้กับผู้สูงอายุ โดยที่ ผู้ที่มีแนวโน้มจะใช้บริการ ผู้ใช้บริการครอบครัว บุคลากรที่ให้การดูแล ผู้จัดการ ผู้ให้บริการจากทั้งภาครัฐและเอกชน นักการเมืองท้องถิ่นและในระดับชาติสามารถเข้าถึงข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบการบริการและการดูแลได้ ระบบนี้ขึ้นอยู่กับทางเลือกของผู้ที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ การสนับสนุนความตั้งใจในการปรับปรุง การตรวจสอบจากระดับพื้นฐานจนถึงระดับชาติ การติดตามและการประเมินผลการบริการและการดูแล การรายงานอย่างโปร่งใสและการเปรียบเทียบได้รับการตอบรับเป็นอย่างดี ถูกนำไปใช้เป็นพื้นฐานในการทำงานเพื่อปรับปรุงการดูแลด้านสุขภาพและสังคม ปัจจุบันมีเว็บไซต์ที่มีการเปรียบเทียบข้อมูลในทุกเทศบาลและให้ข้อมูลผู้ที่บริการช่วยเหลือที่บ้าน (home care) และในที่อยู่อาศัยพิเศษ (special housing) ทั้งของภาครัฐและเอกชน

การจัดการด้านคุณภาพ (Quality management)

การดูแลผู้สูงอายุในประเทศสวีเดน พบว่า ร้อยละ 85 ให้บริการโดยเทศบาล ที่เหลือเป็นผู้ที่ชนะการเสนอราคาในการให้บริการบางอย่างในราคาและในระยะเวลาที่กำหนด ดังนั้นการบริการช่วยเหลือที่บ้าน และในที่อยู่อาศัยพิเศษ ผู้ที่ให้บริการอาจเป็นได้ทั้งเทศบาลและหน่วยงานหรือองค์กรเอกชน เช่น บริษัทกองทุน หรือในรูปความร่วมมือต่างๆ และเทศบาลเป็นผู้รับผิดชอบด้านค่าใช้จ่ายและการกำกับดูแลการดูแลผู้สูงอายุโดยไม่คำนึงว่าเทศบาลหรือภาคเอกชนเป็นผู้ให้บริการ โดยจัดให้มีกลไกการสนับสนุนดังนี้

1) การให้ทุนเพื่อเป็นแรงจูงใจ (Incentive grant)

รัฐบาลกลางจะจัดสรรเงินทุนให้เทศบาลและสภามณฑล เพื่อใช้เป็นแรงจูงใจในการปรับปรุงคุณภาพการบริการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งผู้สูงอายุที่รับบริการช่วยเหลือที่บ้านและพักอยู่ในที่อยู่อาศัยพิเศษ ใน 7 ด้าน คือ

- การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ดีขึ้น (better access to doctor)
- การทบทวนเรื่องการใช้ยา (medical review)
- การทำงานเชิงป้องกัน (preventive work)
- การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (dementia care)
- การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation)
- อาหารและโภชนาการ (diet and nutrition)
- เนื้อหาด้านสังคม (social content)

คณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ เป็นผู้รับผิดชอบในการติดตามและประเมินคุณภาพการดูแลในแต่ละด้านว่าดีขึ้นหรือไม่

2) เสรีภาพในการเลือก (Freedom of choice)

รัฐบาลสวีเดนมีความมุ่งมั่นที่จะให้ผู้สูงอายุและผู้พิการมีเสรีภาพในการเลือกผู้ให้บริการทั้งในด้านสังคม สุขภาพและการบริการและการสนับสนุนทางการแพทย์เพิ่มมากขึ้น เมื่อปี ค.ศ.2009 รัฐบาลได้ออกกฎหมายใหม่ เกี่ยวกับระบบของการเลือกในบริการของภาครัฐ (Law on System of Choice in the Public Sector) อย่างไรก็ตามกฎหมายข้อนี้เปิดโอกาสให้เทศบาลใช้ในการจัดบริการด้านสังคมตามความสมัครใจ แต่เป็นภาคบังคับสำหรับสภามณฑลในการใช้การดูแลปฐมภูมิ

กฎหมายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มพลังอำนาจ (empowerment) ของผู้ที่ต้องการการบริการทางสังคมและญาติเพื่อเพิ่มความมุ่งมั่นของตนเอง (self-determination) และปรับปรุงคุณภาพและประสิทธิภาพการบริการ นอกจากนี้ยังส่งเสริมความหลากหลายของผู้ให้บริการ เช่น องค์กรทางศาสนาไม่หวังผลกำไร หน่วยงานความร่วมมือและธุรกิจขนาดเล็ก เข้ามาในตลาดการให้บริการ โดยสร้างทางเลือกเสรีสำหรับผู้ที่จะได้รับประโยชน์จากการแข่งขันในด้านคุณภาพที่ดีที่สุด แทนที่จะเป็นราคาต่ำที่สุด

การวัดการฝึกอบรม (Training measure)

เพื่อส่งเสริมคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานในด้านการดูแลด้านสุขภาพและสังคมควรได้รับการฝึกอบรมอย่างมืออาชีพ ทักษะทางวิชาชีพของบุคลากรเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลสุขภาพและการดูแลสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและมีความยากลำบากในการพุดด้วยตนเอง เทศบาลและสภามณฑลมีความรับผิดชอบในเรื่องที่บุคลากรจะต้องมีทักษะที่จำเป็น โดยที่รัฐบาลจะให้ทุนเพื่อเป็นแรงจูงใจต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อใช้ในการให้ความรู้ผู้จัดการการดูแล และผู้ประเมินความต้องการ (need assessors)

ตามระเบียบที่ออกโดยคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติประเทศสวีเดน ในประเด็นบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการผู้สูงอายุรายกรณีหรือผู้ประเมินความต้องการ ควรผ่านการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย ในสาขาสังคมวิทยา (Sociology) หรือการดูแลทางสังคม (Social care) ความรู้ในด้านนี้ที่สำคัญ เช่น

- ผู้สูงอายุและสุขภาพ (Ageing and Health)
- การตรวจสอบและการตัดสินใจ (Investigation and decision making)
- ความสัมพันธ์และทัศนคติ (Relationships and attitudes)
- ความร่วมมือและการประสานงาน (Collaboration and coordination)
- กฎระเบียบที่มีอยู่และการพัฒนากฎหมาย (Existing regulatory and legal development)

นอกจากนี้การฝึกอบรมอย่างต่อเนื่องและการฝึกทบทวน ยังเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญสำหรับบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับการดูแลด้านสุขภาพและสังคมแก่ผู้สูงอายุ

จากความขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้ทางด้านเวชศาสตร์และพยาบาลผู้สูงอายุ รัฐบาลได้มอบหมายให้คณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ ให้พัฒนาระบบความรู้พื้นฐานและความรู้เฉพาะสำหรับผู้ให้การดูแลที่บ้านและผู้ช่วยการพยาบาล (Assistant nurse) รวมทั้งมีการพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder) รวมถึงการศึกษาภาวะสมองเสื่อมและการพัฒนาขั้นตอนการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ดี

สำหรับกฎระเบียบที่เกี่ยวกับระบบการจัดการคุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยในการดูแลสุขภาพและคุณภาพในการดูแลสังคมได้รับการตีพิมพ์โดยคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติ มีเนื้อหาทิศทางการทำงานของระบบคุณภาพ การกระจายความรับผิดชอบ ขอบเขตเนื้อหาที่ควรเพิ่มเติมและความต้องการเรื่องกิจวัตรการตรวจสอบตนเอง การติดตามและความคิดเห็นเกี่ยวกับประสบการณ์ ที่สำคัญของกฎระเบียบนี้ก็เพื่ออำนวยความสะดวกและกระตุ้นการทำงานของระบบที่มีคุณภาพ

บทที่ 8

มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวประเทศสหรัฐอเมริกา

1. บทนำ

การจัดระบบหลักประกันสุขภาพและสวัสดิการสังคมสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพาของประเทศสหรัฐอเมริกาอยู่ในรูปทดสอบรายได้ (Means-tested safety net) ของ OECD (OECD, 2011) เนื่องจากประเทศสหรัฐอเมริกามีความเป็นประเทศที่มีความเป็นปัจเจกนิยมสูงที่สุดแห่งหนึ่งของโลก ประชากรในประเทศสหรัฐอเมริกามีความเชื่อพื้นฐานในการสนับสนุนให้บุคคลมีสิทธิเสรีภาพในการเลือกสิ่งต่างๆให้กับชีวิตของตนเอง และรัฐควรเคารพในสิ่งที่ประชาชนเลือก จึงทำให้ระบบสุขภาพรวมไปถึงระบบการดูแลระยะยาวในประเทศสหรัฐอเมริกามีเป็นระบบที่แต่ละบุคคลควรจะต้องเลือกบริการตามความต้องการของตน เป็นผลให้รัฐไม่สามารถเข้าแทรกแซงสิทธิในการเลือกหรือจัดระบบบริการสุขภาพให้กับประชาชนได้อย่างถ่วงน้ำหนัก อย่างไรก็ตามรัฐสามารถจัดระบบการดูแลระยะยาวภายใต้สิทธิประโยชน์แบบ Medicaid เพื่อเป็นสิทธิประโยชน์แก่ผู้มีรายได้น้อยที่ต้องการเข้าถึงสวัสดิการของรัฐด้านสุขภาพ ซึ่งอาจถือได้ว่ามีระบบการดูแลระยะยาวอยู่ภายใต้สิทธิประโยชน์ดังกล่าวด้วยเช่นกัน โดยจะต้องผ่านการทดสอบรายได้ (Mean-test) เพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาวภายใต้สิทธิประโยชน์แบบ Medicaid

ทั้งนี้ ในประเทศสหรัฐอเมริกายังมีระบบการดูแลระยะยาวในอีกรูปแบบด้วย ซึ่งระบบการดูแลระยะยาวดังกล่าว อยู่ภายใต้ระบบประกันสุขภาพของรัฐบาลร่วมกับประกันสุขภาพเอกชน ผู้ใช้สิทธิส่วนใหญ่ได้รับบริการผ่านระบบบริการที่จ่ายเงินให้ผู้ให้บริการแบบจ่ายตามรายการ (fee-for-service) และอีกส่วนใช้บริการ Managed care plan หน่วยงานหลักที่รับผิดชอบระบบประกันสุขภาพของรัฐได้แก่ Centers for Medicare and Medicaid services (CMS) ซึ่งอยู่ภายใต้ Department of Health and Human Services

ลักษณะการบริการดูแลระยะยาวในสหรัฐอเมริกามีหลายรูปแบบ (กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2548) ดังนี้

- 1) การดูแลในภาวะกึ่งฉุกเฉิน (Sub-acute care) เป็นบริการหนึ่งที่รวมอยู่ในการดูแลระยะยาว ปัจจุบัน หน่วยกึ่งฉุกเฉินได้รับการพัฒนาขึ้นในเครือข่าย Nursing home ใหญ่ๆและในโรงพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ที่ได้รับอนุญาตให้ออกจากโรงพยาบาลแต่ยังไม่สามารถไปอยู่ที่บ้านได้ เนื่องจากอาการเจ็บป่วยยังปรากฏอยู่ นอกจากนี้ยังให้บริการรวมถึงผู้ที่ป่วยด้วยภาวะฉุกเฉิน ได้รับบาดเจ็บหรือถูกคุกคามจากการดำเนินไปของโรคและการรักษา

- 2) การดูแลระยะยาวในสถานบริบาล (Nursing home)

3) การดูแลในระยะสุดท้าย (Hospice care) เป็นบริการเพื่อส่งต่อดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือดูแลในด้านการควบคุมอาการปวดสำหรับผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ที่ป่วยด้วยโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้และมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 6 เดือน

4) การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health care) เป็นทางเลือกหนึ่งของผู้ป่วยแทนที่จะรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีแพทย์เป็นผู้ประเมินความจำเป็นของผู้ป่วยเพื่อรับบริการดูแลสุขภาพที่บ้านและมีพยาบาลที่มีทักษะพิเศษหรือนักบำบัดต่างๆ จากแผนการดูแลผู้ป่วยออกไปเยี่ยมผู้ป่วย ให้ความช่วยเหลือในการอาบน้ำแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การเข้าห้องน้ำ การกลั้นปัสสาวะอุจจาระไม่อยู่ และการให้อาหารทางสายยาง

5) สถานบริการสังคม การแพทย์และการฟื้นฟูสภาพกลางวัน (Social, medical and rehabilitation day care) ให้บริการกิจกรรมทางด้านสันตนาการ ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ

การดูแลแบบช่วยเหลือ (Assisting living and congregate care) เป็นบริการที่เข้ามาเสริมช่องว่างระหว่าง Home care และ Nursing home จะให้บริการมีบรรยากาศคล้ายกับอยู่ที่บ้านตนเองสำหรับผู้ที่ต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันประมาณ 2-4 ชั่วโมงต่อวันและไม่ต้องการพยาบาล

2. ปัจจัยส่วนบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว

จากประมาณการจำนวนประชากรของประเทศสหรัฐอเมริกาที่มีจำนวน 317,848,000 คน ในจำนวนนี้ประมาณ 11,200,000 คนที่เป็นผู้อพยพผิดกฎหมาย ประชากรสหรัฐเพิ่มขึ้นเกือบสี่เท่าในช่วงศตวรรษที่ 20 จากประมาณ 76 ล้านคน ในปี ค.ศ. 1900 ประชากรมีอายุขัยที่ 78.4 ปี เพิ่มขึ้นจาก 75.2 ปี ในปี ค.ศ.1990 อยู่ในอันดับที่ 50 ใน 221 ประเทศ และที่ 27 จาก 34 ประเทศอุตสาหกรรม OECD ลดลงจากที่ 20 ในปี ค.ศ. 1990 การเพิ่มขึ้นของโรคอ้วนในสหรัฐอเมริกาและการปรับปรุงสุขภาพอื่นๆ ได้มีส่วนร่วมในการลด อันดับของประเทศด้านอายุขัยจากปี ค.ศ. 1987 เป็นที่ 11 ของโลก

โครงสร้างครอบครัวในประเทศสหรัฐอเมริกา ปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะอยู่เป็นโสดมากขึ้น อัตราการเกิดต่ำ อัตราการเจริญพันธุ์รวม (TFR) ที่คาดว่าจะสำหรับปี ค.ศ. 2013 อยู่ที่ 2.06 การเกิดต่อผู้หญิง การรับเป็นบุตรบุญธรรมในประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นเรื่องธรรมดาและค่อนข้างง่ายในมุมมองทางกฎหมาย (เมื่อเทียบกับประเทศตะวันตกอื่น ๆ ทำให้มีจำนวนลูกบุญธรรมมากคิดเป็นเกือบครึ่งหนึ่งของจำนวนรวมของลูกบุญธรรมทั่วโลก การแต่งงานเพศเดียวกันจะดำเนินการได้ถูกต้องตามกฎหมายใน 16 รัฐของสหรัฐอเมริกา 8 คนเผ่าอเมริกันพื้นเมือง District of Columbia และ Cook County, Illinois แต่การมีคู่หลายคนเป็นสิ่งผิดกฎหมายทั่วสหรัฐอเมริกา

สถานะทางคลินิก

อัตราโรคอ้วนในสหรัฐอเมริกาอยู่ในกลุ่มที่สูงที่สุดในโลก ประมาณหนึ่งในสามของประชากรผู้ใหญ่เป็นโรคอ้วนและอีกหนึ่งในสามมีน้ำหนักเกิน อัตราโรคอ้วนสูงที่สุดในโลกอุตสาหกรรม มีมากกว่าสองเท่าในรอบ 25 ปีของศตวรรษที่ผ่านมา โรคเบาหวานประเภท 2 ที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนถูกถือว่าเป็นโรคระบาด โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ ในปี ค.ศ. 2010 โรคหลอดเลือด มะเร็งปอด โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและอุบัติเหตุการจราจร เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วย

ระบบการดูแลสุขภาพของสหรัฐอเมริกาใช้เงินมากกว่าประเทศอื่น ๆ มากเมื่อวัดทั้งในการใช้จ่ายต่อหัวและร้อยละของ GDP ในปี ค.ศ.2010 ประชาชนประมาณ 49.9 ล้านคน หรือ ร้อยละ 16.3 ไม่มีประกันสุขภาพ การออกกฎหมายของรัฐบาลกลางที่ผ่านมาในช่วงต้นปี ค.ศ. 2010 มุ่งจะสร้างระบบประกันสุขภาพใกล้ถ้วนหน้าทั่วประเทศในปี ค.ศ.2014

Centers for Medicare and Medicaid services (CMS) เป็นหน่วยงานที่บริหารจัดการแผนบริการสุขภาพ 2 แผนคือ Medicare และ Medicaid ซึ่งเป็นโปรแกรมจากภาครัฐที่ใช้ในการบริหารจัดการ นอกจากนี้แล้ว ยังดูแลกิจกรรมเกี่ยวกับคุณภาพต่างๆ รวมถึง การพัฒนานโยบายการครอบคลุมของระบบประกันคุณภาพการให้บริการ ให้การรับรองหน่วยงานที่บริการและให้การรักษายาบาลผู้ป่วยที่บ้าน การรักษาผู้ป่วยระยะยาวแบบต่อเนื่อง รวมถึงการให้ข้อมูลด้านการบริการและคุณภาพบริการแก่ผู้ให้บริการ นักวิจัยและผู้แทนของรัฐทำหน้าที่ตรวจสอบ มีคณะกรรมการที่ปรึกษาที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมต่างๆ ที่รับผิดชอบ

Medicare เป็นแผนประกันสุขภาพของรัฐบาลกลางที่ครอบคลุมประชาชนประมาณ 42 ล้านคนทั่วสหรัฐอเมริกา ได้แก่กลุ่มผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ผู้พิการ (ไม่จำกัดช่วงอายุ) และผู้ป่วยโรคไตวายระยะสุดท้ายที่ต้องฟอกไตหรือผ่าตัดเปลี่ยนไต (ไม่จำกัดอายุ)

Medicare Part A (Hospital Insurance) เป็นประกันสุขภาพที่จ่ายให้เมื่อต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและการดูแลพิเศษอื่นๆ เช่น การบริการในโรงพยาบาล บริการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ การดูแลสุขภาพที่บ้าน สถานดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย การถ่ายเลือดและการดูแลทางจิตเวชแบบผู้ป่วยใน

ส่วน Medicare Part B (Medical insurance) เป็นประกันสุขภาพที่จ่ายค่ารักษายาบาลใน ส่วนที่เป็นบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น ค่ารักษาผู้ป่วยนอก ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และค่ารักษายาบาลอื่นๆที่ Part A ไม่ครอบคลุม ซึ่งในปัจจุบัน Medicare ทั้ง Part A และ B เป็นแผนการประกันสุขภาพสำหรับผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งผู้ที่มีสิทธิในบริการแบบ Medicare ทั้ง Part A และ B โดยอัตโนมัติคือผู้ที่อยู่ในระบบประกันสังคม (Social security) ผู้ที่เกษียณอายุของการรถไฟ (The Railroad Retirement

Board: RRB) ผู้พิการที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปี และผู้ที่มีโรคไตวายระยะสุดท้าย (End-Stage Renal Disease) (Medicare and You, 2014)

Medicaid เป็นโปรแกรมสุขภาพร่วมกันของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่นที่ใหญ่ที่สุด ให้การดูแลผู้ที่มีรายได้น้อย เริ่มมีในปี ค.ศ. 1965 โดยเป็นแผนประกันสุขภาพหลักของรัฐที่จัดให้แก่ครอบครัวผู้มีรายได้น้อย ผู้พิการ ผู้สูงอายุ คนตาบอด หญิงตั้งครรภ์ เด็กและคู่แต่งงานที่ยังไม่มีบุตร ประชาชนประมาณ 44.7 ล้านคนอยู่ภายใต้ระบบนี้ ภายใต้โปรแกรม Medicaid นี้รัฐบาลกลางจะเป็นผู้กำหนดนโยบายหลัก โดยแต่ละรัฐมีสิทธิในการพิจารณาการบริหารจัดการโปรแกรมของตน ตั้งแต่การกำหนดว่าใครมีสิทธิที่จะรับบริการ ขอบเขตของบริการทางการแพทย์และบริการด้านยา ดังนั้นความครอบคลุมของ Medicaid ในแต่ละรัฐจึงมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามสิ่งที่ทุกรัฐจะต้องปฏิบัติ คือ สร้างมาตรฐานความน่าเชื่อถือของตน พิจารณาดัดสินชนิด ปริมาณ ระยะเวลาและขอบเขตของการให้บริการ กำหนดอัตราเบิกจ่ายสำหรับบริการต่างๆ และบริหารโปรแกรม Medicaid ของตนเอง

จากการทบทวนเอกสารพบว่าปี ค.ศ. 2014 Centers for Medicare and Medical Services (CMS) ได้จัดทำคู่มือเอกสารแนะนำเรื่อง Medicare & You เผยแพร่ให้ประชาชนได้ศึกษาเพิ่มเติมรายละเอียด แนวปฏิบัติสำหรับประชาชน ถึงสิทธิประโยชน์ของระบบประกันสุขภาพแต่ละระบบเพื่อต้องการให้ประชาชนอเมริกันเข้าถึงบริการได้มากขึ้นและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ซึ่งสิ่งสำคัญของระบบ Medicare ในอนาคตปรับปรุงในการให้ประชาชนเข้าถึงในประเด็นครอบคลุมการให้บริการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การคัดกรองสุขภาพ ตรวจสุขภาพเพื่อป้องกันโรค การสนับสนุนอุปกรณ์สำหรับโรคเบาหวาน เป็นต้น (<http://www.medicare.gov/pubs/pdf/10050.pdf>)

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับครอบครัว

ในประเทศสหรัฐอเมริกาการเก็บภาษีทำโดยรัฐบาลกลางแต่ละรัฐและรัฐบาลระดับท้องถิ่น ภาษีเหล่านี้รวมถึง ภาษียาได้ เงินเดือน ทรัพย์สิน การขาย นำเข้า ที่ดินและของขวัญ รวมทั้ง ค่าธรรมเนียมต่างๆ หมดหมู่หลักที่ได้รับ ประกอบด้วย ภาษียาได้ส่วนบุคคล (ร้อยละ 47) ภาษีประกันสังคม (ร้อยละ 35) และ ภาษีนิติบุคคล (ร้อยละ 10)

ภาษีอากรสหรัฐอเมริกาโดยทั่วไปเป็นแบบก้าวหน้า โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาษียาได้ของรัฐบาลกลาง และเป็นหนึ่งในแบบก้าวหน้าที่สุดในโลกที่พัฒนาแล้ว ในปี ค.ศ. 2009 ร้อยละ 10 ของผู้มีรายได้สูงสุดเป็น ร้อยละ 36 ของรายได้ของประเทศต้องจ่ายร้อยละ 78.2 ของภาระภาษียาได้ส่วนบุคคลเก็บโดยรัฐบาลกลาง ในขณะที่ร้อยละ 40 ของผู้มีรายได้ต่ำสุดไม่ต้องจ่ายภาษี อย่างไรก็ตาม ภาษีเงินเดือนสำหรับประกันสังคมเป็นภาษีถอยหลังแบบคงที่ โดยไม่มีภาษีเรียกเก็บจากเงินได้ที่มากกว่า \$ 113,700 และไม่มีภาษีทั้งสิ้นที่ต้องจ่ายจากรายได้ที่ไม่ได้หามาจากสิ่งต่างๆ เช่น หุ้นและกำไรจากการขายหุ้น ในช่วงปีงบประมาณ

2012 ประเภทหลักของการใช้จ่ายได้แก่ การดูแลทางการแพทย์และการช่วยเหลือทางการแพทย์ ประมาณร้อยละ 23 ของรายจ่ายทั้งหมดในแต่ละปี รองลงมาได้แก่ ประกันสังคมและกระทรวงกลาโหม

พื้นฐานทางวัฒนธรรม

ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นบ้านของหลายวัฒนธรรม และความหลากหลายของกลุ่มชาติพันธุ์ ประเพณีและค่านิยม นอกเหนือจากคนอเมริกันโดยกำเนิดและชาวพื้นเมืองฮาวายที่ค่อนข้างน้อย อเมริกันหรือบรรพบุรุษของพวกเขาเกือบทุกคน ได้อพยพมาตั้งรกรากหรือภายในห้าศตวรรษที่ผ่านมาวัฒนธรรมของชาวอเมริกันที่เป็นกระแสหลักเป็นวัฒนธรรมตะวันตก ที่แปลงมาจากชนบทรอบเนินประเพณีของผู้อพยพชาวยุโรป ที่มีอิทธิพลจากแหล่งอื่นๆเป็นจำนวนมาก เช่นประเพณีที่ถูกนำมาโดยพวกทาส จากแอฟริกา การอพยพล่าสุดจากเอเชียและโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากละตินอเมริกา ได้เพิ่มการผสมผสานทางวัฒนธรรมที่ซึ่งผู้อพยพและลูกหลานของพวกเขายังคงรักษา ลักษณะทางวัฒนธรรมที่โดดเด่นแกนของวัฒนธรรมของชาวอเมริกันถูกก่อตั้งขึ้นโดยชาวอาณานิคมอังกฤษโปรเตสแตนต์และส่งต่อไปยังผู้อพยพ ชาวอเมริกันมีคุณสมบัติเป็นประเพณีที่โดดเด่นด้วยจริยธรรมที่แข็งแกร่งในการทำงาน การแข่งขันและการแสวงหาผลประโยชน์ วัฒนธรรมกระแสหลักถือว่า ประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นสังคมที่ไม่มีชนชั้น

ประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาคริสต์ นิกายโรมันคาทอลิก เช่นเดียวกับประเทศตะวันตกอื่นๆ การไม่มีศาสนาเจริญเติบโตอย่างรวดเร็วในหมู่ชาวอเมริกันอายุต่ำกว่า 30 ปี ผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่าความเชื่อมั่นในศาสนาของชาวอเมริกันโดยรวมกำลังลดลงและชาวอเมริกันโดยเฉพาะผู้ที่มีอายุน้อยกว่า จะกลายเป็นพวกไร้ศาสนามากยิ่งขึ้น

3. โครงสร้างระบบบริการ

การเข้าถึงการดูแลภายในระบบ (Access to care within system)

ประชาชนในประเทศสหรัฐอเมริกาอย่างน้อยที่สุด ร้อยละ 70 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีความต้องการการดูแลระยะยาวไม่ว่ารูปแบบใดแบบหนึ่งที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้สูงอายุในระบบประกันสุขภาพได้แก่ ผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปสัญชาติอเมริกัน ซึ่งการดูแลโดยระบบ Medicare ไม่ครอบคลุมการดูแลระยะยาวทั้งหมดทุกประเภท เช่น การดูแลระยะยาวในสถานบริบาลบางประเภทเช่น Nursing home ดังนั้น CMS จึงสนับสนุนให้ประชาชน ทำประกันสุขภาพแบบ Long-term care insurance ซึ่งดำเนินการโดยเอกชน (private insurance) ประกันสุขภาพระยะยาวดังกล่าวครอบคลุมการดูแลระยะยาวทั้งที่เป็นการดูแลแบบต้องใช้ทักษะ (skilled care) และการดูแลแบบไม่ต้องใช้ทักษะ (non-skilled (custodial) care) นโยบายประกันสุขภาพระยะยาวมีความหลากหลาย นโยบายบางแห่งอาจครอบคลุมเฉพาะสถานบริบาล แต่บางแห่งอาจครอบคลุมมากกว่า เช่น การดูแลกลางวัน การดูแลแบบช่วยเหลือ อุปกรณ์การแพทย์ การดูแลที่บ้าน เป็นต้น อย่างไรก็ตามระบบประกันสุขภาพระยะยาวนี้ไม่ได้ใช้แทนระบบ Medicare

ระบบประกันส่วนตัว เช่น สามารถใช้ประกันชีวิตสำหรับค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของการประกัน ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อยไม่มีหลักประกันสุขภาพสามารถใช้ระบบ Medicaid ซึ่งหากเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติที่จะได้รับการดูแลสุขภาพ โดยโปรแกรมนี้ก็สามารถได้รับการจ่ายสำหรับการดูแลระยะยาวในสถานบริบาลได้

องค์การทหารผ่านศึก (The Department of Veterans Affairs) เป็นอีกหนึ่งหน่วยงานที่ดูแลค่าใช้จ่ายในการดูแลแบบระยะยาวในกรณีที่เกี่ยวข้องกับความพิการ

นอกจากนี้ยังมีโปรแกรมการดูแลสำหรับผู้สูงอายุ (Programs of All-inclusive Care for the Elderly: PACE) เป็นโปรแกรมทั้งระบบ Medicare และ Medicaid ซึ่งโปรแกรมนี้นี้ไม่ได้มีอยู่ทุกรัฐในประเทศ ให้การดูแลสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลในสถานบริบาล

สำหรับการวางแผนการดูแลระยะยาวในข้อแนะนำของระบบ Medicare นั้นจะมีข้อแนะนำให้ผู้สูงอายุได้จัดทำหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า (Advance directives) ซึ่งเป็นบันทึกที่ถูกกฎหมายอนุญาตให้เขียนบันทึกแสดงความต้องการการดูแลสุขภาพที่ต้องการในขณะที่ไม่สามารถจะบอกกล่าวหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง องค์ประกอบหลักๆ ของหนังสือแสดงเจตจำนงล่วงหน้า ประกอบไปด้วย

1) ชื่อบุคคลที่ต้องการให้ตัดสินใจแทนในขณะที่ไม่สามารถทำได้ด้วยตนเอง (A health care proxy)

2) ความต้องการที่จะปฏิเสธหรือยอมรับการรักษาในภาวะวิกฤติของชีวิต (A living will)

3) ความประสงค์ภายหลังการเสียชีวิต (After-death wished) ซึ่งจะรวมถึงการบริจาคเนื้อเยื่อหรืออวัยวะ ในแต่ละรัฐจะมีกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องนี้ และมีลักษณะบันทึกที่อาจจะแตกต่างกันบ้าง ในกรณีที่ได้ทำบันทึกไว้เรียบร้อยแล้ว จะต้องทบทวนดูว่าท่านยังพอใจในการตัดสินใจ หากเมื่อใดมีความต้องการเปลี่ยนแปลงให้ไม่ว่าจะยกเลิกหรือเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบบันทึกให้ติดต่อบุคลากรทางสุขภาพของท่านและเปลี่ยนแปลงตามข้อกำหนดภายในแต่ละรัฐ

การเข้าถึงบริการระยะยาวของประเทศสหรัฐอเมริกาประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างง่ายและสะดวกรวดเร็วผ่านระบบการสื่อสารโดยโทรศัพท์ หรือฐานข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของ Medicare (www.medicare.gov) หรือ eldercare.gov

อัตราบุคลากร

ในประเทศสหรัฐอเมริกามีการคำนวณจัดอัตรากำลังในสถานดูแลระยะยาว ตามชั่วโมงความต้องการการดูแลของผู้พักอาศัย จากการศึกษากของ Harington, et al. (2000) พบว่า โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุแต่ละคนต้องการการดูแลประมาณ 4.55 ชม/วัน แบ่งเป็น พยาบาล 1.15 ชม/ผู้พักอาศัย/วัน ผู้ช่วยพยาบาล 0.70 ชม/ผู้พักอาศัย/วัน และผู้ช่วยการพยาบาล (ผู้ช่วยดูแล) 2.70 ชม/ผู้พักอาศัย/วัน

ในขณะที่การศึกษาของ Centers for Medicare and Medicaid Services: CMS (2000, 2001) พบว่า โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุแต่ละคนต้องการการดูแลใกล้เคียงกันคือประมาณ 4.85 ชม/วัน แบ่งเป็น พยาบาล 0.75 ชม/ผู้พักอาศัย/วัน ผู้ช่วยพยาบาล 1.30 ชม/ผู้พักอาศัย/วัน และผู้ช่วยการพยาบาล (ผู้ช่วยดูแล) 2.80 ชม/ผู้พักอาศัย/วัน

4. กระบวนการให้บริการร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประเทศสหรัฐอเมริกา

ในสังคมอเมริกัน เมื่อลูกเจริญเติบโตสำเร็จการศึกษาน้อยระดับมัธยมศึกษา เรียบร้อยแล้ว ส่วนใหญ่จะแยกออกไปจากการเลี้ยงดูของบิดาและมารดาไปดำเนินชีวิตทางานทำ หรือเรียนต่อหรือมีครอบครัวเลี้ยงชีพด้วยตนเอง ส่วนบิดาและมารดาอยู่อาศัยที่บ้านโดยลำพัง อาจทำงานด้วยตนเองต่อไปจนถึงวัยเกษียณหรือกลายเป็นผู้สูงอายุ ต่อมาเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย จึงมีการรักษาตามสิทธิของการประกันสุขภาพ เช่น Medicaid หรือ Medicare (การเก็บจากภาษีเพื่อนำมาเป็นค่ารักษาพยาบาลในวัยสูงอายุ) หรือ ประกันของเอกชน ซึ่งขึ้นอยู่กับรายได้ของผู้สูงอายุ การรักษาโดยแพทย์นั้น แพทย์สามารถประเมินสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ร่วมกับนักสังคมสงเคราะห์และนักกายภาพบำบัด ว่าผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลในระดับใด ประเภทอะไร เช่น ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองได้มากน้อยเพียงใด ต้องการการดูแลทั้งหมด หรือบางส่วน ต้องการจ้างผู้ดูแลที่บ้าน หรือต้องการส่งต่อไปที่ Nursing home เป็นต้น

ระดับการดูแล

การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รัฐแคลิฟอร์เนีย ได้แบ่งการดูแลผู้สูงอายุ เป็น 4 ระดับ ดังนี้

1) การบริการที่พักอาศัยและการดูแล (Board and care) เป็นการดูแลขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุ ให้ได้รับบริการที่พักอาศัย อาจมีลักษณะคล้ายบ้านพัก มีห้องส่วนตัว ซึ่งเป็นห้องนอน มีของใช้ โต๊ะ ตู้ เตียงนอน และมีการให้ยาที่เกี่ยวข้องกับการรักษา

2) การบริการดูแลที่มีผู้ช่วยเหลือ (Assisted living) ในระดับนี้ ผู้สูงอายุอาจช่วยเหลือตัวเองได้หรือได้น้อย มีพยาบาลคอยดูแล แต่ไม่ได้อยู่ตลอด 24 ชั่วโมง มีผู้ช่วยเหลือหรือคำแนะนำในการช่วยเหลือกิจกรรมประจำวัน จำยา ทำแผล หรือมีความพิการร่วมด้วย การช่วยเหลือในสถานที่แต่ละแห่งอาจแตกต่างกัน การดูแลระดับนี้ มุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุอยู่อาศัยอย่างมีอิสระและมีศักดิ์ศรี

3) การบริการดูแลโดยใช้ทักษะการพยาบาล (Skill nursing facilities) เป็นการบริการดูแลผู้สูงอายุระดับสูงสุดที่อยู่นอกโรงพยาบาลหรือเรียกว่า Nursing home ประกอบด้วย การช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ขึ้นหรือลงจากเตียง บริการให้อาหารทางสายยาง อาบน้ำ ทำแผล และการให้ยา เป็นต้น ในการดูแลระดับนี้ มีพยาบาลวิชาชีพประจำการตลอด 24 ชั่วโมง พยาบาลวิชาชีพอย่างน้อย 1 คน ต่อ 1 หน่วยการดูแล (station) ให้การดูแลผู้สูงอายุ 20-50 คน โดยทั่วไป อัตราบุคลากร พยาบาลวิชาชีพ: ผู้สูงอายุ เท่ากับ 1: 20

และผู้ช่วยการพยาบาลที่ผ่านการรับรอง (Certified Nurse Assistance: CNA): ผู้สูงอายุ เท่ากับ 1:5 และมีวิชาชีพอื่น เช่น แพทย์ นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด เป็นต้น

4) การบริการระยะกึ่งวิกฤติ (sub-acute care) เป็นการให้บริการที่มีผู้สูงอายุใช้เครื่องช่วยหายใจ หรือ เครื่องล้างไต ในระดับนี้ นอกจากมีแพทย์ พยาบาลวิชาชีพแล้ว ยังมี Respiratory therapist เป็นผู้ดูแลเกี่ยวกับการหายใจหรือการใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมด้วย โดยอัตราบุคลากรซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพ: ผู้สูงอายุ เท่ากับ 1: 5

การประเมินคุณสมบัติของผู้เข้าพัก

โดยปกติเมื่อผู้มีสิทธิประสงค์จะเข้ารับบริการ นักสังคมสงเคราะห์จะเป็นผู้ประเมินร่วมกับแพทย์ เพื่อรับผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเข้ารับบริการ

ทีมบุคลากร

ในการดูแลผู้สูงอายุที่ nursing home ประกอบด้วยบุคลากรที่เป็นการให้การดูแลทางการแพทย์โดยตรงและการดูแลทางอ้อม สำหรับการดูแลโดยตรง คือ การให้การดูแลสุขภาพที่เป็นวิชาชีพ ประกอบด้วย ทีมการดูแลสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ (ระดับ registered nurse, a licensed practical nurse, nurse practitioner) ผู้ช่วยพยาบาล (allied health personnel graduates) นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอาชีวบำบัด นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด นักแก้ไขการพูดหรือนักอรรถบำบัด (Speech Therapists)

การดูแลทางอ้อม คือ การดูแลที่ช่วยเหลือสนับสนุนในสิ่งต่างๆตามสภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยให้สะอาดเรียบร้อย ได้แก่ หน่วยรักษาความปลอดภัย หน่วยทำความสะอาด หน่วยซักล้าง เป็นต้น ทั้งนี้ อาจรวมถึงการบริการทางศาสนา การบริการร่วมกิจกรรมในชุมชน

กิจกรรมการพยาบาล

การพยาบาลใน nursing home แบ่งเป็น 3 เวร ได้แก่ เวรเช้า (7-15 น) เวรบ่าย (15-23 น) และเวรดึก (23-7 น) ในแต่ละ Nursing home มีการแบ่งเป็น station ตามความรุนแรงของการเจ็บป่วย และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ เช่น station: acute, rehabilitation, chronic (ช่วยเหลือตัวเองได้/ไม่ได้) ดังแสดงในตารางที่ 1

โดยภาพรวม ในแต่ละเวรการทำงาน มีกิจกรรมดังนี้

พยาบาล

- แจกยา ทั้ง 3 มื้อ เช้า กลางวัน และเย็น
- ฉีดยา

- ทำแผล เช่น แผลกดทับ หรือแผลต่างๆ
- ให้อาหารทางสายยาง
- ดูแลความสุขสบาย/ พาผู้สูงอายุลุกออกจากเตียง/นั่งรถเข็น
- เขียนบันทึกการพยาบาลรวมทั้งบันทึกการรับประทานอาหารว่าผู้สูงอายุทานอาหารได้ ร้อยละเท่าไรต่อมื้อ ชั่งน้ำหนักทุกสัปดาห์ ถ้าในรายโรคหัวใจ ชั่งน้ำหนักทุกวัน
- ขอคำปรึกษาจากแพทย์ (consult)
- ส่งยาทางโทรศัพท์

ผู้ช่วยพยาบาล

- พาผู้สูงอายุไปอาบน้ำ หรือ อาบน้ำทำความสะอาดที่เตียง
- ดูแลความสะอาด จัดเตียง เปลี่ยนผ้าปูที่นอน
- พลิกตะแคงตัว
- ป้อนข้าว อาหาร น้ำ หรือ ยา

นักกิจกรรมบำบัด

- ทำกลุ่มกิจกรรม ในห้องโถง เช่น ออกกำลังกาย เล่นเกม ดูโทรทัศน์
- จัดกิจกรรมรายบุคคลที่เตียง เช่น การอ่านหนังสือ

นักกายภาพบำบัด

- ฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย

นักอรรถบำบัด

- ฟื้นฟูเรื่องการรับประทานอาหารของผู้ป่วย (รายที่รับประทานอาหารไม่ได้)

การจัดบริการเสริมใน Nursing home ได้แก่ การพาไปดูภาพยนตร์ ไปร้านอาหาร เป็นต้น ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง และความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุ

การประชุมปรึกษาหารือ

เป็นการประชุมเพื่อศึกษากรณีศึกษา โดยปกติ กำหนดการประชุมขึ้นอยู่กับกรณีโรคหรือ การเปลี่ยนแปลงของกรณีศึกษา ตัวอย่างเช่น ถ้าเป็นกรณี ผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรัง ในระยะแรก อาจประชุมทุกสัปดาห์ ๑ ครั้ง แล้วค่อยๆ เป็น เดือนละครั้ง ถ้าเป็นกรณีผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่รับกลับจาก โรงพยาบาล เพื่อมาดูแลในระยะฟื้นฟูต่อไป ประมาณ 3 เดือน อาจประชุมทุกเดือนๆ ละครั้ง เป็นต้น

ระบบการส่งต่อ

การพิจารณาการส่งต่อ ประเมินจากความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ เช่น ต้องไปโรงพยาบาล เพื่อรักษาทันที หรือ ไปรักษาติดตาม หรือกรณีโรคเรื้อรัง อาจไม่ต้องส่งต่อ เป็นต้น

ตารางที่ 8.1 อัตรากำลังและกิจกรรมการดูแลในแต่ละเวร

	เวรเช้า	เวรบ่าย	เวรดึก
อัตรากำลัง	RN: Pt 1:20	RN: Pt 1:20	RN: Pt 1:20
	CNA: Pt 1:8 or 1:5	CNA: Pt 1: 4-5	CNA: Pt 1: 4-5
	Treatment Nurse 1		
	Admitted Nurse 1		
กิจกรรมการดูแล	RN รับเวร รายงานอาการ/การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย	RN รับเวร รายงานอาการ/การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย	RN รับเวร รายงานอาการ/การเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
	RN จัดยา แจกยา	RN จัดยา แจกยา ก่อน/หลังอาหาร ก่อนนอน	RN จัดยา แจกยา เที่ยงคืน/เช้า
	CNA เตรียมให้ผู้ป่วย อาบน้ำ แต่งตัว เตรียมรับประทานอาหาร (ที่เตียง หรือไปห้องอาหาร) จัดที่นั่งในรถเข็น/ป้อนข้าว	นักกิจกรรมบำบัด จัดกิจกรรมต่อ เช่น บริหารร่างกาย ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ เล่นเกม	ตรวจ blood glucose ตอนเช้า
	8-9 น รับประทานอาหาร	รับประทานอาหารเช้า	พลิกตะแคงตัว
	9 น เป็นต้นไป กิจกรรมโดยนักกิจกรรมบำบัด เช่น กลุ่มบำบัด หรือกิจกรรมรายบุคคล	จัดให้ผู้ป่วยเข้านอน	
	11.30 – 12 น รับประทานอาหารกลางวัน/พักผ่อน จิบليب		
	พาไปพบแพทย์		
	13 น ญาติเยี่ยม		

หมายเหตุ RN = Registered Nurses, CNA = Certified Nurse Assistance

การพัฒนามาตรฐานด้านบุคลากรที่ให้บริการในสถานบริบาล (Development of Staffing Quality Measures in Nursing home)

การดูแลในสถานบริการระยะยาวในประเทศสหรัฐอเมริกา สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและต้องการได้รับการดูแลจากผู้ที่มีทักษะเฉพาะ (Skilled care) ส่วนใหญ่จะอยู่ในรูปบริการของสถานบริบาล (Nursing home) ซึ่งมีอยู่ประมาณ 16,000 แห่งทั่วประเทศ มีผู้รับบริการประมาณ 1.5 ล้านคน อย่างไรก็ตาม การที่สถานบริบาลจะสามารถให้การดูแลที่มีคุณภาพได้นั้นจำเป็นต้องกำหนดมาตรฐานของผู้ให้บริการเพื่อพัฒนาให้สถานบริบาลให้การดูแลแก่ผู้รับบริการได้อย่างมีคุณภาพ

จากการทบทวน พบว่า การพัฒนามาตรฐานบุคลากรโดย Center for Medicare and Medicaid Services (CMS) ให้ทุนสนับสนุน Colorado Foundation for Medical Care ในการศึกษาการพัฒนามาตรวัดคุณภาพของบุคลากร (Colorado foundation for Medical care, 2004-2005) เริ่มต้นศึกษาในปี ค.ศ. 2004-2005 โดยระยะแรกพัฒนามาตรวัดคุณภาพบุคลากร จากการประชุมผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (stakeholder) ได้แก่ผู้บริหารสถานบริบาล สมาคมพยาบาลด้านสูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญ สมาคมพยาบาลผู้บริหาร สถานดูแลระยะยาว สมาคมแพทย์ เป็นต้น ผลสรุปของการศึกษาได้พัฒนาฐานข้อมูลของบุคลากรและพจนานุกรมข้อมูลสำหรับสถานบริการและสรุปมาตรฐานวัดคุณภาพบุคลากรในสถานบริบาลดังนี้

- 1) สัดส่วนของบุคลากร (Staffing ratio measure) วัดได้จากจำนวนชั่วโมงในการดูแลผู้รับบริการให้แก่ ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้ช่วยพยาบาล พยาบาลวิชาชีพ
- 2) ร้อยละของพนักงานที่ทำงานเต็มเวลา (Measures of percent of full-time employee)
- 3) การทำงานของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละเวร (RN shift coverage measures)
- 4) อัตราการลาออก/การคงอยู่ของบุคลากร (Turnover/Retention measures)
- 5) ระยะเวลาที่ทำงาน (Tenure measures)

แนวปฏิบัติสำหรับการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในสถานดูแลระยะยาว

ประชากรจำนวนมากกว่า 1.5 ล้านคนในสหรัฐอเมริกาพักอยู่ในสถานพยาบาล (Nursing home) ผลการศึกษาหลายเรื่องพบว่า ปัจจุบันสถานบริการดูแลระยะยาวต้องประสบปัญหาในเรื่องการติดเชื้อของผู้พักอาศัย เช่นเดียวกันกับในโรงพยาบาล เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น ปอดอักเสบ ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อใช้เป็นแนวทางให้สถานบริบาลได้นำไปปรับใช้ โดยการควบคุมมาตรฐานการดูแลจาก CMS ส่วนองค์ประกอบของโปรแกรมประกอบด้วย สมาชิกหลัก ได้แก่ผู้บริหาร ผู้แทนพยาบาล ผู้อำนวยการฝ่ายแพทย์ และ ICP ผู้ที่ทำหน้าที่รับผิดชอบเกี่ยวกับโปรแกรมโดยจะต้องมีประสบการณ์และผ่านการอบรม ซึ่งอาจจะจะเป็นพยาบาลวิชาชีพก็ได้ มีบทบาทชัดเจนว่าจะต้องทำหน้าที่ใดบ้าง ในส่วนผู้บริหารก็จะมีบทบาทในเชิงการวางแผนให้บรรลุเป้าหมาย กำหนดนโยบาย ส่วน ICP จะ

ทำหน้าที่เฝ้าระวัง เก็บรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูล ปฏิบัติตามนโยบายและวางแผนรวมทั้งสื่อสารและรายงานต่อสาธารณชน ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และหน่วยงานอื่นๆ สำหรับโปรแกรมควบคุมการติดเชื้อการดูแลระยะยาว จะประกอบด้วยกิจกรรมการควบคุมการติดเชื้อ เช่น การล้างมือ มาตรฐานการป้องกันควบคุมการติดเชื้อ การให้ความรู้แก่บุคลากรการระบุน การสำรวจและควบคุมในกรณีเกิดการติดเชื้อ การบริหารจัดการให้เป็นไปตามข้อกำหนดนโยบาย การประเมินผล โปรแกรมสำหรับผู้พักอาศัยและโปรแกรมสำหรับพนักงาน และโปรแกรมการพัฒนาและวางแผนและเตรียมพร้อมรับเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ เป็นต้น (Smith, 2008)

แนวปฏิบัติและมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองและระยะสุดท้ายในสถานบริบาล (Palliative care practice guidelines and standards for nursing home-based palliative care teams)

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการพัฒนาการจัดระบบการดูแลแบบประคับประคองอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานกว่า 40 ปี จากการประมาณการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2020 ประชาชนประมาณร้อยละ 40 ที่เสียชีวิตจะเสียชีวิตในสถานบริบาล ดังนั้นจึงเป็นเหตุผลสำคัญที่สถานบริบาลจะต้องจัดบริการที่มีคุณภาพให้กับผู้พักอาศัยในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งอุปสรรคสำคัญในการจัดบริการคือการศึกษาที่ยังไม่มีแนวปฏิบัติการดูแลระยะสุดท้ายที่เฉพาะเจาะจงสำหรับสถานบริบาล Temkin-Greener และคณะ (2015) จึงได้ทำการศึกษาวิจัยโดยวิธีเดลไฟล์ (modified Delphi study) มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินและศึกษาความเป็นไปได้ในการพัฒนาแนวทางการดูแลและมาตรฐานการดูแลแบบประคับประคองและระยะสุดท้ายในสถานบริบาล

แนวปฏิบัติการดูแลแบบประคับประคองดังกล่าวพัฒนามาจาก แนวปฏิบัติที่ได้มีการพัฒนาขึ้นมาในระดับชาติในปัจจุบัน (National Consensus Project: NCP) และได้ปรับปรุงเป็นครั้งที่ 3 (ปี 2005, 2009, 2013) อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติดังกล่าวพัฒนามาจากผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในสถานพยาบาล (Acute setting) โดยมีแนวปฏิบัติทั้งหมด 8 องค์ประกอบ 37 แนวปฏิบัติ ในการวิจัยนี้ได้เลือกมาเป็นองค์ประกอบเบื้องต้นทั้งหมด 7 องค์ประกอบ และ 22 แนวปฏิบัติเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของสถานบริบาลโดยใช้วิธีการเชิงคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ 8 คนประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ด้านการดูแลแบบประคับประคอง ด้านสูงอายุ สถานบริการระยะสุดท้ายและ สถานบริบาล ได้แก่

- องค์ประกอบที่ 1 ด้านโครงสร้างและกระบวนการดูแล (Structure and Processes of care)
- องค์ประกอบที่ 2 ด้านการดูแลด้านร่างกาย (Physical Aspects of care)
- องค์ประกอบที่ 3 ด้านจิตสังคม (Psychological and psychiatric aspects of care)
- องค์ประกอบที่ 4 ด้านสังคม (Social Aspects of care)
- องค์ประกอบที่ 5 ด้านวัฒนธรรม (Cultural Aspects of care)
- องค์ประกอบที่ 6 ด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (Care of the patient at the end of life)
- องค์ประกอบที่ 7 ด้านกฎหมายและจริยธรรม (Ethical and legal Aspects of care)

โดยการศึกษาความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ 2 รอบ ว่าหากนำ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนั้นมาใช้ในสถาน
 บริบาลแล้วแนวปฏิบัติในแต่ละองค์ประกอบมีความเป็นไปได้และเหมาะสมหรือไม่กับสถานบริบาล ผล
 การศึกษาพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่าองค์ประกอบทั้งหมดมีความสำคัญแต่เมื่อพิจารณาแล้วพบว่า บาง
 องค์ประกอบอาจจะทำได้ยากในเชิงปฏิบัติ จึงเห็นว่า 17 แนวปฏิบัติมีความเหมาะสม ทั้งนี้เนื่องจาก ความ
 ยากในการปฏิบัติ การที่สถานบริบาลขาดบุคลากรที่ความรู้และทักษะในการดูแลแบบประคับประคองและ
 ระยะสุดท้าย การขาดทรัพยากรและการสนับสนุน เป็นต้น อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติที่ได้พัฒนาขึ้นนั้นสามารถ
 ปรับปรุงให้มีความเหมาะสมในการปรับปรุงและประกันคุณภาพการดูแลของสถานบริบาล ซึ่งจะต้องมี
 การศึกษาต่อไป

การประเมินคุณภาพบริการสถานบริบาล (Nursing Home MDS 3.0 Quality Measures)

การประเมินคุณภาพตัวชี้วัดของสถานบริบาลในประเทศสหรัฐอเมริกาดำเนินการโดย CMS
 (Centers of Medicare and Medicaid) มอบหมายให้ The Omnibus Budget Reconciliation Act of
 1987 ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือที่ได้มาตรฐานเพื่อที่จะได้นำไปใช้กับสถานบริบาลที่อยู่ภายใต้ระบบ
 Medicare Medicaid

ตัวชี้วัดนี้ได้มีการพัฒนาและนำไปปรับใช้กับระบบการดูแลระยะยาวในระดับชาติ ตั้งแต่ ปี ค.ศ.
 1990 และได้ปรับปรุงใน ปี ค.ศ. 1995 และปี ค.ศ. 1998 และปรับเป็น MDS version 3 ปี ค.ศ. 2010

มาตรฐานขั้นต่ำ (The Minimum Data Set 3.0: MDS Version 3) นี้ออกแบบมาเพื่อช่วยให้
 ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพเพื่อความผาสุก โดยการวิเคราะห์และบันทึกความต้องการและจุดแข็งของ
 มาตรฐานดังกล่าวและปรับให้เข้ากับแผนการดูแล

วัตถุประสงค์ของการพัฒนาตัวชี้วัดเพื่อให้สถานบริบาลที่จัดบริการดูแลระยะยาว ได้นำไป
 ปรับปรุงให้มีความเหมาะสมและมีคุณภาพยิ่งขึ้น ในปี ค.ศ. 2010 CMS ได้ทดลองใช้มาตรฐาน MDS Version
 3 ซึ่งมาตรฐานนี้มีเป้าหมายที่จะปรับปรุงตัวชี้วัดในด้านเนื้อหา (Validity) และความเที่ยง (Reliability) ของ
 ตัวชี้วัดแต่ละตัว ครอบคลุมคุณภาพของตัวชี้วัดดังนี้

1) Variability หมายถึง ตัวชี้วัดสามารถที่จะแยกระหว่างสถานบริการที่มีคุณภาพสูงกับ
 สถานบริการที่มีคุณภาพต่ำ

2) Reportability (ขนาดของกลุ่มตัวอย่างต้องมีความเหมาะสม มีจำนวนอย่างน้อย 20 คน
 ในกลุ่มดูแลระยะสั้น (short stay) และ 30 คนในกลุ่มดูแลระยะยาว (long stay) เพื่อประโยชน์ในการ
 รายงานให้สาธารณะทราบ

3) Reliability ความเที่ยงของแต่ละตัวชี้วัด มีความเฉพาะเจาะจง และสามารถวัดได้จริง

ตัวชี้วัด

ตัวชี้วัดที่ผ่านการศึกษาและตรวจสอบคุณภาพ สามารถที่จะใช้เป็นแนวทางประเมินคุณภาพมีจำนวนทั้งสิ้น 16 ตัวชี้วัด ประกอบด้วย 4 ตัวชี้วัด สำหรับการดูแลระยะสั้นและ 12 ตัวชี้วัด สำหรับการดูแลระยะยาว ดังนี้

1) QM #0676 ร้อยละของผู้รับบริการในสถานบริการระยะยาวที่รายงานความเจ็บปวดของตนเองในระดับปานกลางถึงมากที่สุด (short stay)

2) QM # 0678 ร้อยละของผู้รับบริการในสถานบริการระยะยาวที่มีแผลกดทับ (แผลใหม่หรือแผลที่ແ່ງ) (short stay)

3) QM # 0680 ร้อยละของผู้รับบริการในสถานบริการระยะยาวที่เข้าถึงและได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ (the Influenza Vaccination) (short stay)

4) QM # 0682 ร้อยละของผู้รับบริการในสถานบริการระยะยาวที่เข้าถึงและได้รับวัคซีนป้องกันโรคปอดบวม (the Pneumococcal Vaccination) (short stay)

5) QM # 0674 ร้อยละของผู้รับบริการในสถานบริการระยะยาวที่มีประสบการณ์หกล้มหนึ่งครั้งหรือมากกว่าร่วมกับอุบัติเหตุ (long stay)

6) QM # 0677 ร้อยละของผู้รับบริการในสถานบริการระยะยาวที่รายงานว่ามีความปวดในระดับปานกลางถึงมากที่สุด (long stay)

7) QM # 0679 ร้อยละของผู้รับบริการในสถานบริการระยะยาวที่มีความเสี่ยงมีแผลกดทับในระดับสูง (long stay)

8) QM # 0681 ร้อยละของผู้รับบริการในสถานบริการระยะยาวที่เข้าถึงและได้รับวัคซีนไข้หวัดใหญ่ตามฤดูกาล (the Seasonal Influenza Vaccine) (long stay)

9) QM # 0683 ร้อยละของผู้รับบริการในสถานบริการระยะยาวที่เข้าถึงและได้รับวัคซีนป้องกันโรคปอดบวม (the Pneumococcal Vaccination) (long stay)

10) QM # 0684 ร้อยละของผู้รับบริการในสถานบริการระยะยาวที่ติดเชื้ระบบทางเดินปัสสาวะ (long stay)

11) QM # 0685 ร้อยละของผู้รับบริการในสถานบริการระยะยาวที่มีความเสี่ยงในระดับต่ำต่อการควบคุมการขับถ่ายและกลั้นปัสสาวะ (long stay)

12) QM # 0686 ร้อยละของผู้รับบริการในสถานบริการระยะยาวที่ใส่และค้างสายสวนปัสสาวะ (long stay)

13) QM # 0687 ร้อยละของผู้รับบริการในสถานบริการระยะยาวที่ถูกผูกยึด (long stay)

14) QM # 0688 ร้อยละของผู้รับบริการในสถานบริการระยะยาวที่มีความต้องการการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพิ่มขึ้น (long stay)

15) QM # 0689 ร้อยละของผู้รับบริการในสถานบริการระยะยาวที่มีน้ำหนักลดลงอย่างมาก (long stay)

16) QM # 0690 ร้อยละของผู้รับบริการในสถานบริการระยะยาวที่มีภาวะซึมเศร้า (long stay)

ด้วยข้อจำกัดในการเข้าถึงรายละเอียดข้อมูลด้านมาตรฐานการดูแลในสถานดูแลระยะยาวของ JCI ซึ่งเป็นลิขสิทธิ์ ผู้วิจัยจึงไม่สามารถสืบค้นรายละเอียดแต่ละตัวชี้วัดมานำเสนอได้

5. ผลลัพธ์ของการดูแลทั้งด้านความพึงพอใจและต่อคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรม (Du Moulin et al, 2010) การประเมินผลลัพธ์การดูแลการจัดบริการในสถานบริบาล (Nursing home) มีการศึกษาการประเมินผลลัพธ์ทั้ง 3 ส่วนได้แก่ตัวชี้วัด ด้านโครงสร้าง (Structure indicators) ด้านกระบวนการ (Process indicators) และด้านผลลัพธ์ (Outcome Indicators) ซึ่งกรอบแนวคิดในการประเมินคุณภาพการดูแลที่พัฒนาขึ้นในหลายประเทศ และในประเทศสหรัฐอเมริกาใช้กรอบคุณภาพนี้เช่นกัน (Donabedians' framework) ซึ่งยังคงมีการพัฒนาและปรับปรุงอย่างต่อเนื่องทั้งการนำไปเป็นกรอบในการจัดและพัฒนาระบบการดูแล การศึกษาวิจัยเพื่อนำความรู้ที่ได้มาปรับปรุงทั้งนี้มุ่งเป้าหมายไปที่ผู้รับบริการ ครอบครัว ผู้กำหนดนโยบาย และบุคลากรทางสุขภาพ ในสถานบริบาลดูแลระยะยาว นอกจากนี้แล้วยังมีการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สำคัญทั้งในแง่ ความตรง (Validity) ความเที่ยง (Reliability) ตัวชี้วัดในแต่ละด้านว่ามีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลเป็นประเด็นที่ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญ เช่น การศึกษาพบว่า การจัดบุคลากรพยาบาล (ในระดับ RN) มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการดูแลในสถานบริบาล ดังนั้นการจัดอัตรากำลังของบุคลากรพยาบาลในสถานบริบาลจึงต้องมีความเหมาะสมเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่มีคุณภาพ (Lin, 2014)

การศึกษาผลลัพธ์การดูแลด้านความพึงพอใจตามการรับรู้ของบุคลากรพยาบาล มีการศึกษาความพึงพอใจและสาเหตุของความเครียดของบุคลากรพยาบาลที่ทำงานในสถานบริบาลใน 24 แห่งรัฐนอร์ทแคโรไลนา (Lapen & Hughes, 2007) ผลการศึกษาพบว่า สถานการณ์ที่ส่งผลต่อความเครียดของพยาบาลมากที่สุด ได้แก่ การมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ มีภาระงานมาก การถูกขัดจังหวะในการทำงาน ไม่มีบุคลากรระดับวิชาชีพด้านสุขภาพมาจัดการดูแล การตอบสนองความคาดหวังของผู้รับบริการ ส่วนความเครียดในระดับมากที่สุดของผู้ช่วยพยาบาล ได้แก่ ค่าตอบแทนน้อย จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอ ภาระงานมาก นอกจากนี้ผู้ช่วยพยาบาลมีความเครียดมากกว่าพยาบาลเนื่องจากไม่มีข้อมูลสภาพของผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลอย่างเพียงพอ ส่วนพยาบาลมีความเครียดกว่าผู้ช่วยพยาบาลเนื่องจากผู้มาตรวจเยี่ยม (Surveyors) ที่ไม่ใช่บุคลากรทางสุขภาพ (non-health professionals) เป็นผู้ตัดสินว่าพยาบาลต้องทำงานอย่างไร

6. กลไกในการกำกับมาตรฐาน

การรับรองคุณภาพโดย The Joint Commission International (JCI)

ในประเทศสหรัฐอเมริกาองค์กรที่ทำหน้าที่ในการประกันคุณภาพบริการทางสุขภาพเป็นองค์กรอิสระมีชื่อเสียงและได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติคือ Joint Commission International (JCI) ก่อตั้งขึ้นภายใต้การกำกับดูแลของ *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare (JCAHO)* หรือ The Joint Commission เมื่อเดือนตุลาคม ปี ค.ศ. 1997 (พ.ศ. 2540) โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงคุณภาพการให้บริการสุขภาพทั้งในและนอกประเทศสหรัฐอเมริกา JCI เป็นองค์กรอิสระที่ไม่ได้หวังผลกำไร และเป็นองค์กรที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลในการประกันคุณภาพการบริการสุขภาพ มีพันธกิจเพื่อส่งเสริมความปลอดภัยและพัฒนาคุณภาพการบริการสุขภาพในระดับสากล ทั้งในด้านการให้การศึกษา การเผยแพร่สื่อสิ่งพิมพ์ การให้คำปรึกษาและการให้การรับรองมาตรฐาน JCI ยังเป็นองค์กรที่มีการพัฒนาและปรับปรุงข้อกำหนดมาตรฐานอย่างต่อเนื่องโดยอาศัยหลักฐานอ้างอิงเชิงประจักษ์มาสนับสนุนการพัฒนาเปลี่ยนแปลง นอกจากนี้ ยังมีความร่วมมือกับองค์กรด้านสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และองค์กรการดูแลสุขภาพชั้นนำหลายแห่งทั่วโลกกว่า 80 องค์กร เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO), Institute for Healthcare Improvement Institute for Healthcare Improvement (IHI), Institute for Safe Medication Practices (ISMP), National Fire Protection Association (NFPA) เป็นต้น ซึ่งเป็นความร่วมมือกันในการค้นหาปัญหาและสาเหตุ เพื่อนำมากำหนดเป็นมาตรฐานความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยในระดับสากล

เป้าประสงค์ของการรับรองคุณภาพ เพื่อกระตุ้นให้สถานพยาบาลมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน โดยการประยุกต์มาตรฐานที่ผ่านความเห็นชอบในระดับนานาชาติ เป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วยและสนับสนุนการวัดผลด้วยตัวชี้วัด

หนึ่งในโปรแกรมมาตรฐานและการให้การรับรองระดับสากลของ JCI คือ การดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การดูแลที่บ้าน (home care), การช่วยเหลือการดำรงชีวิต (assisted living) การดูแลระยะยาว (long-term care) และสถานบริบาลสำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้าย (hospice care)

นโยบายและระเบียบปฏิบัติสำหรับสถานพยาบาลที่ประสงค์จะขอการรับรองโดย JCI

1) ข้อกำหนดทั่วไปสำหรับการสมัครขอเยี่ยมชมสำรวจ

- 1.1) องค์กรเปิดดำเนินการให้บริการสุขภาพในประเทศที่ระบุและได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการ
- 1.2) องค์กรยอมรับหรือเต็มใจที่จะยอมรับในหน้าที่รับผิดชอบต่อการพัฒนาคุณภาพบริการและการดูแลผู้ป่วย
- 1.3) องค์กรจัดให้มีบริการที่ระบุไว้ในมาตรฐานของ JCI

2) เป้าหมายของการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อการรับรอง

กระบวนการเยี่ยมชมสำรวจประเมินระดับปฏิบัติขององค์กรของ JCI ดำเนินการโดย

- 2.1) การสัมภาษณ์บุคลากรและผู้ป่วย และสารสนเทศจากคำบอกเล่าต่างๆ
- 2.2) การสังเกตกระบวนการดูแลผู้ป่วยขององค์กรโดยผู้เยี่ยมชมสำรวจ
- 2.3) นโยบาย ระเบียบปฏิบัติ แนวปฏิบัติทางคลินิก และเอกสารอื่นๆ ที่องค์กรจัดเตรียมให้
- 2.4) ผลของการประเมินตนเองที่เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ

กระบวนการเยี่ยมชมสำรวจ ณ ที่ตั้งองค์กร และการประเมินตนเองอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้องค์กรค้นหา แก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพการดูแลและบริการ (quality of care and services) นอกจากการประเมินการปฏิบัติตามมาตรฐาน เจตจำนง และเป้าหมายความปลอดภัยผู้ป่วยระดับสากลแล้ว ผู้เยี่ยมชมสำรวจยังใช้เวลาในการให้ความรู้เพื่อสนับสนุนกิจกรรมพัฒนาคุณภาพขององค์กร

3) ขอบเขตของการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อการรับรอง

ขอบเขตของการเยี่ยมชมสำรวจของ JCI จะครอบคลุมหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานทั้งหมดขององค์กรผู้สมัครและจุดที่ให้การดูแลบริการผู้ป่วยทั้งหมด JCI จะเลือกมาตรฐานที่นำมาใช้จากคู่มือ JOINT COMMISSION INTERNATIONAL ACCREDITATION STANDARDS FOR HOSPITALS

4) ผลลัพธ์ของการเยี่ยมชมสำรวจเพื่อการรับรอง

คณะกรรมการรับรองของ JCI จะเป็นผู้ตัดสินรับรองคุณภาพโดยอาศัยสิ่งที่พบจากการเยี่ยมชมสำรวจ ซึ่งองค์กรอาจได้รับการตัดสิน **รับรอง** หรือ **ไม่รับรอง** การตัดสินนี้อยู่บนพื้นฐานว่าองค์กรมีคุณสมบัติตามกฎการตัดสินใจหรือไม่

5) การให้การรับรอง

องค์กรที่ผ่านการรับรองจะได้รับรายงานผลการเยี่ยมชมสำรวจฉบับทางการ และประกาศนียบัตรรับรอง ซึ่งรายงานจะระบุระดับของการปฏิบัติตามมาตรฐาน JCI ที่องค์กรสามารถทำได้

6) ช่วงเวลาที่ให้การรับรอง

การรับรองจะมีผลเป็นเวลาสามปี ถ้าไม่ถูกเพิกถอนโดย JCI เสียก่อน การรับรองจะมีผลอย่างเป็นทางการย้อนไปเริ่มต้นตั้งแต่วันแรกหลังจาก JCI เยี่ยมสำรวจองค์กรเสร็จสิ้นหรือหลังจากการเยี่ยมชมสำรวจเฉพาะเรื่องถ้าต้องมีการติดตาม และเมื่อครบรอบการรับรองสามปี องค์กรจะต้องได้รับการประเมินซ้ำเพื่อพิจารณาต่ออายุการรับรอง

บทที่ 9

มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวประเทศแคนาดา

1. บทนำ

การจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและพิการของประเทศแคนาดา จัดอยู่ในรูปแบบ Mixed System แบบ Mix of universal and means-tested ของ OECD (OECD, 2011) โดยผสมรูปแบบของระบบถ้วนหน้าในส่วนบริการสุขภาพ ระบบทดสอบรายได้สำหรับบริการช่วยเหลือทางสังคม ทั้งนี้สิทธิประโยชน์ทั้งเรื่องสุขภาพและบริการสังคมมีความแตกต่างกันบ้างในระหว่างจังหวัด

บริการสุขภาพในประเทศแคนาดา เป็นระบบที่บริหารภายใต้หลักประกันสุขภาพของชาติ (National Health Insurance) ที่เรียกว่า Medicare มีหลักการ 1) บริหารโดยรัฐ (Public Administration) 2) ครอบคลุมครบถ้วน (Comprehensiveness) 3) ประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universality) 4) เข้าถึงบริการได้โดยง่าย (Accessibility) และ 5) ค้ำครองสิทธิกรณีข้ามจังหวัด (Portability)

ในแต่ละรัฐทั้ง 10 รัฐและ 3 เขตปกครอง จะมีการบริหารจัดการระบบสุขภาพของตนเองโดยต้องสอดคล้องกับกฎหมายสุขภาพ Canada Health Act ซึ่งระบบการดูแลระยะยาวของแต่ละพื้นฐามีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบทและการบริหารงานของรัฐบาลท้องถิ่น ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศแคนาดานับว่าเป็นระบบแบบถ้วนหน้าภายใต้เงื่อนไขการทดสอบความต้องการบริการการดูแลระยะยาวในแต่ละพื้นที่และมีสิทธิประโยชน์ในระบบการดูแลระยะยาวแบบถ้วนหน้าให้แก่ กลุ่มชนพื้นเมือง และทหารผ่านศึก

ระบบการจัดการและการให้บริการสุขภาพเป็นหน้าที่รับผิดชอบของรัฐบาลแต่ละรัฐหรือเขตการปกครอง ซึ่งจะวางแผนให้งบประมาณสนับสนุนและประเมินการให้บริการของโรงพยาบาล การบริการทางการแพทย์และผู้ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการสุขภาพและสาธารณสุขชุมชน นอกจากการบริการในโรงพยาบาลและแพทย์ที่รัฐประกันให้ รัฐบาลของแต่ละรัฐจะให้การประกันสุขภาพที่ครอบคลุมบริการสุขภาพอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือจากการประกันสุขภาพขั้นพื้นฐานที่จำเป็นแก่ประชากรบางกลุ่ม เช่น ผู้สูงอายุ เด็กและผู้รับสวัสดิการสังคม การบริการสุขภาพอื่น การรักษาทางทันตกรรม การตรวจวัดสายตา เครื่องช่วยและอุปกรณ์ทางการแพทย์ (แขนขาเทียม ฟันปลอม แก้วหู เป็นต้น) และการบริการสุขภาพโดยบุคลากรทางสาธารณสุขอื่นๆ นอกจากนี้หากประชาชนต้องการการครอบคลุมบริการสุขภาพที่นอกเหนือไปจากที่รัฐประกันให้ก็สามารถซื้อประกันสุขภาพได้จากบริษัทประกันเอกชนขึ้นกับรายได้และความสามารถที่จะจ่ายของผู้ป่วย หรือได้จากการประกันกลุ่มที่ทำงาน รัฐจะไม่ให้บริษัทประกันเอกชนให้ประกันสุขภาพในส่วนที่เหมือนกับรัฐแต่ละแห่งแข่งขันกันในด้านตลาดของการให้บริการสุขภาพเสริม

2. ปัจจัยส่วนบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว

จากการสำรวจในปี 2008-2009 พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอาศัยอยู่ในสถาบันประมาณ 238,000 ราย หรือคิดเป็น 4% ของประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปในประเทศแคนาดา นอกจากนี้ยังพบว่ามีประชากรจำนวน 875,000 ราย หรือคิดเป็น 2.5% ของประชากรทั้งหมด รายงานว่าได้รับการดูแลระยะยาวที่บ้าน ซึ่งส่วนใหญ่แล้วรัฐบาลท้องถิ่นจะเป็นผู้รับผิดชอบระบบการดูแลระยะยาวแก่ประชาชน ทั้งนี้ในประเทศแคนาดายังมีระบบการดูแลระยะยาวจากเอกชนที่หลากหลายซึ่งตัวผู้สูงอายุเอง หรือครอบครัวสามารถเลือกใช้บริการและออกค่าใช้จ่ายเอง

สถานะทางคลินิก

ผู้สูงอายุในประเทศแคนาดา เช่นเดียวกับในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วทั้งหลายคือมีจำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีภาวะพึ่งพิงสูงทั้งนี้เนื่องจากมีโรคเรื้อรัง เช่น ความจำเสื่อม ต้องการการดูแลซับซ้อนขึ้น ทั้งการให้อาหารทางสายยาง การล้างไตการใส่สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น สถานการณ์ของความจำเป็นและการเปลี่ยนโครงสร้างประชากรดังกล่าว จึงทำให้รัฐบาลกลางและหน่วยงาน องค์กร และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือการดูแลอย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความจำเป็นที่จะต้องสร้างความมั่นใจว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลโดยเคาเรพ ซึ่งคัดสรร และมีความเชื่อพื้นฐานว่าสถานบริการระยะยาวมีความหมายเสมือนเป็น **บ้าน** ของผู้สูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วย

รัฐบาลต้องการให้ภาคสังคมเข้ามามีส่วนในการพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลระยะยาว มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงบริการและการดูแล และนำเสนอให้กับผู้บริหารได้รับทราบ มีระบบรายงานการทำร้ายผู้สูงอายุ ให้ความรู้กับบุคลากร แพทย์ พยาบาล อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องในเรื่องการทำร้ายผู้สูงอายุ ประสานงานและทบทวนบทบาทของเจ้าหน้าที่ตำรวจต่อประเด็นดังกล่าว ตลอดจนผู้ทำหน้าที่เป็นตัวแทนให้กับผู้สูงอายุ

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับครอบครัว

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศแคนาดาอย่างชัดเจนรูปแบบหนึ่งคือสิทธิประโยชน์ในมาตรการลดภาษีให้กับครอบครัวผู้ที่อยู่ในระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งแบ่งเป็น 3 สิทธิประโยชน์ ได้แก่

- 1) การลดหย่อนภาษีให้กับบุคคลที่ให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่ว่าบุคคลนั้นจะอาศัยอยู่กับผู้สูงอายุหรือไม่ก็ตาม
- 2) การลดหย่อนภาษีให้กับผู้ดูแลในบ้านที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นพ่อแม่ หรือปู่ย่าตายายของตนที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป หรือให้การดูแลญาติที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ เช่น ลูก หลาน พี่น้อง ป้า หรือลุง

- 3) การลดหย่อนภาษีให้กับบุคคลที่ให้การสนับสนุนค่าใช้จ่ายการดูแลในบ้านของตนแก่ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

พื้นฐานทางวัฒนธรรม

ดินแดนที่เป็นประเทศแคนาดาในปัจจุบันในอดีตมีผู้อยู่อาศัยอยู่แล้วเป็นชนพื้นเมืองหลากหลายกลุ่ม เมื่อตอนต้นคริสต์ศตวรรษที่ 15 นักสำรวจเดินทางชาวอังกฤษและฝรั่งเศสได้เข้ามาสำรวจ และต่อมาจึงมีการตั้งรกรากขึ้นบนแถบชายฝั่งมหาสมุทรแอตแลนติก ในปี ค.ศ. 1763 ฝรั่งเศสได้ยอมสูญเสียอาณานิคมเกือบทั้งหมดในทวีปอเมริกาเหนือหลังจากสงครามเจ็ดปี ในปี ค.ศ. 1867 มีการรวมตัวของอาณานิคมของอังกฤษ 3 แห่งขึ้น และประเทศแคนาดาก็ถือกำเนิดขึ้นในรูปแบบของเขตปกครองสหพันธรัฐ ประกอบด้วย 4 รัฐ และนี่กลายเป็นจุดเริ่มต้นของการเพิ่มจำนวนขึ้นของรัฐและดินแดนต่างๆ และกระบวนการได้รับอำนาจปกครองตนเองจากสหราชอาณาจักร รัฐบัญญัติแห่งเวสต์มินสเตอร์ในปี ค.ศ. 1931 ได้เพิ่มอำนาจปกครองตนเองและเป็นผลให้เกิดพระราชบัญญัติแคนาดาในปี ค.ศ. 1982 ซึ่งมีผลให้แคนาดาตัดขาดจากการขึ้นตรงต่ออำนาจของรัฐสภาอังกฤษ

ค่านิยมหลักของสังคมแคนาดาที่ฝังลึกในทุกคนคือ การส่งเสริมและเคารพในสิทธิและเสรีภาพของมนุษย์ ซึ่งเป็นหลักพื้นฐานสำคัญที่สุดของการปกครองในระบอบประชาธิปไตย

แคนาดาเป็นประเทศที่ใช้ภาษาทางการ 2 ภาษาทั้งในระดับประเทศและในรัฐนิวบรันสวิกภาษาทางการ 2 ภาษานั้นคือภาษาอังกฤษและภาษาฝรั่งเศสและมีความหลากหลายทางวัฒนธรรม แคนาดาเป็นประเทศที่มีความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและเป็นประเทศอุตสาหกรรม มีเศรษฐกิจที่หลากหลาย ซึ่งพึ่งพาทรัพยากรธรรมชาติอันอุดมสมบูรณ์และพึ่งพาการค้าขาย โดยเฉพาะกับสหรัฐอเมริกา

3. โครงสร้างระบบบริการ

การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในเขตปกครองแต่ละรัฐ ได้กำหนดมาตรฐานและแนวทางการดูแลขึ้นโดยอิสระ เพื่อเป้าหมายในการพัฒนาให้สถานบริการระยะยาวเป็นบ้านของผู้สูงอายุที่มีมาตรฐานและคุณภาพ การดูแลที่ดีที่สุดสำหรับประชากรกลุ่มสูงอายุ ภายใต้การบริหารจัดการ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งผ่านกระบวนการศึกษาวิจัย เก็บข้อมูล ประชุมระดมความคิดเห็นจนกระทั่งได้แนวปฏิบัติที่มีความเหมาะสม นับตั้งแต่ การเยี่ยมสำรวจสถานบริการระยะยาว การสัมภาษณ์และสังเกตจากผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางสุขภาพ กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มผู้สูงอายุ ผู้แทนของรัฐ นักวิชาการ แพทย์สาขาสูงอายุ พยาบาลและอื่นๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาว

การเข้าถึงการดูแลภายในระบบ

ตัวอย่างแผนการดูแลระยะยาวของรัฐออนตาริโอ (Monique Smith, Health and Long-Term Care, 2004) รัฐบาลของรัฐออนตาริโอได้ทำการทบทวน สถานการณ์การดูแลระยะยาว ในปี ค.ศ. 2004

เงื่อนไขสำคัญคือการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศ กล่าวคือจำนวนผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป และช่วงอายุ 85 ปีขึ้นไปมีจำนวนเกือบสองเท่าในช่วงระหว่างปี ค.ศ. 1961-2001 จำนวนผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในสถานดูแลระยะยาวมีมากกว่า 70,000 คน โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะพัฒนาให้สถานบริการระยะยาวเป็นบ้านของผู้สูงอายุที่มีมาตรฐานและคุณภาพการดูแลที่ดีที่สุดสำหรับประชากรกลุ่มสูงอายุ ได้กำหนดประเด็นสำคัญเพื่อให้รัฐบาลนำไปดำเนินการ 5 เรื่อง คือ 1) การปรับปรุงคุณภาพชีวิต 2) การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน 3) พัฒนามาตรฐานการดูแลให้มีความชัดเจนวัดได้และนำไปสู่การปฏิบัติ 4) บุคลากรและการบริหารจัดการ 5) กฎหมายและกองทุน

การจัดตงค์กรการดูแล

รัฐบาลรัฐออนตาริโอได้มีความมุ่งมั่นที่จะจัดหา **บ้าน** ที่อาศัยสำหรับประชาชนอย่างมีคุณภาพ การดูแลที่ดีที่สุด ดังนั้นในการปรับปรุงคุณภาพชีวิต มีประเด็นสำคัญได้แก่

1) ปรชญาการดูแล รัฐบาลเห็นความสำคัญว่า ปรชญาการดูแลเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุประจำวัน จึงได้นำปรชญาของการดูแลบูรณาการในการจัดบริการดูแลระยะยาวและ เป็นความรับผิดชอบของผู้บริหารสถาน บริการจะต้องนำไปปฏิบัติในการดูแลประจำวันในสถานบริการระยะ ยาวต่อไป

2) บทบาทของผู้บริหาร รัฐบาลเห็นความสำคัญของผู้บริหารสถานบริการที่จะต้องมี คุณสมบัติและความเชี่ยวชาญ จึงเสนอให้มีการจัดประชุมการศึกษาสำหรับผู้บริหารเพื่อใหสามารถพัฒนาและ บริหารจัดการสถานบริการระยะยาวให้ดีที่สุดทั้งเรื่องการดูแลและการบริการ

3) บทบาทของชุมชน สิ่งสำคัญสำหรับสถานบริการระยะยาวทุกแห่ง ที่จะต้องเพิ่มคุณภาพ ชีวิตคือการสนับสนุนให้ครอบครัว อาสาสมัคร เข้ามามีบทบาทโดยบูรณาการให้สถานบริการเพิ่มความเข้มแข็ง ร่วมกับชุมชนมากขึ้น เช่น การส่งเสริมอาสาสมัครมาร่วมดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการมากขึ้น เช่น การ ประสานไปยังโรงเรียนมัธยมในการเพิ่มชั่วโมงสำหรับนักเรียนในการมาเป็นอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ สนับสนุน การดำเนินกิจกรรมต่างๆ การจัดตั้ง สภาครอบครัว (Family Councils) สภาประชาชน (Residents' Councils) โดยรัฐสนับสนุนงบประมาณให้มีการดำเนินการดังกล่าวทั่วทั้งรัฐ และเพิ่มจำนวนของกลุ่มเหล่านี้ให้ มากขึ้น และกลุ่มคนเหล่านี้จะมีหน้าที่ตรวจสอบคุณภาพการดูแลได้ดี โดยช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัว รู้สึกสบายใจ ที่จะรายงานหรือบอกกล่าวถึงคุณภาพการดูแลของสถานบริการแต่ละแห่ง

สภาพแวดล้อมทางกายภาพของการบริการ

การจัดสิ่งแวดลอมให้กับผู้สูงอายุที่พักอยู่ในสถานบริการระยะยาวรัฐสนับสนุนให้มีการใช้ปรชญา การดูแลแบบองค์รวมมาปรับใช้เพื่อเป้าหมายคุณภาพชีวิต ดังนั้นจึงมีการสร้างสิ่งแวดลอมให้เป็นเสมือนบ้าน โดยสนับสนุนให้มีการนำสัตว์เลี้ยง ต้นไม้ เพื่อนๆ หรือเด็กๆ มาเยี่ยมผู้สูงอายุ และมีโทรศัพท์ให้ผู้สูงอายุได้ใช้

ติดต่อโดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากนี้ยังสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันอย่างสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน

การนำวิธีการดูแลใหม่มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่สมองเสื่อม การปรับนโยบายในการให้การดูแลผู้สูงอายุและคู่สมรสให้อยู่ในสถานบริการแม้ว่าความต้องการในการดูแลจะอยู่ในระดับที่ต่างกัน ส่วนการดูแลระยะท้ายสนับสนุนให้มีห้องสำหรับการดูแลแยกต่างหาก (Palliative care room) โดยกำหนดให้สถานบริการระยะยาวทุกแห่งมีห้องสำหรับการดูแลแบบประคับประคองอย่างน้อย 1 ห้อง

สถานบริการที่จะเปิดขึ้นมาใหม่ควรมีรูปแบบที่บูรณาการระหว่างชุมชนและบริการทางสุขภาพ เช่น ตั้งอยู่ใกล้กับโรงพยาบาล ศูนย์บริการสุขภาพ บ้านของผู้สูงอายุ บริการการดูแลเท้าและทันตกรรม เป็นต้น การสร้างความตระหนักและความรู้ของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ประชาชนจำเป็นต้องมีความรู้เพิ่มมากขึ้นเกี่ยวกับการตรวจสอบและการสนับสนุนระบบการดูแลระยะยาวของรัฐบาล และประเด็นของการดำเนินการให้สถานบริการระยะยาวมีความปลอดภัย โดยรัฐบาลจะต้องมีการทบทวนและดำเนินการให้สถานบริการมีระบบสนับสนุนอุปกรณ์ ออกซิเจน เครื่องช่วยหายใจ

อัตราบุคลากร

มีการกำหนดอัตราส่วนจำนวนของบุคลากรต่อผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม กำหนดชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสมของเจ้าหน้าที่ในการดูแล อย่างน้อยให้เท่ากับ 3.5 ชั่วโมงต่อคนต่อวัน

ทักษะและประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร

การทบทวนบทบาทของบุคลากรสำคัญ พยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse practitioners) ในสถานบริการระยะยาวมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เพราะพยาบาลเหล่านี้สามารถที่จะสอนเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุความจำเสื่อม มีปัญหาในการกลืน การจัดการความปวด การดูแลแบบประคับประคอง และการให้สารละลายทางหลอดเลือด เป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับการบริการระยะยาว นอกจากนี้พยาบาลยังช่วยปรับปรุงการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัว สามารถเพิ่มทักษะการดูแลให้กับเจ้าหน้าที่และลดจำนวนของการส่งผู้สูงอายุไปแผนกฉุกเฉิน ดังนั้นรัฐบาลจะต้องส่งเสริมให้มีการสนับสนุนทุนสำหรับการเพิ่มจำนวนพยาบาล และให้รัฐมนตรีที่รับผิดชอบการศึกษาในวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยพิจารณาเพิ่มสมรรถนะของพยาบาลในระดับหลังปริญญาตรี ตลอดจนพัฒนาและขยายขอบเขตของการปฏิบัติในระบบการดูแลระยะยาว

เจ้าหน้าที่จะต้องเพิ่มกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น กิจกรรมนันทนาการ ต่างๆ กิจกรรมทางกายภาพ ซึ่งพบว่าในสถานการณ์จริงขาดการฝึกอบรมอย่างมีมาตรฐาน รัฐจำเป็นต้องเพิ่มงบประมาณสนับสนุนเจ้าหน้าที่เหล่านี้ในการฝึกอบรม การดูแลเรื่องอาหาร ต้องปรับปรุงคุณภาพทั้งจำนวนมื้ออาหาร โดยนักโภชนาการการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความสามารถเพิ่มขึ้นเนื่องจากปัจจุบันปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนมากกว่าในอดีต โดยเฉพาะปัญหาด้านความบกพร่องในเรื่องความจำ ความจำเสื่อมซึ่งทำให้

ผู้สูงอายุทุกขั้วประมาณอย่างยิ่ง เจ้าหน้าที่ต้องได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจและสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รัฐจะต้องกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ ซึ่งต้องครอบคลุมถึงการฝึกอบรมในบุคลากรอื่นๆ เช่น แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านสูงอายุ เจ้าหน้าที่ทั้งหมดจะต้องได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทาง ด้านการกระทำทารุณกรรม (ทั้งการตระหนักในปัญหาและการป้องกันปัญหา) ทักษะการสื่อสาร การดูแลความจำเสื่อมและการดูแลแบบประคับประคอง โดยรัฐจะต้องสนับสนุนการใช้โปรแกรมการฝึกอบรมที่วิทยาลัยพยาบาล และสมาคมพยาบาลให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนเสนอให้สถาบันการศึกษา สมาคมโรคสมองเสื่อม ขยายการฝึกอบรมการดูแลความจำเสื่อมในทุกระดับการศึกษา

รัฐต้องสนับสนุนการเพิ่มสมรรถนะสำหรับผู้เชี่ยวชาญในระบบการดูแลระยะยาว พัฒนาความเชี่ยวชาญ พัฒนามาตรฐานการดูแล เพิ่มความรู้และแนวปฏิบัติที่ดีที่สุดให้กับเจ้าหน้าที่ทุกคน ตลอดจนการสร้างศูนย์ความเชี่ยวชาญและโครงการนำร่องที่เชื่อมโยงระหว่างศูนย์การศึกษาวิจัยและการบริการระยะยาว

การปรับปรุงและเพิ่มเติมอุปกรณ์การแพทย์ให้มีความเหมาะสมและเพียงพอ เช่น อุปกรณ์ช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุ การใช้ลิฟต์การมีเจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในขณะที่ใช้ลิฟต์สองคนเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ และลดอันตรายจากอุบัติเหตุสำหรับเจ้าหน้าที่

ค่าใช้จ่าย

รัฐต้องกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำ เพื่อการเข้าถึงบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ สำหรับรัฐออนตาริโอ การดูแลระยะยาวเป็นการสนับสนุนกองทุนจากรัฐ ร่วมกับการจ่ายร่วมของผู้พักอาศัย ซึ่งการเพิ่มค่าใช้จ่ายของการดูแลระยะยาวไม่ควรมากกว่าค่าใช้จ่ายของการใช้ชีวิตประจำวัน นอกจากนี้มีความจำเป็นที่จะต้องเพิ่มจำนวนของห้องพื้นฐานให้มากขึ้น อัตราส่วนของห้องระดับพื้นฐานและห้องพิเศษ ควรมีสัดส่วนอยู่ที่ 60/40 นโยบายของการขยายจำนวนของสถานบริการระยะยาวจะต้องพิจารณาความจำเป็น และคุณภาพของการดูแลประกอบกัน แม้ว่าจะมีความยืดหยุ่นในการบริหารจัดการกองทุน แต่การมีกองทุนที่สม่ำเสมอก็จะเป็นหลักประกันการดูแลที่สม่ำเสมอด้วยเช่นกัน ระบบการทบทวนการประเมินจะช่วยให้มีการวางแผนระบบการดูแลที่ดีในอนาคต

4. กระบวนการให้บริการร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

การกำหนดมาตรฐาน

กรณีตัวอย่างการปรับปรุงคุณภาพการดูแลที่บ้านและการดูแลระยะยาวของประเทศแคนาดา: กรณีศึกษารัฐออนตาริโอ

ในการกำหนดมาตรฐานการดูแลระยะยาว รัฐจะเชิญผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนามาตรฐานมาเป็นที่ปรึกษา มาตรฐานจะต้องมีความชัดเจนวัดได้ เน้นที่ผู้สูงอายุและการพัฒนาตัวชี้วัดคุณภาพ

การปรับปรุงคุณภาพบริการและความรับผิดชอบของระบบบริการสุขภาพในประเทศแคนาดานั้นเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้มีหน้าที่กำหนดนโยบายและผู้ให้บริการทางสุขภาพระดับชาติมาเป็นระยะเวลา 2

ทศวรรษ รัฐออนตาริโอเป็นผู้นำในการดำเนินการดังกล่าว โดยการแนะนำมาตรฐานการดูแลในคลินิก สร้างกลไกการรายงานต่อสาธารณะ ริเริ่มการทำข้อตกลงร่วมกันรับผิดชอบของผู้ให้บริการระดับวิชาชีพ การปรับปรุงคุณภาพเป็นการแลกเปลี่ยนและรับผิดชอบต่อผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในรัฐ นอกจากนี้ระบบกลไกในการควบคุมมีความหลากหลาย

มาตรฐานการดูแลการบริการและโปรแกรมการดูแล

พระราชบัญญัติสถานดูแลระยะยาว (Long Term Care Homes Act: LTCHA) ปี ค.ศ. 2010 ได้กำหนดความต้องการไว้หลายด้านดังนี้

- 1) การดูแลเพื่อความปลอดภัย ครอบคลุมไปถึง การปิดประตู การใช้ลิฟต์ การยกไม้กั้นเตียง
- 2) การสื่อสารและระบบการตอบสนอง
- 3) ระบบไฟรวมไปถึงระบบการควบคุมอุณหภูมิห้อง
- 4) พื้นที่ว่างสำหรับผู้พักอาศัยและสำหรับเจ้าหน้าที่
- 5) อุปกรณ์อำนวยความสะดวกต่างๆ มานส่วนตัว ไม้กั้นเตียง นอกจากนี้
- 6) การดูแลที่เป็นพิเศษจากพยาบาลในด้าน: การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ การดูแลผิวหนังและแผล การดูแลระบบขับถ่าย การจัดการอาการปวด การดูแลและจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย การค้นหา การและการเข้าถึงคน ระบบโภชนาการอาหารและน้ำ การควบคุมน้ำหนัก อาหารและบริการอาหาร
- 7) การบริการทางการแพทย์
- 8) การปฏิบัติพิธีทางศาสนา
- 9) การดูแลด้านความสะดวกสบาย เช่น มีแม่บ้านในการทำความสะดวก ห้อง เสื้อผ้า และ
- 10) โปรแกรมสำหรับอาสาสมัคร

คุณภาพสุขภาพในรัฐออนตาริโอ

องค์กรคุณภาพสุขภาพในรัฐออนตาริโอ (Health Quality Ontario: HQO) ได้ก่อตั้งขึ้นเป็นอิสระ Arm-length agency ภายใต้ความมุ่งมั่นในอนาคตของกฎหมายทางการแพทย์ในวันที่ 12 กันยายน 2005 และต่อมาข้อบังคับก็ขยายภายใต้ Excellent Care for All Act 2010 ในบทบาทปัจจุบัน HQO มี3 รับผิดชอบต่อหลัก คือ

- 1) การเฝ้าระวังและรายงานต่อสาธารณชนถึงคุณภาพของการดูแลโดยเฉพาะมุ่งเน้นไปที่การเข้าถึงการบริการ ทริพยากรบุคคลทางสุขภาพ ผู้บริโภคและสุขภาพประชากร ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดูแลทั่วภูมิภาค รวมถึง การดูแลที่บ้าน การดูแลระยะยาว และโรงพยาบาล
- 2) การสนับสนุนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง
- 3) การส่งเสริม การแจ้งหลักฐานการดูแลโดยให้คำแนะนำแนวทางการปฏิบัติทางคลินิก และการระดมทุนสำหรับการดูแลสุขภาพและอุปกรณ์ทางการแพทย์

สมาคมวิชาชีพและการปรับปรุงคุณภาพ

ในประเทศแคนาดา สมาคมวิชาชีพแต่ละภาคส่วนของการดูแลสุขภาพทั้งหมดมีบทบาทสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพและความรับผิดชอบต่อระบบดูแลสุขภาพ ในขณะที่แต่ละสมาคมทำหน้าที่ดำเนินการสนับสนุนบทบาทในนามขององค์กรสมาชิกที่เป็นตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีการดูแลระยะยาว ในรัฐออนตาริโอมี สมาคมการดูแลระยะยาว Ontario (OLTCA) เป็นตัวแทนผู้ให้การดูแลเพื่อผลกำไร และ Association and non-profit Homes and Services for Seniors (OANHSS) เป็นตัวแทนผู้ให้การดูแลที่ไม่แสวงหากำไร ทั้งสองสมาคมมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในคณะทำงาน มีความร่วมมือแลกเปลี่ยนข้อมูล ตลอดจนการให้ความร่วมมือในการจัดประชุมวิชาการ โปรแกรมการศึกษา นวัตกรรม นวัตกรรม การสร้างสรรค์ และการดำเนินงานของประสบการณ์เยี่ยมสำรวจผู้ป่วยโดยทั่วไปและรายงานต่อสาธารณชน

5. ผลลัพธ์ของการดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบรายงานการศึกษาผลลัพธ์ของการดูแล อย่างไรก็ตาม ในแคนาดา มีระบบการตรวจสอบและการป้องกันข้อร้องเรียนและรายงานการร้องเรียน และการสอบสวน มีรายละเอียดดังนี้

การตรวจสอบและป้องกันข้อร้องเรียน

ผู้ได้รับอนุญาตให้เป็นผู้ตรวจสอบการดูแลระยะยาว ได้แก่ พยาบาล นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์และสหวิชาชีพ ได้รับการแต่งตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุขและการดูแลระยะยาว (Ministry of health and long term care) เพื่อตรวจสอบระบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวของสถานบริการดูแลระยะยาวทุกแห่งซึ่งจะมีการตรวจสอบปีละครั้งจากการสุ่มโดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า โปรแกรมการดูแล (The Long term Care Home Quality Inspection Program (LQIP)) มีการกำหนด โครงสร้างและกระบวนการในการตรวจสอบดูแลผู้ป่วยระยะยาว โดยผู้ตรวจสอบดูโครงสร้างของผู้ป่วย ครอบครัว สมาชิกในครอบครัว และมีการบันทึกลงในระบบสารสนเทศ การตรวจสอบต้องเป็นไปตามเครื่องมือประเมินการตรวจสอบที่ได้พัฒนาขึ้นมาในระดับชาติ (The interRAI Family of Assessment Instrument) แบบตัวอย่างบันทึกการตรวจสอบสำหรับใช้ในการประเมินข้อร้องเรียนประกอบด้วย การดูแลการควบคุมการขับถ่าย การป้องกันการพลัดตกหกล้ม การผูกมัด การจัดการความปวดและการดูแลแผล

ความเข้มข้นและขอบเขตของกระบวนการตรวจสอบ มีผลต่อการตัดสินใจหรือการปฏิบัติ ในระดับที่ยืดหยุ่นตั้งแต่ระดับเล็กจนกระทั่งระดับสูงสุด ประกอบด้วย การงดให้การสนับสนุนกองทุนหรือสิ่งคืนหรือระงับการอนุญาต จนกระทั่งเพิกถอนใบอนุญาตสถานดูแลระยะยาว

รายงานการร้องเรียนและการสอบสวน

ในประเด็นการร้องเรียนและการสอบสวนนี้ ข้อกำหนดการดูแลระยะยาว (The long term care act LTCHA) มีความต้องการให้บ้านพักดูแลระยะยาวเขียนกฎข้อบังคับสำหรับข้อร้องเรียน และติดไว้ในสถานที่ที่ประชาชนสามารถมองเห็นได้ สถานดูแลระยะยาวต้องมีการกำหนดการยอมรับข้อร้องเรียนภายในสิบวันทำการ และแจ้งต่อผู้ร้องเรียนเมื่อคาดว่าจะได้รับการแก้ปัญหา การร้องเรียนหรืออุบัติเหตุที่เกี่ยวข้องกับการกระทำทารุณ หรือการปล่อยปละละเลยของผู้พักอาศัยต้องได้รับการสอบสวนในทันที การเขียนข้อร้องเรียนทั้งหมดต้องถูกส่งต่อไปยังผู้ที่ได้รับการเลือกตั้งให้เป็นกรรมการภายใต้ข้อกำหนดการดูแลการดูแลระยะยาว

รัฐออนตาริโอมีการจัดตั้งหน่วยงานที่ทำให้ผู้ร้องเรียน เข้าถึงทางเลือกที่มีประโยชน์สำหรับการร้องเรียน คือ การร้องเรียนผ่านสายด่วนซึ่งผู้พักอาศัย สมาชิกครอบครัว เจ้าหน้าที่ของสถานบริการดูแลระยะยาว ผู้ซึ่งให้การดูแลบริการแก่ผู้พักอาศัย หรือสมาชิกสาธารณะทั่วไปสามารถร้องขอผ่าน ACTION line เกี่ยวกับข้อร้องเรียนได้ ข้อมูลใดๆที่ได้รับโดยกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการรักษาที่ไม่เหมาะสมที่เป็นผลจากความเสี่ยงต่ออันตรายของผู้พักอาศัย การกระทำรุนแรง การปล่อยปละละเลยของผู้พักอาศัย ที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย โดยรายงานตรงต่อผู้อำนวยการหรือผู้ตรวจสอบ

6. กลไกการควบคุมและการกำกับมาตรฐานสำหรับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ

กรอบกำกับการดูแลและการตรวจสอบการดูแลระยะยาว

ในรัฐออนตาริโอ กรอบการกำกับมาตรฐานการดูแลและคุณภาพชีวิตการดูแลระยะยาวจะอยู่ภายใต้ พระราชบัญญัติสถานดูแลระยะยาว (Long Term Care Homes Act: LTCHA) ปี ค.ศ. 2010 หลักการพื้นฐานของข้อกำหนดดังกล่าว คือ การดูแลระยะยาวที่บ้านเป็นพื้นฐานการดูแล ดังนั้นจึงเป็นสถานที่ที่ผู้พักอาศัยจะได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีอย่างมั่นคง ปลอดภัยและได้รับความสะดวกสบาย ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจอารมณ์ ด้านสังคม จิตวิญญาณ ตลอดจนตอบสนองความต้องการด้านวัฒนธรรมอย่างเหมาะสมและให้แนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติและการบริหารจัดการ ซึ่งข้อกำหนดการดูแลระยะยาวได้ให้แนวทางการวัดผลหลายด้าน ที่จะปกป้องผู้พักอาศัยจากการถูกทำร้าย การถูกทอดทิ้งและความเสี่ยงต่ออันตรายต่างๆ ครอบคลุม

- 1) สิทธิในการรักษา
- 2) กลไกสำหรับการรายงานการรักษาดูแลที่ไม่เหมาะสม ในเรื่องการถูกทำร้าย ความเสี่ยงต่ออันตราย จากบุคลากรทั้งในระดับวิชาชีพหรือเจ้าหน้าที่ทั่วไป และ
- 3) กลไกสำหรับการรายงานและการตรวจสอบข้อร้องเรียน

การรับรองระบบบริการสุขภาพ (Accreditation of health services)

หน่วยงานรับรองมาตรฐานระบบบริการสุขภาพของประเทศแคนาดา (Canadian Council on Health Services Accreditation) เป็นองค์กรอิสระแห่งชาติของรัฐบาลที่ไม่แสวงหากำไรและผู้ให้การดูแลในการบริการสุขภาพ ทำการประเมินด้วยการเยี่ยมชมสำรวจ (peer review) การดำเนินงานขององค์กรในประเทศแคนาดาและนานาชาติเป็นมาตรฐานพื้นฐานที่พัฒนาขึ้นโดยคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ยังให้การบริการอบรมความรู้เรื่องการรับรองตามมาตรฐานและกระบวนการ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและคุณภาพให้กับองค์กรที่ขอรับการรับรอง

กระบวนการรับรองมาตรฐานได้ถูกปรับให้เหมาะสมกับลักษณะขององค์กรและผู้ให้บริการที่มีมาตรฐานที่แตกต่างกันซึ่งมีมากกว่า 30 ภาคส่วน ประกอบด้วย โรงพยาบาล การดูแลที่บ้าน (home care) และสถานบริการดูแลระยะยาว (long term care home) ในปี ค.ศ. 2010 สำรวจพบว่าการดูแลระยะยาวเป็นองค์กรที่ขอรับรองมาตรฐานมากที่สุด (ร้อยละ 34) ตามด้วยการให้บริการในโรงพยาบาลฉุกเฉิน (ร้อยละ 18) และบริการดูแลที่บ้าน (ร้อยละ 9) การเยี่ยมชมสำรวจการรับรองมาตรฐานเป็นการปฏิบัติแบบ peer review โดยสมาชิกที่มีประสบการณ์ทางด้านสุขภาพและวิชาชีพการบริการทางสังคม (เช่น แพทย์ พยาบาล นักบำบัดโรค นักสังคมศาสตร์) และผู้บริหารระดับสูงด้านสุขภาพ โดยจุดเน้นของการสำรวจการรับรองมาตรฐาน คือ ความปลอดภัยของผู้ป่วยและการปฏิบัติที่มีคุณภาพ

ผู้เยี่ยมชมสำรวจการรับรองมาตรฐานของประเทศแคนาดา มีการประเมินผลการปฏิบัติงานขององค์กรเทียบกับมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการกำกับดูแล การบริหาร การปฏิบัติทางคลินิก และการจัดการความเสี่ยง การเยี่ยมชมสำรวจใช้เวลาหลายวันซึ่งขึ้นอยู่กับขนาดขององค์กร องค์กรอาจจะได้รับการรับรองมาตรฐานเต็มรูปแบบหลังจากการสำรวจ แต่โดยทั่วไปแล้วจะได้รับการรับรองมาตรฐานที่อาจเกิดขึ้นบนเงื่อนไขที่ระบุไว้โดยผู้เยี่ยมชมสำรวจ ซึ่งในปี ค.ศ. 2010 มีเพียงร้อยละ 3 ขององค์กรที่ได้รับการเยี่ยมชมสำรวจที่ไม่ได้รับการรับรองมาตรฐาน

นอกจากนี้การรับรองมาตรฐานดังกล่าว สถานบริการดูแลระยะยาวยังได้รับการรับรองมาตรฐานจากสำนักงานคณะกรรมการการรับรองมาตรฐานของสถานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพ (Commission on the Accreditation of Rehabilitation Facilities: CARF)) นับตั้งแต่เดือนตุลาคม ปี ค.ศ. 2008 การรับรองมาตรฐานของ CARF ประกอบด้วยกระบวนการ 2 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินตนเองโดยองค์กร

ขั้นตอนที่ 2 โดยบุคคลที่สามจากภายนอกด้วยการเยี่ยมชมสำรวจ peer review

กล่าวโดยสรุปคณะกรรมการ CARF สนับสนุนองค์กรที่สนใจในการรับรองมาตรฐาน โดยการฝึกอบรมการประเมินตนเอง การสนับสนุนให้การปฎิบัติการจัดบริการเพื่อให้สอดคล้องกับมาตรฐานของการดูแลและบริการเป็นระยะเวลา 6 เดือน จากนั้นจึงเข้าสู่กระบวนการรับรองโดยทีมเยี่ยมชมสำรวจภายนอกต่อไป

การรับรองมาตรฐานของ CARF มีดังนี้

- 1) ได้รับการรับรองมาตรฐาน 3 ปี ตรงตามมาตรฐานเต็มรูปแบบ
- 2) ได้รับการรับรองมาตรฐาน 1 ปี สำหรับความสอดคล้องกับหลายมาตรฐาน
- 3) การรับรองมาตรฐานชั่วคราวสำหรับองค์กรที่ภายหลังจาก 1 ปียังคงทำงานอยู่ในระดับ

การรับรองมาตรฐาน 1 ปี

- 4) ไม่ได้ได้รับการรับรองมาตรฐานสำหรับการขาดการให้ความสำคัญกับ การกำหนดข้อบังคับความเสี่ยงด้านสุขภาพ สุขภาพที่ดีหรือความปลอดภัยของบริการเหล่านั้น
-

บทที่ 10

การพัฒนามาตรฐานการดูแลในสถานบริการของประเทศออสเตรเลีย

1. บทนำ

ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศออสเตรเลียเป็นแบบถัวหน้า (Mixed systems) แบบ Income-related universal benefits ของ OECD (OECD, 2011) ภายใต้เงื่อนไขว่าผู้รับสิทธิประโยชน์จะต้องเป็นประชาชนของประเทศออสเตรเลีย หรือเทียบเท่าประชาชนของออสเตรเลียตามกฎหมายและ พำนักอยู่ในประเทศออสเตรเลีย โดยเป็นผู้ต้องการบริการและคำแนะนำอย่างถาวร(อย่างน้อย 6 เดือน) เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านร่างกาย สุขภาพจิต มีความผิดปกติด้านการรับรู้หรือการทำงานทางสมอง

ประเทศออสเตรเลีย มีการจัดการระบบสุขภาพและสังคม โดยใช้หลักการ 2 ประการ คือ การดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบประกันสังคมที่ได้รับการดูแลโดยรัฐบาลกลาง ส่วนการเงินและการบริหารจัดการได้รับการดูแลโดยองค์กรประกันสุขภาพที่ปกครองตนเองทั้งในระดับส่วนกลางและระดับภาค รัฐบาลระดับภาคดูแลในการวางแผน เป็นผู้จัดการและออกค่าใช้จ่ายร่วมกับโรงพยาบาล การจ่ายค่าชดเชยให้กับความพิการ การดูแลทางสังคมและการดูแลระยะยาว อยู่ในส่วนความรับผิดชอบของกฎหมายและรัฐบาลทั้ง 9 ภาค ซึ่งค่าใช้จ่ายนำมาจากภาษีทั่วไปที่มีการกำหนดเกณฑ์การใช้จ่าย กล่าวคือ รัฐบาลกลาง มีหน้าที่รับผิดชอบหลักในเรื่องค่าใช้จ่ายและการออกแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุอายุ 65 ปีขึ้นไป ส่วนรัฐและเขตมีหน้าที่รับผิดชอบการวางแผนและการจัดบริการตามสถานที่ต่างๆ

ระบบการดูแลระยะยาวของประเทศออสเตรเลีย อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติการดูแลผู้สูงอายุ 1997 (the Aged Care Act 1997) และหลักการดูแลอย่างมีคุณภาพ 1997 (the Quality of Care Principles 1997) กำหนดกรอบการรับรองคุณภาพการจัดบริการดูแลและผู้ให้การดูแลที่ได้รับการอนุมัติ รัฐบาลให้การสนับสนุนการบริการดูแลโดยผ่านโปรแกรมต่างๆ การจัดระเบียบที่แตกต่างกัน เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับต่างๆของรัฐบาลในการจัดการบริการสุขภาพ บริการทางสังคมและการสนับสนุนรายได้ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลียมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของการจัดการบริการและค่าใช้จ่าย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1975 การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทางกฎหมายอย่างเป็นระบบและการเปลี่ยนแปลงนโยบายเกิดขึ้นภายใต้กลยุทธ์การปฏิรูปการดูแลผู้สูงอายุ ที่ใช้เวลามากกว่า 10 ปี จากปี ค.ศ. 1986 ถึงปี ค.ศ. 1997 นำมาซึ่งการมีกฎหมายใหม่ เรียกว่า พระราชบัญญัติการดูแลผู้สูงอายุ (the Aged Care Act 1997) เป็นกฎหมายที่ได้รับการปฏิรูปที่มุ่งเน้นการเปลี่ยนความสมดุลของการการดูแลในสถาบันสู่การดูแลในชุมชน การปรับปรุงคุณภาพของการดูแล การเพิ่มช่องทางการเข้าถึงการบริการในระดับที่เหมาะสม และการส่งเสริมการจัดการเศรษฐกิจอุตสาหกรรมอย่างยั่งยืน

2. ปัจจัยส่วนบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว

จำนวนประชากรวัยสูงอายุของประเทศออสเตรเลียเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในระหว่างปี ค.ศ. 1988 ถึง 2008 ประชากรของออสเตรเลียที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10.8 เป็นร้อยละ 13.3 และจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าในอีก 30 ปีข้างหน้า นอกจากนี้ วัยสูงอายุมีความสัมพันธ์กับความเสื่อมถอยของโครงสร้างวัยสูงอายุ การทำหน้าที่ของร่างกายลดลง รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรัง จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ความเสื่อมของร่างกายและความต้องการได้รับการดูแลตลอดไปเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุมีการใช้บริการของโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ในปี ค.ศ. 2004-2005 มีจำนวนโรงพยาบาลที่ผู้สูงอายุเข้าใช้บริการ คิดเป็น ร้อยละ 35 ของโรงพยาบาลทั้งหมด และประมาณครึ่งหนึ่งของการใช้บริการของผู้ป่วยต่อวัน อย่างไรก็ตาม การใช้เตียงของโรงพยาบาลโดยภาพรวมมีจำนวนลดลงภายใน 15 ปีที่ผ่านมา เนื่องจากเป็นผลของการลดลงของจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี ซึ่งประเทศออสเตรเลียจะมีปัญหาด้านการดูแลระยะยาวที่ให้ความสำคัญกับหน้าที่ของครอบครัวที่ควรเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลระยะยาวโดยมีรัฐสนับสนุนการดูแลดังกล่าว

สถานะทางคลินิก

จากการศึกษา พบว่า จำนวนผู้ป่วยสูงอายุที่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะเพศหญิง ผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ ผู้ป่วยสมองเสื่อม ทั้งที่อยู่ที่บ้านของตนเองในชุมชน ในสถานบริบาล (nursing home) รวมทั้งสถานฟื้นฟู (rehabilitation) เครื่องมือที่ช่วยคัดบุคคลที่มีสิทธิได้รับสิทธิประโยชน์จากกองทุนผู้สูงอายุ ได้แก่ มาตรฐาน ADL, พฤติกรรม, และความต้องการการบริการทางสุขภาพที่ซับซ้อน และกำหนดระดับความช่วยเหลือที่รัฐบาลควรจะให้เงินสมทบแก่ผู้ดูแลโดยอ้างอิงจากความต้องการโดยรวมของผู้สูงอายุ สิทธิประโยชน์ตามระดับความพึ่งพิง โดยวัดจากแบบประเมิน Resident Classification Scale ซึ่งแบ่งระดับความพึ่งพิงได้ 8 ระดับ

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วย

ระดับความต้องการการดูแลที่แตกต่างกัน การเพิ่มปริมาณความต้องการการดูแล ประเด็นเกี่ยวกับทีมการดูแล เช่น จำนวนพยาบาลที่มีทักษะการดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแล ประสิทธิภาพการดูแล เวลาที่ใช้ในการดูแล การจัดการความเสี่ยงในการดูแล รวมถึงการเพิ่มบริการด้านการปรึกษาเชิงจิตวิทยา การให้ความรู้ และบริการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ความแตกต่างพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมการดูแล ทำให้มีอิทธิพลต่อการจัดการดูแล และการดูแลเรื่องยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วย สิทธิประโยชน์ตามระดับความพึ่งพิง โดยวัดจากแบบประเมิน Resident Classification Scale ซึ่งแบ่งระดับความพึ่งพิงได้ 8 ระดับ ซึ่งจะได้รับเงินสมทบที่แตกต่างกัน โดยระดับความพึ่งพิงต่ำสุดจะไม่ได้เงินสมทบในส่วนนี้

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับครอบครัว

เนื่องจากการดูแลระยะยาวในประเทศออสเตรเลียเน้นการดูแลระยะยาวแบบไม่เป็นทางการ ภาครัฐจึงให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ครอบครัวที่ให้บริการการดูแลระยะยาวแก่บุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเน้นสิทธิประโยชน์ด้านเงินชดเชย 2 ประเภท ได้แก่

- 1) การให้สิทธิประโยชน์ด้านเงินชดเชยแก่ผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- 2) การลดหย่อนภาษีโดยไม่มีการทดสอบรายได้ แก่ผู้ที่ให้การดูแลกิจวัตรประจำวันแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในบ้านของตน

พื้นฐานทางวัฒนธรรม

ประเทศออสเตรเลียมีพื้นฐานความเชื่อในการให้ความสำคัญกับกลุ่มที่มีความจำเพาะพิเศษ ดังนั้นในการจัดตั้งชุดสิทธิประโยชน์ใดๆ มักจะมีการให้ความสำคัญกับกลุ่มคนเหล่านี้เป็นกลุ่มแรก ได้แก่ กลุ่มชนเผ่าพื้นเมือง ทหารผ่านศึก หญิงหม้ายและหญิงหม้ายจากการเสียชีวิตเนื่องจากสงคราม ในการจัดระบบการดูแลระยะยาวก็เช่นกัน มีการให้เงินรายได้สมทบแก่ผู้ดูแลระยะยาวแก่คนกลุ่มนี้

3. โครงสร้างระบบบริการ

ปัจจัยโครงสร้างและกระบวนการของการดูแล

โครงสร้างการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะยาวแบ่งเป็น

- 1) **สถานบริการ** ได้แก่ การดูแลในสถาบัน (สถานบริบาล) และการดูแลที่บ้านหรือในชุมชน
- 2) **อัตรากำลังของบุคลากรในการดูแลระยะยาว** การใช้อัตรากำลังของบุคลากรต่อผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับระดับของการดูแล 7 ระดับ ในประเทศออสเตรเลีย แบ่งเขตการดูแล เป็น 9 ภาค ในแต่ละภาค มีการจัดอัตรากำลังแตกต่างกันเล็กน้อย ตัวอย่างการจัดอัตรากำลัง ได้แก่ ตารางที่ 10.1

ตารางที่ 10.1 อัตรากำลังและโครงสร้างบุคลากรในสถานบริการผู้สูงอายุ

	ระดับความต้องการการดูแล	อัตรากำลัง	โครงสร้างของบุคลากร
ตอนล่าง	ระดับ 1 (ต่ำสุด)	1:20	45% พยาบาลประจำการ
	ระดับ 3 (ปานกลาง)	1:10	55% ผู้ช่วยพยาบาล
	ระดับ 7 (สูงสุด)	1:1.4	
ตอนบน	ระดับ 1 (ต่ำสุด)	1:24	20% พยาบาลประจำการ
	ระดับ 3 (ปานกลาง)	1:4	50% พยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุ
	ระดับ 7 (สูงสุด)	1:1.5	30% ผู้ช่วยพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุ
Styria	ระดับ 1 (ต่ำสุด)	1:12	20% พยาบาลประจำการ
	ระดับ 3 (ปานกลาง)	1:4	60% ผู้ช่วยพยาบาล/ที่ดูแลผู้สูงอายุ

	ระดับความต้องการการดูแล	อัตรากำลัง	โครงสร้างของบุคลากร
Tyrol	ระดับ 7 (สูงสุด)	1:2	20% อื่นๆ
	ระดับ 1 (ต่ำสุด)	1:10	ไม่ระบุ
	ระดับ 3 (ปานกลาง)	1:3	
	ระดับ 7 (สูงสุด)	1:1.9	
	กลางคืน	2.75-3.2	บุคลากร ต่อ ผู้สูงอายุ 30 คน
Vienna	ระดับ 1 (ต่ำสุด)	1:20	40% พยาบาลประจำการ
	ระดับ 3 (ปานกลาง)	1:2	45% ผู้ช่วยพยาบาล
	ระดับ 7 (สูงสุด)	1:1	15% ผู้ช่วยเหลือที่บ้าน

ที่มา: ปรับปรุงจาก Riess et al. (2007)

ในสถานบริการหรือสถานบริบาล มีบุคลากรที่ทำงานในการดูแลระยะยาว (LTC workers) 45 คน ต่อ ผู้สูงอายุ 1,000 คน ในขณะที่การดูแลที่บ้าน มีบุคลากรที่ทำงานในการดูแลระยะยาว 25 คน และคาดว่าจะความต้องการบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพิ่มขึ้นร้อยละ 140 ในปี ค.ศ.2050

3) ประเภทของผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลตามสถานที่พักอาศัย (residences) ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ เช่น พยาบาล แพทย์ ผู้ช่วยพยาบาล เป็นต้น

4) การจัดการองค์กร การจัดการความรู้ การถ่ายทอดความรู้ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การพัฒนาระบบเครือข่ายการดูแล ระบบกฎหมาย การพัฒนาคุณภาพ

5) การจัดการทางการเงิน ค่าใช้จ่ายการดูแล ได้แก่ การประกันสังคม การจ่ายเมื่อได้รับบริการ

6) กระบวนการดูแล กระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วย การจัดทำกรอบการดูแล 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

6.1) กรอบความต้องการการดูแล ประเมินโดยแพทย์และพยาบาล ใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living) และใช้แบบประเมินกิจวัตรประจำวันแบบต่อเนื่อง (instrumental activities of daily living) แบ่งความต้องการเป็น 7 ระดับ สิทธิประโยชน์จ่ายตามระดับการดูแล

6.2) กรอบของบริการการดูแลระยะยาว

6.3) กรอบของความต้องการบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ

นอกจากนี้อาจแบ่งกระบวนการการดูแล ได้แก่

- 1) การจัดระบบการดูแลโดยใช้แนวปฏิบัติการดูแล ทีมการประเมินสุขภาพ การจัดการรายการณี
- 2) การจัดระบบสุขภาพและนโยบายสุขภาพสำหรับผู้ป่วย
- 3) การพัฒนาเทคโนโลยี เช่น การประเมินความเสี่ยงทางการเงิน การประเมินความเสี่ยงทางสุขภาพ ความปลอดภัย

4. กระบวนการให้บริการร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

คุณภาพของการดูแลระยะยาวของประเทศออสเตรเลีย ได้ปรับตามโครงการพัฒนาความร่วมมือทางเศรษฐกิจ (The Organisation for Economic Cooperation and Development-OECD, 2005) แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

- 1) สถานบริการที่ได้มาตรฐานและการกำกับดูแลโดยองค์กร เช่น ผู้กำกับกฎระเบียบและผู้ซื้อ
- 2) การเพิ่มพูนความรู้ของบุคลากรและข้อตกลงทางวิชาชีพนำมาสู่การปรับปรุงคุณภาพ และ
- 3) การให้ข้อมูลผู้บริโภคและการแข่งขันทางการตลาดที่เพิ่มขึ้น

มาตรฐานการรับรองคุณภาพของการดูแลและคุณภาพชีวิต

ในประเทศออสเตรเลีย การกำหนดมาตรฐานการรับรองคุณภาพของการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้พักอาศัยในการดูแลระยะยาว ซึ่งปรากฏอยู่ในหลักการดูแลอย่างมีคุณภาพ 2014 ประกอบด้วยเนื้อหาเกี่ยวกับค่านิยมศัพท์ของการบริการ ผู้ใช้บริการ ผู้ให้บริการ ประเภทของการบริการ มาตรฐานของการคุณภาพการดูแลตามการบริการประเภทต่างๆ เช่น การบริการสำหรับผู้พักอาศัย การบริการที่บ้าน เป็นต้น ความรับผิดชอบของผู้ให้บริการ

มาตรฐานการรับรองคุณภาพของการดูแลและคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

- 1) การจัดการระบบ การพัฒนาบุคลากรและองค์กร
- 2) การดูแลสุขภาพและการดูแลส่วนบุคคล
- 3) การดูแลวิถีชีวิตของผู้ใช้บริการและบุคลากร
- 4) ระบบความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

ในแต่ละส่วน ประกอบด้วยตัวชี้วัด รวมทั้งหมด 44 ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ที่คาดหวัง ตัวอย่างเช่น

ส่วนที่ 1 การจัดการระบบ การพัฒนาบุคลากรและองค์กร (Management systems, staffing and organizational development) เพื่อจัดการดูแลสำหรับผู้พักอาศัยหรือผู้สูงอายุ ซึ่งคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้แทนของผู้สูงอายุ บุคลากรและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย 9 ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่

1. การปรับปรุงต่อเนื่อง มีผลลัพธ์ คือ องค์กรได้จัดทำปรับปรุงการดูแลอย่างต่อเนื่อง
2. ความร่วมมือกับกฎหมาย มีผลลัพธ์ คือ การจัดการองค์กรมีระบบที่ระบุการร่วมมือกับกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ข้อบังคับ มาตรฐานและแนวทางการดูแลแบบวิชาชีพ
3. การศึกษาและการพัฒนาบุคลากร มีผลลัพธ์ คือ การจัดการและบุคลากรมีความรู้และทักษะที่แสดงถึงความสามารถตามบทบาทอย่างมีประสิทธิภาพ

4. การให้คำแนะนำและข้อคิดเห็น มีผลลัพธ์ คือ ผู้รับบริการรายบุคคลหรือผู้แทนและบุคคลอื่นที่สนใจ สามารถเข้าถึงกลไกภายในและภายนอกในการแจ้งข้อคิดเห็นหรือคำแนะนำ
5. การวางแผนและภาวะผู้นำ มีผลลัพธ์ คือ องค์กรมีข้อมูลเอกสารที่แสดงถึงวิสัยทัศน์ ค่านิยม ปรัชญา วัตถุประสงค์และพันธะสัญญาของการดูแลผู้พักอาศัย ให้ได้รับการบริการที่มีคุณภาพ
6. การจัดการฝ่ายบุคลากร มีผลลัพธ์ คือ ความเพียงพอของทีมสุขภาพที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ มีการบริการที่ได้ตามมาตรฐานการดูแล มีปรัชญาและวัตถุประสงค์ของบริการการดูแลผู้สูงอายุ
7. สิ่งของและเครื่องมือ มีผลลัพธ์ คือ มีคลังพัสดุสำหรับเก็บสิ่งของสินค้าและเครื่องมืออย่างเหมาะสมสำหรับการให้บริการดูแล
8. ระบบข้อมูล มีผลลัพธ์ คือ มีระบบการจัดการเก็บข้อมูลอย่างมีประสิทธิภาพ
9. บริการภายนอก มีผลลัพธ์ คือ แหล่งบริการภายนอกได้จัดไว้สำหรับความต้องการบริการการดูแลและมีเป้าหมายที่มีคุณภาพ

ส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพและการดูแลส่วนบุคคล (Health and personal care) เป็นมาตรฐานการดูแลที่ส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในลักษณะเป็นหุ่นส่วนระหว่างผู้สูงอายุและทีมสุขภาพ ประกอบด้วย 17 ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่ ข้อ 1-3 เหมือนในส่วนที่ 1 ส่วนที่เพิ่มเติม คือ ตัวชี้วัดที่ 4-17 ได้แก่

4. การดูแลทางคลินิก มีผลลัพธ์ คือ ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่เหมาะสม
5. ความต้องการการพยาบาลเฉพาะทาง มีผลลัพธ์ คือ การระบุความต้องการการพยาบาลเฉพาะทางสำหรับผู้รับบริการ และได้รับการจากทีมพยาบาลที่ได้รับการรับรอง
6. บริการสุขภาพที่เกี่ยวข้อง มีผลลัพธ์ คือ ผู้รับบริการได้รับการส่งต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการและความพอใจของผู้รับบริการ
7. การจัดการดูแลเกี่ยวกับการได้รับยา มีผลลัพธ์ คือ ผู้รับบริการได้รับยาอย่างปลอดภัยและถูกต้อง
8. การจัดการความเจ็บปวด มีผลลัพธ์ คือ ผู้รับบริการทุกคนไม่มีความเจ็บปวด
9. การดูแลประคับประคอง/ระยะสุดท้าย มีผลลัพธ์ คือ การจัดให้ผู้รับบริการมีความสุขสบาย และมีศักดิ์ศรีตลอดระยะการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย
10. สารน้ำและอาหาร มีผลลัพธ์ คือ ผู้รับบริการได้รับคุณค่าสารอาหารและน้ำอย่างพอเพียง
11. การดูแลผิวหนัง มีผลลัพธ์ คือ การดูแลระบบผิวหนังเช่นเดียวกับการดูแลสุขภาพทั่วไป
12. การจัดการการขับถ่าย มีผลลัพธ์ คือ การจัดการการขับถ่ายของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

- 13.การจัดการพฤติกรรม มีผลลัพธ์ คือ การจัดการดูแลพฤติกรรมที่น่าทำหายอย่างมีประสิทธิภาพ
- 14.การเคลื่อนไหว ความคล่องแคล่วและการฟื้นฟูสภาพ มีผลลัพธ์ คือ ผู้รับบริการได้รับการดูแลเกี่ยวกับระดับการเคลื่อนไหวที่มากที่สุด
- 15.การดูแลสุขภาพปากและฟัน มีผลลัพธ์ คือ การจัดการดูแลรักษาสุขภาพปากและฟันของผู้รับบริการ
- 16.การสูญเสียประสาทรับความรู้สึก มีผลลัพธ์ คือ การระบุงการสูญเสียประสาทรับความรู้สึกและการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ
- 17.การนอนหลับ มีผลลัพธ์ คือ ผู้รับบริการสามารถมีแบบแผนการนอนหลับอย่างเป็นธรรมชาติ

ส่วนที่ 3 การดูแลวิถีชีวิตสิ่งแวดล้อมของผู้พักอาศัยและระบบความปลอดภัย (Residential lifestyle Physical environment and safe systems) เป็นมาตรฐานที่ผู้รับบริการได้รับสิทธิ์ของผู้บริโภคตามกฎหมาย ตามส่วนบุคคล ตามความเป็นพลเมืองและได้รับการช่วยเหลือตามวิถีชีวิตภายในการบริการในสถานพักอาศัยและในชุมชน ประกอบด้วย 10 ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่ ข้อ 1-3 เหมือนในส่วนที่ 1 ส่วนที่เพิ่มเติม คือ ตัวชี้วัดที่ 4-10 ได้แก่

4. การสนับสนุนทางอารมณ์ มีผลลัพธ์ คือ ผู้พักอาศัยแต่ละรายได้รับการสนับสนุนในการปรับตัวในชีวิตต่อสิ่งแวดล้อมใหม่ๆและสิ่งพื้นฐาน
5. ความเป็นอิสระ มีผลลัพธ์ คือ ผู้พักอาศัยได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้มีความเป็นอิสระ รักษา มิตรภาพและเข้ามีส่วนร่วมทั้งภายในและภายนอกการบริการดูแลสำหรับผู้พักอาศัย
6. ความเป็นส่วนตัวและมีศักดิ์ศรี มีผลลัพธ์ คือ สิทธิ์ของผู้พักอาศัยแต่ละรายในเรื่องความเป็นส่วนตัว ความมีศักดิ์ศรีและความลับ ได้รับการยอมรับและให้เกียรติ
7. งานอดิเรกและกิจกรรมที่สนใจ มีผลลัพธ์ คือ ผู้พักอาศัยได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้เข้ามีส่วนร่วมในกิจกรรมหลากหลายที่ตนเองสนใจ
8. วัฒนธรรมและชีวิตจิตวิญญาณ มีผลลัพธ์ คือ การให้คุณค่าแก่ความสนใจส่วนบุคคล ประเพณี ความเชื่อและวัฒนธรรมและพันธุมิหลัง
9. ทางเลือกและการตัดสินใจ มีผลลัพธ์ คือ ผู้พักอาศัยสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรับบริการ สามารถมีทางเลือกและควบคุมวิถีชีวิตของตนเองได้โดยไม่ละเมิดสิทธิ์ของผู้อื่น
10. สิทธิในการครอบครองความมั่นคงและความรับผิดชอบ มีผลลัพธ์ คือ ผู้พักอาศัยมีความปลอดภัย มั่นคงในการรับบริการดูแลและเข้าใจสิทธิและความรับผิดชอบ

ส่วนที่ 4 ระบบความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เป็นมาตรฐานที่เกี่ยวข้องกับการอาศัยอยู่ของผู้รับบริการในสถานที่ที่มีความปลอดภัยและสภาพแวดล้อมที่สะดวกสบาย สามารถมีคุณภาพชีวิต

และสวัสดิภาพความเป็นอยู่ที่ดีสำหรับผู้รับบริการ ทีมการดูแลและผู้มาเยี่ยม ประกอบด้วย 8 ตัวชี้วัดและผลลัพธ์ที่คาดหวัง ได้แก่ ข้อ 1-3 เหมือนในส่วนที่ 1 ส่วนที่เพิ่มเติม คือ ตัวชี้วัดที่ 4-8 ได้แก่

4. สิ่งแวดล้อมการอยู่อาศัย มีผลลัพธ์ คือ การจัดการบริการการดูแลผู้พักอาศัย ให้มีสภาพแวดล้อมที่มีความปลอดภัยและสุขสบาย สอดคล้องกับความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ

5. สุขภาพทางอาชีพและความปลอดภัย มีผลลัพธ์ คือ การจัดการบริการการดูแลให้อยู่ในสภาพแวดล้อมการทำงานที่ปลอดภัยและเป็นไปตามกฎระเบียบ

6. ไฟไหม้ การเฝ้าระวังความปลอดภัยและเหตุฉุกเฉินอื่นๆ มีผลลัพธ์ คือ การจัดการและบุคลากร ให้เป็นระบบสิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัย ลดความเสี่ยงต่อการเกิดไฟไหม้ ให้มีความมั่นคงปลอดภัย และลดความเสี่ยงฉุกเฉิน

7. การควบคุมการติดเชื้อ มีผลลัพธ์ คือ จัดโปรแกรมการควบคุมการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ

8. การประกอบอาหาร บริการทำความสะอาดและซักล้าง มีผลลัพธ์ คือ การจัดการบริการที่มีน้ำใจ ในการส่งเสริมการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการและสภาพแวดล้อมการทำงานของทีมสุขภาพ

5. ผลลัพธ์ของการดูแลทั้งด้านความพึงพอใจและต่อคุณภาพชีวิต

ความพึงพอใจกับการดูแลสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมของการดูแลระยะยาว พบว่าเน้นที่ความสัมพันธ์ของการรับเข้าทำงานและการคงอยู่ในงานของบุคลากรทางการพยาบาล เช่น ความพึงพอใจในงาน และเจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีรายงานการวิจัยเสนอแนะว่าความพึงพอใจในงานเป็นประเด็นที่ซับซ้อนสำหรับพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว สำหรับการคงอยู่ในงานการดูแลระยะยาวของพยาบาลที่มีคุณสมบัติเหมาะสม พบว่าร้อยละ 90 ของพยาบาลที่ยังคงอยู่ในงานการพยาบาลผู้สูงอายุระยะยาว มีความพอใจ รู้สึกสนุกกับการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว มีเพียงร้อยละ 58 ของพยาบาลที่มีความตั้งใจจะทำงานพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต่อไป (Pesiah, 1991) สอดคล้องกับอีกการศึกษาหนึ่ง พบว่า ถึงแม้พยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 86 มีความพึงพอใจกับงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แต่กลุ่มตัวอย่างได้รายงานเกี่ยวกับอุปสรรคทางจริยธรรมของทีมพยาบาล ที่มีต่อการรับเข้าทำงานและการคงอยู่ในงานของบุคลากรทางการพยาบาล (Fischer & Cummings, 1991) นอกจากนั้น การศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ชี้ให้เห็นว่า แรงจูงใจภายในและภายนอกรวมทั้งปัจจัยทางสุขอนามัยในสภาพแวดล้อมของการทำงานมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน การรับเข้าทำงานและการคงอยู่ในงานของบุคลากรทางการพยาบาล (Carr & Kazanowski, 1994) ปัจจัยต่าง ๆ ที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน การรับเข้าทำงานและการคงอยู่ในงาน ได้แก่ ความยืดหยุ่นของตารางการทำงาน สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีอำนาจของตัวเอง ทีมการทำงานและจำนวนของงานเอกสาร

สำหรับงานวิจัยเชิงคุณภาพโดยใช้วิธีการสนทนากลุ่ม ศึกษาเกี่ยวกับความพึงพอใจในงานตามประสบการณ์การทำงานของพยาบาลวิชาชีพและทีมการดูแลที่ไม่ใช่วิชาชีพ พบประเด็นที่เกี่ยวกับการส่งเสริม

ความพึงพอใจในงาน ได้แก่ ความสะดวกสบายของสถานที่ทำงาน การติดต่อกับผู้พักอาศัย การได้รับความรู้สึกยอมรับจากผู้พักอาศัยและการได้ทำงานกับทีมการทำงานที่ดี และผลการวิจัยแสดงถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับความไม่พึงพอใจในงาน ได้แก่ ความจำกัดของเวลาและหน้าที่การทำงานที่เร่งรัดซึ่งทำให้การติดต่อกับผู้พักอาศัยมีข้อจำกัด โดยไม่มีเวลาเพียงพอในการติดต่อ รวมทั้งความตึงเครียดในสถานที่ทำงานและการทำงานล่วงเวลา (Moyle, Skinner, Rowe, and Gork, 2003) ต่อมาได้มีการศึกษาประสบการณ์การทำงานของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ได้รับอิทธิพลจากการปฏิรูปนโยบายรัฐบาลและกฎหมายที่ปรับปรุงแล้ว โดยการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งที่ทำงานในภาครัฐบาลและในองค์กรสาธารณกุศล พื้นที่เขตเมือง ประเทศออสเตรเลีย จำนวน 14 คน พยาบาลวิชาชีพที่ให้ข้อมูลเหล่านี้ บางคนเป็นผู้ทำหน้าที่ในทางคลินิก เป็นผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ช่วยผู้บริหาร การพยาบาลและเป็นผู้บริหารการพยาบาล โดยมีประสบการณ์การทำงานพยาบาลอยู่ระหว่าง 5-30 ปี วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยมีการบันทึกเทปและการถอดเทปแบบคำต่อคำ ระยะเวลาสัมภาษณ์นาน 1-2.5 ชั่วโมง จำนวน 2 ครั้ง ผลการศึกษา พบว่า ผู้ให้ข้อมูลรายงานประสบการณ์ทำงานนี้ให้คุณค่าทั้งทางด้านส่วนตัวและคุณค่าทางด้านวิชาชีพ โดยได้รับความพึงพอใจและรู้สึกเป็นรางวัลในการปฏิบัติงานทุกวัน เนื่องจากการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุและทำให้เกิดคุณภาพชีวิต ผู้ให้ข้อมูลสามารถพัฒนาทักษะและความคิดสร้างสรรค์ในการดูแลผู้สูงอายุ ในขณะเดียวกัน ได้รายงานถึงภาพพจน์และความเชื่อด้านลบของการดูแลผู้สูงอายุที่สะท้อนในสังคมและการเมือง เนื่องจากภาพพจน์และความคิดด้านลบในการดูแลผู้สูงอายุที่แสดงออกตามสื่อของสังคมและการเมือง ทำให้ขาดแคลนพยาบาลและไม่สามารถทำให้พยาบาลอยู่ในงานการดูแลผู้สูงอายุได้ (Venturato, Kellett and Windsor, 2006)

6. กลไกในการกำกับมาตรฐาน

ตาม พรบ.การดูแลผู้สูงอายุ 2007 กำหนดระเบียบหลักการและการเงินของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและหลักการดูแลอย่างมีคุณภาพ 2014 กำหนดความรับผิดชอบของผู้ให้การดูแลที่ได้รับการรับรองในการจัดให้การดูแลและการบริการสำหรับการดูแลในสถานบริการและที่บ้าน ดังนี้

- 1) ระบุการดูแลและการบริการโดยผู้ให้การดูแลที่ได้รับการรับรองในการดูแลผู้พักอาศัย
- 2) กำหนดมาตรฐานการรับรองคุณภาพซึ่งสอดคล้องกับการบริการการดูแลผู้พักอาศัย
- 3) ระบุการดูแลและการบริการโดยผู้ให้การดูแลที่ได้รับการรับรองในการดูแลที่บ้าน
- 4) กำหนดมาตรฐานการรับรองคุณภาพการดูแลที่บ้านซึ่งสอดคล้องกับผู้ดูแลที่บ้าน

การรับรองคุณภาพ

การรับรองคุณภาพการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุมีวัตถุประสงค์ ดังนี้

- 1) ส่งเสริมคุณภาพของการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้พักอาศัย
- 2) จัดการป้องกันสุขภาพ ความปลอดภัยและความผาสุกของผู้พักอาศัย
- 3) ส่งเสริมการปรับปรุงคุณภาพการดูแล

วัตถุประสงค์ของกิจกรรมการประเมินการรับรองคุณภาพ ควรเป็น

- 1) การวัดความสามารถการแสดงออกตามมาตรฐานการรับรอง
- 2) ตรวจสอบความถูกต้องขององค์ความรู้ของการรับรองคุณภาพ
- 3) ระบุและแสดงความแตกต่างจากมาตรฐานในลักษณะต่างๆ
- 4) ระบุและและให้การรักษากลุ่มที่ไม่ร่วมมือหรือด้านการรักษาอย่างเหมาะสม
- 5) ลดการมองข้ามการรักษาของกลุ่มไม่ร่วมมือหรือด้านการรักษาโดยการประเมินเป็นระยะ
- 6) ส่งเสริมการปรับปรุงคุณภาพการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้พักอาศัยอย่างต่อเนื่อง

การมีพระราชบัญญัติการดูแลผู้สูงอายุ ค.ศ. 2007 ทำให้การบริการผู้สูงอายุนานาชาติทุกรูปแบบ จำเป็นต้องได้รับการประเมินเพื่อให้ได้รับการรับรองคุณภาพการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการกำกับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล (nursing home) จำเป็นต้องมีการบริการดูแลที่มีคุณภาพ โดยกำหนดการประเมินบุคลากรที่ได้รับการรับรองเพื่อให้ได้รับการสนับสนุนค่าใช้จ่ายการดูแลจากรัฐบาล

องค์กรที่เกี่ยวข้องในการกำกับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ

การกำกับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุได้รับงบประมาณและกำหนดทางกฎหมายจากภาครัฐบาลกลาง และองค์กรที่ไม่ใช่รัฐบาล โดยมีสัดส่วน ร้อยละ 60 มาจากองค์กรไม่หวังผลกำไร เช่น องค์กรทางศาสนา และสาธารณกุศล ส่วนอีกร้อยละ 35 มาจากองค์กรภาคเอกชน รัฐบาลแต่ละรัฐและส่วนท้องถิ่นไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดการบริการที่สำคัญ อาจมีการให้บริการในส่วนเล็กๆและมีจำนวนน้อย รัฐบาลกลางจึงมีบทบาทสำคัญในการจัดให้การบริการดูแลผู้พักอาศัยที่เป็นผู้สูงอายุ และจัดกรอบความต้องการพื้นฐานตามสถานบริการที่รัฐบาลกลางจัดให้และกำกับดูแลคุณภาพ เช่นเดียวกับการจัดการบริการในชุมชน การกำหนดกรอบความต้องการพื้นฐานของสถานบริการส่งเสริมให้มีผลลัพธ์ที่มีคุณภาพสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแลโดยการสนับสนุนอย่างกว้างขวางและให้มีการเข้าถึงบริการอย่างสม่ำเสมอ

รัฐบาลกลางได้กำหนดพระราชบัญญัติการดูแลผู้สูงอายุ 1997 ซึ่งมีวัตถุประสงค์หลักที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้มีการดูแลที่มีคุณภาพระดับสูงและการพักอาศัยในสถานที่ที่ได้รับการรับรองคุณภาพ โดยจัดให้มีการกรอบของกฎหมายสำหรับการจัดสรรกองทุน กำหนดระเบียบการกำกับดูแลและการรับรองคุณภาพการดูแลการบริการผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีกรอบการรับรองคุณภาพการบริการระดับชาติ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ มีประกาศนียบัตร/วุฒิบัตร การรับรองบริการที่บ้าน ปรับปรุงการบริการอย่างต่อเนื่องและตรวจสอบการร้องเรียนของผู้มีสิทธิใช้บริการ ดังภาพที่ 10.1

ระดับการจัดการกำกับคุณภาพและมาตรฐานการดูแล มีดังนี้

1) ความจำเป็นแรกเข้าที่ผู้ให้บริการจะต้องได้รับการรับรองในการให้บริการการดูแลที่ได้รับการอุดหนุน (subsidized care) บริหารโดยกระทรวงสุขภาพและผู้สูงอายุ รัฐบาลออสเตรเลีย (Australian government Department of Health and Ageing: ADoHA) ไม่ค่อยเน้นที่คุณภาพแต่เน้นที่การดูแล

คุณสมบัติและประเด็นทางความน่าเชื่อถือของผู้ดำเนินการ ได้แก่ ประวัติทางอาชญากรรมและประวัติการเงิน เป็นต้น

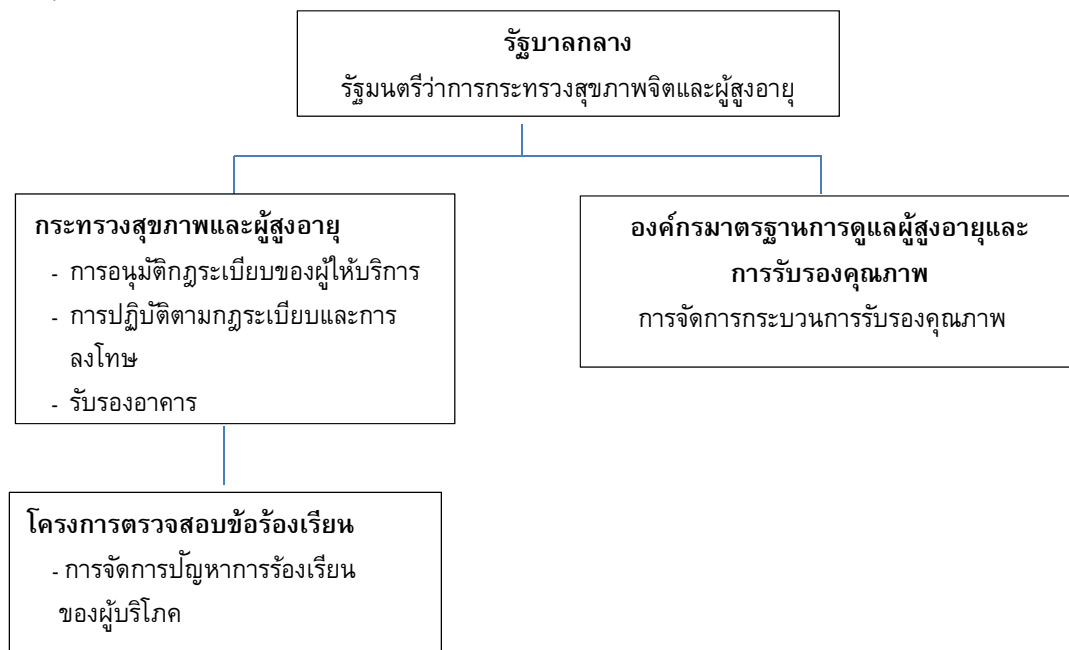
2) กระบวนการรับรองคุณภาพเบื้องต้น ประเมินโดย องค์กรรับรองมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรองคุณภาพ (Aged Care Standard and Accreditation Agency: ACSAA) เป็นองค์กรอิสระที่ ประเมินกับมาตรฐานที่กำหนดเพื่อตรวจสอบว่าผู้ให้บริการมีกระบวนการและระบบที่จะให้การดูแลอย่าง เพียงพอ

3) การตรวจสอบมาตรฐานการรับรองอย่างต่อเนื่อง ประเมินโดยองค์กรรับรองมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุและการรับรองคุณภาพเช่นกัน โดยไม่ได้เป็นการประเมินเพียงครั้งเดียว แต่จัดให้มีการตรวจสอบ การร้องเรียนอย่างต่อเนื่องผ่านการเยี่ยมทั้งแบบแจ้งล่วงหน้าและไม่แจ้งล่วงหน้า (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง) และ ทบทวนการบริหารจัดการและข้อมูลอื่นๆ

4) หน่วยตรวจสอบข้อร้องเรียนระดับชาติ เป็นการพิจารณาข้อตระหนักของแต่ละบุคคลของ ผู้รับบริการหรือผู้แทน

5) กิจกรรมการร่วมมือในการดูแลคุณภาพ ดำเนินการโดยกระทรวงสุขภาพและผู้สูงอายุ ออสเตรเลีย เพื่อตอบสนองต่อข้อมูลจากองค์กรรับรองมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุและการรับรองคุณภาพและ จากโครงการตรวจสอบข้อร้องเรียน

6) การริเริ่มอื่น ๆ รวมทั้งการสนับสนุนจากรัฐบาลและการสนับสนุนการบริการ และโครงการผู้ เข้าเยี่ยมชุมชน



ภาพที่ 10.1 องค์กรการกำกับมาตรฐานและการรับรองคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ

ที่มา: Gray, Cullen, and Lomas (2014): 157

บทที่ 11

มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวประเทศนิวซีแลนด์

1. บทนำ

ประเทศนิวซีแลนด์มีการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและพิการ จัดอยู่ในรูปแบบ Mixed System แบบ Mix of universal and means-tested ของ OECD (OECD, 2011) ระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal) สำหรับประชาชนทุกกลุ่มวัย การดูแลระยะยาวเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพทั่วไป มีการทดสอบรายได้ โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบ คือ คณะกรรมการบริหารส่วนชุมชน (District Health Boards -DHBs) ซึ่งดูแลเกี่ยวกับการได้รับการรักษาในสถานที่ เช่น โรงพยาบาล หรือบ้านพัก รวมทั้งการประเมินความต้องการ ผู้พักอาศัยถาวรทุกคน มีสิทธิ์ในการรับการบริการแต่เกณฑ์ในการเข้ารับบริการที่เกิดขึ้น และเกณฑ์นี้เกี่ยวข้องกับวิธีการประเมินที่จะตัดสินคุณสมบัติของแต่ละบุคคล ไม่ได้ครอบคลุมถึงเกณฑ์การพิจารณาครอบครัว การประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ จัดทำโดยหน่วยงาน the Needs Assessment Service Co-ordination agency (NASC)

กองทุนการดูแลระยะยาวสาธารณะรวมทั้งการสนับสนุนชุมชน และการดูแลผู้พักอาศัยที่เป็นผู้สูงอายุ ซึ่งการดูแลสำหรับผู้พักอาศัยที่เป็นผู้สูงอายุ หมายถึง การดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลเฉพาะทาง เช่น โรงพยาบาลจิตเวช หน่วยการดูแลพิเศษ เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อมและบ้านพักสำหรับผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยส่วนบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อม

จำนวนประชากรวัยสูงอายุของประเทศนิวซีแลนด์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เนื่องจากผลของช่วงอายุที่เรียกว่ายุค Baby-boom ระหว่างปี ค.ศ. 1946-1966 และการได้รับผลประโยชน์จากช่วงอายุที่ยืนยาว ทำให้ความต้องการด้านการดูแลระยะยาวมีความจำเป็นและเป็นที่ต้องการเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณาโครงสร้างของประชากรสูงอายุในประเทศนิวซีแลนด์แบ่งตามกลุ่มอายุและเพศ จะเห็นได้ว่าการเจริญเติบโตเช่นเดียวกับโครงสร้างประชากรสูงอายุในประเทศที่พัฒนาแล้ว กล่าวคือ ในการประเมินจำนวนประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้น อัตราการเกิดลดลง เนื่องจากสาเหตุการตายลดลง และสังคมมีความรู้ในการดูแลรักษาทางการแพทย์ก้าวหน้ามากขึ้น เป็นผลทำให้จำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นมีอายุยืนยาวมากขึ้น (Khawaja & Boddington, 2010) ตามสถิติของประเทศนิวซีแลนด์ มีการคาดการณ์จำนวนประชากรอายุ 85 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนเพิ่มขึ้นจากจำนวน 76,000 ในปี ค.ศ. 2012 เพิ่มขึ้นเป็น 180,000 – 210,000 ในปี ค.ศ. 2036 และเพิ่มขึ้นเป็น 290,000-430,000 ในปี ค.ศ. 2061 (Statistics New Zealand, 2009) นำมาสู่ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น เช่น ผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 74-84 ปี มีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 16 เป็น ร้อยละ 17.7

ผู้สูงอายุที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป มีค่าใช้จ่ายทางสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 12.9 เป็นร้อยละ 15 ในปี ค.ศ. 2011 และ 2021 (New Zealand Treasury, 2003)

สถานการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว

รายงานการศึกษา กล่าวว่า ผู้สูงอายุมีการตัดสินใจเลือกที่จะอยู่ในบ้านพัก สถานที่อยู่ดูแล หรือ ในบ้านของตนเองด้วยการรับรู้ที่แตกต่างจากญาติผู้ดูแลและบุคลากรวิชาชีพ ผู้ที่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการบริการและการสนับสนุนและมีความเป็นอยู่อาศัยที่ดี มีแนวโน้มที่อยู่อาศัยในชุมชนต่อไป และยังพบว่า ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความต้องการการสื่อสารที่ชัดเจน ได้รับการบริการ การสนับสนุนช่วยเหลือในด้านข้อมูลต่างๆที่สามารถอยู่ในชุมชนได้ (Jorgensen et al., 2009) ประเภทของผู้ป่วยแบ่งตามรายได้ แบ่งได้เป็น รายได้น้อยที่สุด รายได้ปานกลาง และรายได้ปานกลางซึ่งมีความเสี่ยง ร่วมกับการดูแลระยะยาว

ผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งที่เป็นผู้ดูแลที่เป็นบุคลากรวิชาชีพและบุคลากรอื่นๆ เช่น ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน เป็นต้น จากรายงาน Household Disability Survey (2006) พบว่า ร้อยละ 59 ของผู้สูงอายุอายุ 65 ปีขึ้นไปที่มีความพิการ ได้รับการดูแลเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวันโดยผู้ดูแลทั้งที่เป็นทางการและที่ไม่เป็นทางการ เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน สมาชิกครอบครัว และร้อยละ 38 ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ เท่านั้น เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของสังคมทำให้ครอบครัวมีขนาดเล็กลง จำนวนผู้สูงอายุที่เป็นแรงงานเพิ่มขึ้น จึงทำให้จำนวนของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการมีจำนวนลดลงตามไปด้วย นอกจากนั้น สัดส่วนของบุคคลอายุ 45 – 64: 65 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นช่วงวัยของผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ มีสัดส่วนลดลง ในขณะที่ สัดส่วนของบุคคลที่มีส่วนร่วมในแรงงานของบุคคลอายุ 45 -65:75 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น (Statistics NZ, 2009)

สถานะทางคลินิก

ในประเทศนิวซีแลนด์ ได้ระบุโรคไม่ติดต่อ (Non communicable disease) 4 โรค ที่เป็นภาระของการดูแล ร้อยละ 80 คือ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวานและโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ส่วนโรคติดต่อก็มีความสำคัญเช่นกัน สาเหตุของการเสียชีวิตของชาวนิวซีแลนด์ อันดับหนึ่ง คือ โรคหลอดเลือดหัวใจ นอกจากนั้น ปัญหาสุขภาพจิตยังเป็นประเด็นสำคัญ ในกลุ่มประชากรวัยสูงอายุ ความชุกของโรคสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วย

ในอดีต บุคคลที่ได้รับค่าจ้างจะจ่ายรายได้ส่วนหนึ่งตลอดการทำงานเพื่อเป็นเงินบำนาญ จนกระทั่งเกษียณอายุงาน ประชากรกลุ่มรายได้ปานกลางจะได้รับเงินบำนาญส่วนตัวร่วมกับเงินบำนาญที่รัฐจ่ายสมทบให้ซึ่งเป็นจำนวนที่มากพอสมควร สามารถนำมาใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาลในการดูแลระยะยาวได้ดี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 เป็นต้นมา ประโยชน์ของภาษีส่วนนี้ ได้ถูกนำออกไปจากการออมทุกรูปแบบของเงินบำนาญ นำมาสู่การลดลงของการใช้ผลประโยชน์จากเงินบำนาญที่ออมไว้ช่วงมีรายได้ และได้จ่ายเป็นเงินก้อน

แทน บุคคลที่ได้รับค่าจ้างที่เกิดในยุค Baby-boom จึงไม่ได้รับการปกป้องในส่วนของเงินบำนาญส่วนนี้ การนำเงินก้อนมาใช้จึงไม่เหมาะสมเพราะไม่มีสภาพคล่องในการใช้จ่ายโดยเฉพาะการใช้จ่ายค่าที่อยู่อาศัย

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับครอบครัว

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการได้รับความช่วยเหลือทางสวัสดิการสังคมผ่านทางภาษีทั่วไป เกี่ยวกับเรื่องที่อยู่อาศัย ประกันสังคม ความรุนแรง เงินบำนาญ เป็นต้น รัฐบาลจัดที่พักอาศัยให้โดยให้เช่า ราคาเช่าบ้านหรือที่พักอาศัยขึ้นอยู่กับรายได้ของประชาชนซึ่งมีราคาถูกกว่าราคาเช่าตามราคาตลาด การประกันสังคม เช่น ผู้กำลังหางานทำ ผู้สูงอายุ (มากกว่า 65 ปีขึ้นไป) ผู้พิการ เป็นต้น เงินบำนาญและแผนการสำรองเลี้ยงชีพ ซึ่งต้องผ่านเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดไว้

พื้นฐานทางวัฒนธรรม

การดูแลสุขภาพสภาพของชาวนิวซีแลนด์มีปัจจัยทางวัฒนธรรม เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลทางบวกและลบต่อภาวะสุขภาพ ในประเทศนิวซีแลนด์มีหลากหลายเชื้อชาติ ได้แก่ เชื้อชาติยุโรป ชนเผ่าเมารี เชื้อชาติเอเชียและอื่นๆ เช่น อินเดีย เป็นต้น ความแตกต่างทางวัฒนธรรมนี้มีความสัมพันธ์กับสถานะเศรษฐกิจและส่งผลถึงความไม่เท่าเทียมกันทางภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ การจัดบริการการดูแลสุขภาพในประชากรที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรมจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องให้การดูแล โดยเฉพาะชนเผ่าเมารี ในปัจจุบัน ร้อยละ 3 ของชนเผ่าเมารีมีอายุมากกว่า 65 ปี และได้รับการดูแลระยะยาวเพียงส่วนน้อย ซึ่งเป็นการช่วยเหลือจากชุมชนและครอบครัวดั้งเดิม ซึ่งมีแนวโน้มการช่วยเหลือจากครอบครัวลดลง เนื่องจากชนเผ่าเมารีที่มีอายุน้อยใช้ชีวิตอยู่กับการเดินทางไปทำงาน นั่นคือ ผู้สูงอายุเผ่าเมารี มีความต้องการการดูแลระยะยาวที่เพิ่มขึ้น แต่อย่างไรก็ตาม ความยากลำบากของการบริการสุขภาพระยะยาวนี้ มีอุปสรรคในเรื่องของสมรรถนะทางการดูแลต่างวัฒนธรรม ประชากรเผ่าเมารีกำลังเป็นวัยสูงอายุอย่างรวดเร็วมากกว่าประชากรทั่วไป และผลของการสูงอายุเกิดเร็วในช่วงอายุน้อยๆ ดังนั้น จึงเป็นความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่ต้องการการตรวจสอบการบริการที่ตรงกับความต้องการและความพอใจของชนเผ่าเมารี และพัฒนารูปแบบการบริการที่สอดคล้องกับความต้องการของประชากรกลุ่มนี้

3. โครงสร้างและกระบวนการในการดูแล

โครงสร้างในการดูแล

การดูแลระยะยาวได้รับการบูรณาการเข้าสู่ระบบการดูแลสุขภาพ โดยทั่วไประบบการบริหารแบ่งเป็น ระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิและการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข ได้พัฒนานโยบายสำหรับภาคส่วนสุขภาพและความพิการ กระทรวงสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาหลักของรัฐบาลในเรื่องของสุขภาพและความพิการ ระบบการดูแลและกองทุนส่วนใหญ่ บริหารจัดการโดยคณะกรรมการบริหารส่วนชุมชนนั้น (District Health Board -DHBs) ทำหน้าที่ วางแผน จัดการ จัดหา ซื้อบริการสุขภาพสำหรับประชากรใน

ชุมชนนั้น เพื่อให้ประชากรได้รับการบริการอย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลระยะยาวคือ Social Security (Long-term Residential Care) Amendment Acts (2004 and 2006)

ระบบบริการการดูแลระยะยาว แบ่งเป็น 3 แบบ ได้แก่

1) การบริการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการบริการดูแลผู้สูงอายุพักอาศัยในสถานบริการและที่อยู่อาศัยที่บ้าน โดยมีการบริหารจัดการแบบบูรณาการระหว่างองค์กรเอกชนหรือองค์กรไม่มีผลประโยชน์ มีการจัดบริการสนับสนุนช่วยเหลือที่บ้านในระยะสั้นเร่งด่วนหรือระยะยาว การบริการรูปแบบนี้จัดบริการเกี่ยวกับการดูแลส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำ การจัดอาหาร การให้อาหารและการแต่งกาย รวมทั้งการช่วยเหลือที่บ้าน เช่น การทำความสะอาด การซักล้าง เป็นต้น

2) การบริการดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน อยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการบริหารส่วนชุมชน ดำเนินการจัดบริการการพยาบาลโดยทั่วไปและการพยาบาลที่เฉพาะเจาะจง ในชุมชน รวมทั้งการดูแลแผลที่ซับซ้อน การบำบัดด้วยสารน้ำ อาหาร ยา ทางสายยาง การพยาบาลผู้ป่วยเกี่ยวกับการกลืนปัสสาวะ อุจจาระ การพยาบาลผู้ป่วยที่มีลำไส้เปิดทางหน้าท้อง การดูแลประคับประคอง และการให้ออกซิเจนที่บ้าน

3) การบริการดูแลระยะยาวและการฟื้นฟู อยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการบริหารส่วนชุมชนโดยมีกองทุนสำหรับการดูแลระยะยาว ซึ่งมีการประเมินความต้องการการดูแล คำร้องของผู้สูงอายุวัยต่างๆ และการประเมินความจำเป็น ผู้รับบริการที่ผ่านการประเมิน จะได้รับการบริการการดูแลอย่างครบถ้วนรวมทั้งการดูแลด้านการรักษา

New Zealand's Outcomes Intervention Model

รูปแบบการดูแลเรียกว่า New Zealand's Outcomes Intervention Model แสดงความสัมพันธ์ระหว่าง สาเหตุ การดูแลและผลลัพธ์ ซึ่งมีพื้นฐานมาจากรูปแบบการดูแลช่วงชีวิตของบุคคล การดูแลระยะยาวโดยเฉพาะใน Nursing care setting สนับสนุนโดย Ministry of Health พัฒนาโครงการคุณภาพและความปลอดภัย เสนอเป็นนโยบายและกรอบแนวคิดการบริการผู้สูงอายุต่อรัฐบาลเพื่อให้มีการบริการในชุมชนและสถานพยาบาล รวมทั้งการพัฒนามาตรฐานการพยาบาลของนิวซีแลนด์ มาตรฐานการดูแลและการพยาบาล รวมถึงการอ้างอิงที่เฉพาะเจาะจงต่อการดูแลด้านการรักษาด้วยยาอย่างครอบคลุม และกรอบทบทวนการบริการด้านการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุในการดูแลระยะยาว

1) การเข้าถึงการดูแลภายในระบบ (Access to care within system)

การเข้าถึงบริการในระบบการดูแลสุขภาพยังเป็นปัญหา

2) การจัดองค์กรการดูแล (Organization of care)

การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว แบ่งเป็น

2.1) ในสถานบริบาลของรัฐหรือเอกชน (Nursing home)

2.2) ในสถานที่พักอาศัย (Residential Aged Care)

2.3) การดูแลที่บ้าน (Home based service)

2.4) การดูแลแบบไม่เป็นทางการโดยเพื่อนหรือครอบครัว

ในสถานที่ที่พำอาศัยมีการบริการดูแลระยะยาว เช่น การดูแลที่บ้าน การดูแลที่โรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิต

การสนับสนุนการบริการที่มีอยู่ที่เป็นทางการและ ไม่เป็นทางการ

ในระบบการดูแลเป็นการบูรณาการทั้งของรัฐบาลและเอกชน โดยกระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health) และ the Regional health authorities (RHAs) ซึ่งมีทั้งการบริการที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ เช่น การดูแลที่บ้าน อาจเป็นบริการจากภาคส่วนของรัฐบาลหรือภาคเอกชนก็ได้

ค่าใช้จ่าย

ค่าใช้จ่ายในการรักษาสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นระบบประกันจากรัฐบาล (Medicaid) หรือโปรแกรมทางสาธารณะอื่นๆ (ประกันเอกชน) ทั้งรายบุคคลและรายครอบครัว

4. กระบวนการให้บริการร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการทางเทคนิคกับผู้ป่วย

มีกระบวนการประเมินแบบผสมผสาน โดยบริการการดูแลผู้สูงอายุประจำท้องถิ่นทั้งในการรักษาและการฟื้นฟูสภาพการเจ็บป่วย

แนวทางการปฏิบัติ

ใช้การประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม (comprehensive geriatric assessment) เป็นกระบวนการรักษาแบบสหสาขาในการดูแลผู้สูงอายุด้านร่างกาย ด้านจิตใจและความสามารถในการทำหน้าที่ต่างๆ ของบุคคล เพื่อการพัฒนาแผนแบบผสมผสานสำหรับการจัดการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการดูแลมุ่งเน้นที่ทำให้บุคคลดำเนินชีวิตอย่างเป็นอิสระ

5. ผลลัพธ์ของการดูแล

ไม่พบข้อมูล

6. กลไกการควบคุมและการกำกับมาตรฐานสำหรับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ

ระบบการควบคุมและการกำกับมาตรฐานจัดทำโดยพระราชบัญญัติ (Act) กฎระเบียบ (Regulations) และมาตรฐานการปฏิบัติและการให้รหัส (Standards and Codes of Practice) องค์กรควบคุมมาตรฐาน ภายใต้การดำเนินการของกระทรวงสุขภาพ (Ministry of Health)

บทที่ 12

มาตรฐานการดูแลในสถานบริการของประเทศญี่ปุ่น

1. บทนำ

ประเทศญี่ปุ่นมีการจัดระบบการประกันการดูแลระยะยาว (Long-term care insurance) และการประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของประเทศถ้วนหน้า (UC within a single programme) แบบ Public Long term care insurance ของ OECD (OECD, 2011) โดยให้เทศบาลเป็นผู้ดำเนินการ ทั้งการประกันสุขภาพ และการดูแลระยะยาว โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัดเป็นผู้กำกับและรัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนด มาตรฐานและกลไกการจ่ายเงิน โดยเป้าหมายหลักของระบบการดูแลระยะยาวในประเทศญี่ปุ่นได้แก่ การลดภาระงานในการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวซึ่งมีผู้ดูแลหลักเป็นผู้หญิงโดยให้รัฐเข้ามามีบทบาทมากขึ้น มุ่งเน้นสิทธิประโยชน์ที่ได้รับกับการกระจายต้นทุนผ่านเบี้ยประกันและการจ่ายร่วมให้มีความโปร่งใสมากขึ้น ประสานการบริการทางการแพทย์กับบริการทางสังคมผ่านการคลังระบบของระบบการดูแลระยะยาว สร้างทางเลือก และการแข่งขันในระบบบริการเพื่อให้ผู้รับบริการมีทางเลือกที่หลากหลาย ขยายอำนาจของรัฐบาลท้องถิ่นให้มีอิสรภาพและความสามารถในการบริหารจัดการทางนโยบายสังคม

2. ปัจจัยส่วนบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อม

สภาพแวดล้อมส่วนบุคคลและสังคม

โครงสร้างประชากรประเทศญี่ปุ่นในปัจจุบัน พบว่า คนวัยทำงาน 2.6 คน รับผิดชอบผู้สูงอายุ 1 คน และในปี พ.ศ. 2603 อัตราการเกิดของประชากรลดลง โครงสร้างประชากรจะเปลี่ยนไปเป็นคนวัยทำงาน 1.2 คน ต้องรับภาระผู้สูงอายุ 1 คน ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศ โดยที่ค่าใช้จ่ายต่อหัวสำหรับคนอายุ 75 ปี ขึ้นไป อยู่ที่ 820,300 เยนต่อปี ในขณะที่คนวัยทำงานอายุ 15-44 ปี มีค่าใช้จ่ายเพียง 101,300 เยน เท่านั้น

สถานการณ์ของประเทศญี่ปุ่นจะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพาเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีภาวะหลงลืมเพิ่มมากขึ้น และแต่ละท้องถิ่นมีสถานการณ์ผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน การจัดสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุ จึงต้องมีการทบทวน และจัดสร้างระบบขึ้น ตามลักษณะพิเศษ ของแต่ละท้องถิ่น โดยยึดพื้นฐาน ความเป็นเอกเทศของสังคม และวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น เป็นสำคัญ ดังนั้นประเทศญี่ปุ่น จึงได้มีการทบทวนแผนการดูแลผู้สูงอายุ ทุก 3 ปี และได้มีการวางแผนในอนาคตให้สามารถดูแลคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ประกันตน โดยการสร้างระบบการพยาบาลดูแลระยะยาวแบบบูรณาการ ให้ครอบคลุมในท้องถิ่น โดยให้ความช่วยเหลือทั้งในด้านที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล การป้องกัน และการพยาบาลดูแลช่วยเหลือระยะยาว

สถานะทางคลินิก

ความชุกของโรคสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป อยู่ที่ประมาณร้อยละ 7.2 ในปี ค.ศ. 2000 คิดเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาดังกล่าวประมาณ 1.6 ล้านคน

ในปี ค.ศ. 2011 ร้อยละ 12.6 ของประชากรอายุมากกว่า 65 ปี ได้รับการบริการ Long-term care (LTC) โดย ร้อยละ 2.8 เป็นบริการในสถานพยาบาล (nursing home) ร้อยละ 9.8 เป็นบริการ LTC ที่บ้าน ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศในกลุ่ม Organization for Economic Co-operation and Development (OECD)

ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่มีประชากรวัย 80 ปีขึ้นไปสูงที่สุด สำหรับการคาดการณ์จำนวนประชากรในปี ค.ศ. 2050 ถึงแม้ว่าญี่ปุ่นจะประสบความสำเร็จในระบบ LTC โดยมีค่าใช้จ่ายอยู่ที่ ร้อยละ 1.2 ของ GDP ในปี ค.ศ. 2010 และคาดว่าจะสูงถึง ร้อยละ 4.4 ของ GDP ในปี ค.ศ. 2050 สำหรับการคาดการณ์โดยใช้ข้อมูลในปี ค.ศ. 2011 (Japan - A Good Life in Old Age, 2013)

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วย

โดยก่อน ปี ค.ศ. 2000 การให้บริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุมีรูปแบบการจัดบริการแบบแยกส่วน ทำให้เกิดปัญหาเรื่องประสิทธิภาพของระบบ เนื่องจากการคลังระบบบริการสุขภาพใช้รูปแบบการประกันสังคม ส่วนการคลังระบบสวัสดิการสังคมเป็นระบบภาษีโดยรัฐบาลท้องถิ่นเป็นผู้ดำเนินการ แต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมักไม่ออกไปขอรับบริการดูแลระยะยาวตามกฎหมายสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ เพราะงบประมาณที่ใช้ภาษีรัฐบาลท้องถิ่นเป็นหลักนั้นมีจำกัด จึงมักต้องมีการคัดกรองโดยดูจากรายได้ผู้สูงอายุ และจากความรู้สึกรับรู้ของครอบครัวที่ไม่อยากถูกตราหน้าว่าเป็น “ครอบครัวจน” จึงมักเข้าไปใช้บริการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลซึ่งต้นทุนการจัดบริการสูงกว่า

ปัจจุบันภายใต้กฎหมายประกันการดูแลระยะยาว(Long-term Care Insurance Act) ผู้มีสิทธิตามระบบการดูแลระยะยาวของประเทศญี่ปุ่นแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มแรก(Category I)เป็นจะผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่มีภาวะพึ่งพิง กลุ่มที่สอง (Category II) เป็นผู้ที่มีอายุ 40-65 ปี ที่มีความพิการ นอกจากนั้นยังเน้นการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันไม่ให้เกิดภาวะพึ่งพิง โดยการดำเนินการที่การเชื่อมโยงกันระหว่างบริการสุขภาพและบริการสวัสดิการสังคม

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับครอบครัว

การสร้างเสริมความเข้มแข็งในการดูแลผู้ป่วยใน เช่นการนำทรัพยากรการแพทย์ไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน โดยการเพิ่มการดูแลทางการแพทย์ตามบ้านและสร้างระบบการดูแลโดยชุมชนแบบบูรณาการ เพื่อการพัฒนาสู่สังคมที่ไม่ว่าจะอยู่ที่แห่งใด ก็สามารถรับการรักษาพยาบาลและการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมกับผู้นั้นได้

ระบบการคุ้มครองทางสังคมของประเทศญี่ปุ่นครอบคลุมประชาชนทุกคนทั้งในเรื่องบริการสุขภาพและความมั่นคงทางการเงิน ซึ่งรวมถึงการดูแลระยะยาวตลอดชีวิต โดยการคลังของระบบหลักประกันสุขภาพและระบบบำนาญของญี่ปุ่นใช้รูปแบบประกันสังคมแบบครอบครัว โดยเงินสมทบที่จ่ายจะแตกต่างกันตามรายได้และอาชีพ คนในครอบครัวจะได้รับการคุ้มครองในเรื่องสุขภาพและความมั่นคงทางรายได้ทุกคนแม้จะไม่ได้ทำงาน ผู้สูงอายุเกือบทุกคนจะมีบำนาญตลอดชีวิต มีจำนวนน้อยมากที่ต้องอาศัยการสังคมสงเคราะห์จากรัฐบาลท้องถิ่น

พื้นฐานทางวัฒนธรรม

ประเทศญี่ปุ่นมีพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมแบบอนุรักษนิยมตะวันออก ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงจากเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าในประเทศ ประเทศญี่ปุ่นก็ยังคงรักษาขนบธรรมเนียมแนวคิดทางตะวันออกไว้อย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะแนวคิดด้านความนอบน้อมต่อผู้อาวุโสและความกตัญญู จึงทำให้ระบบการดูแลระยะยาวในประเทศญี่ปุ่นมีการสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวมีโอกาสได้ดูแลผู้สูงอายุในบ้านเพื่อเป็นการส่งเสริมค่านิยมความกตัญญูในประเทศ ดังนั้นลักษณะการดูแลระยะยาวในประเทศญี่ปุ่นจึงมีแนวโน้มให้ครอบครัวมีบทบาทหลักในการดูแลรับผิดชอบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจึงมีการเน้นการดูแลในบ้านและการดูแลแบบไม่เป็นทางการ โดยรัฐจะมุ่งเน้นการสนับสนุนการดูแลระยะยาวแบบเป็นทางการ

3. โครงสร้างระบบบริการ

การเข้าถึงการดูแลภายในระบบ

เพื่อจัดการระบบ LTC ให้มีประสิทธิภาพ ประเทศญี่ปุ่นกำหนดให้เทศบาลทำหน้าที่จัดบริการ ซึ่งเป็นการประสานนโยบายด้านสุขภาพและนโยบายสวัสดิการสังคมเพื่อจัดบริการทั้งการประกันสุขภาพของผู้สูงอายุ การประกันเพื่อการดูแลระยะยาว และงานสวัสดิการสังคมอื่นเป็นภารกิจของเทศบาล

การจัดองค์กรการดูแล

กฎหมายประกันการดูแลระยะยาวกำหนดให้เทศบาลทุกแห่งต้องมีการทำแผนยุทธศาสตร์ 5 ปี ที่มีการประเมินทางคณิตศาสตร์ประกันภัยด้วยสำหรับการจัดบริการ LT ในพื้นที่รับผิดชอบโดยมีการจัดตั้ง Prefectural Federations of National Health Insurance ในระดับจังหวัดและ All Japan Prefectural Federations of National Health Insurance ระดับประเทศ ซึ่งมีเทศบาลทุกแห่งเป็นสมาชิกทำหน้าที่เป็นหน่วยงานกลางที่จะออกแนวทางให้เทศบาลทุกแห่งปฏิบัติไปในทิศทางเดียวกันและทำหน้าที่ตรวจสอบการขอเบิกจ่ายค่าบริการจากสถานบริบาลภายใต้การกำกับของ Health and Welfare for the Elderly Bureau ของกระทรวงสุขภาพ แรงงาน และสวัสดิการสังคม ซึ่งดูแลบริการ Long-term care insurance และสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวม (Tatara & Okamoto, 2009)

ภาษีสมทบจะได้จากรัฐบาลท้องถิ่นระดับจังหวัดและรัฐบาลกลางตามสูตรการจัดสรรเทศบาลเป็นผู้บริหารกองทุน ซึ่งเป็นกองทุนแบบไม่เต็มรูปแบบ (Partial Fund) กฎหมายยังบังคับให้เทศบาลต้องทำการประเมินทางคณิตศาสตร์ประกันภัยเป็นระยะเพื่อดูสถานะกองทุน และเทศบาลจะทำหน้าที่ประเมินความจำเป็นในการให้บริการดูแลระยะยาว

สถานบริบาล โรงพยาบาล และผู้ให้บริการที่บ้านและในชุมชนส่งรายการเบิกจ่ายค่าบริการ LTC ไปยัง Prefectural Federations of National Health Insurance ในระดับจังหวัด

การสนับสนุนการบริการที่มีอยู่ที่เป็นทางการ/ไม่เป็นทางการ

การดูแลอย่างเป็นทางการ

ปัจจุบัน ประเทศญี่ปุ่นมีรูปแบบการดูแลระยะยาว ที่มีความหลากหลายเพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว ซึ่งจะมีทั้งการให้บริการพยาบาลดูแลและการให้บริการป้องกันภาวะต้องบริการพยาบาลดูแล เช่น การดูแลพยาบาล/ การดูแลระยะยาว โดยการเยี่ยมบ้านตามความต้องการดูแลการดำรงชีวิตประจำวันแบบอยู่ร่วมกันเพื่อป้องกันการต้องดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม เป็นต้น ดังนี้

1) การดูแลในสถานบริการ

1.1) ศูนย์บริการกลางวัน (Day care centre) และศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation centres) การดูแลประเภทนี้ ไม่มีการรับผู้พึ่งพาไว้ค้างคืน

1.2) สถานบริบาล (Nursing home) ถือเป็นการจัดสวัสดิการสังคม สถานที่ถูกออกแบบมาให้ใกล้เคียงกับบ้าน มักมีพยาบาลและแพทย์บางช่วงเวลา และจำนวนจำกัดตามความจำเป็น

1.3) Health facilities for elders (HFE) เป็นรูปแบบการจัดบริการที่มี การจัดสถานที่คล้ายสถานบริบาล (Nursing home) แต่มีบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้นคล้าย โรงพยาบาล เพื่อลดปัญหาการใช้บริการเกินความจำเป็นในกลุ่มผู้สูงอายุ จากผลของนโยบายให้บริการสุขภาพฟรีในกลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 70 ปี หรือผู้พิการอายุ 65 ปี ขึ้นไปในปี ค.ศ. 1973 โดยทำหน้าที่เป็น Intermediate care facility ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน โดยกำหนดวันนอนไม่เกิน 3 เดือน

1.4) โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว (Long-term care hospitals) เป็นการจัดการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล ที่มีพยาบาลและแพทย์ประจำการตลอด 24 ชั่วโมง การมีสถานพยาบาลประเภทนี้ เกิดจากประวัติศาสตร์ที่การให้บริการแบบสถานบริบาลในช่วงแรกๆ มีจำกัดและคุณภาพยังไม่ดี ร่วมกับญาติของผู้สูงอายุมีความเชื่อว่าการให้ผู้สูงอายุอยู่โรงพยาบาลดีกว่าให้ไปอยู่ในสถานบริบาล ทำให้โรงพยาบาลที่ดูแลผู้สูงอายุต้องทำหน้าที่เหมือนเป็นสถานบริบาลไปด้วย รวมทั้งเป็นการจากที่ระบบการตรวจสอบการชดเชยค่าบริการ จะแยกแยะว่ากิจกรรมใดเป็นกิจกรรมจำเป็นต่อการรักษาพยาบาลหรือกิจกรรมใดเป็นเรื่องสวัสดิการสังคม แต่ค่าเฉลี่ยวันนอนนี้ลดลงโดยลำดับภายหลังจากมีการปรับปรุงบริการสำหรับผู้สูงอายุภายใต้

กฎหมายประกันการดูแลระยะยาว (Tatara & Okamoto, 2009; Ikegami & Ikezaki, 2012; Ikegami, Ishibash & Amano, 2014)

การดูแลที่ไม่เป็นทางการ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาหรือภาวะไร้ความสามารถ ได้รับการดูแลในรูปแบบการดูแลที่ไม่เป็นทางการจากบุคคลในครอบครัว

สภาพแวดล้อมทางกายภาพของการดูแล

ประเทศญี่ปุ่นเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ในปลายทศวรรษ 1980 ทำให้ต้องมีการดำเนินการปฏิรูประบบการคุ้มครองทางสังคม โดยเรื่องการจัดบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญเรื่องหนึ่งภายใต้แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติเรื่องผู้สูงอายุ (10-Year Strategic Plan for Health and Welfare Services for the Elderly 1989) หรือเรียกกันสั้นๆว่า Gold Plan โดยเน้นให้ผู้สูงอายุแข็งแรง มี Productivity ลดผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จัดระบบการดูแลที่บ้านและในสถานบริบาล ร่วมไปกับการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ กำหนดวิธีการใช้เตียงกับการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลให้ชัดเจน รวมทั้งแผนการพัฒนาคุณภาพเด็กที่เรียกกันว่า Angel Plan

ระบบการดูแลระยะยาวของประเทศญี่ปุ่นจึงถูกปฏิรูปให้มีการจัดการที่เป็นระบบขึ้น มีกฎหมายรองรับชัดเจนแยกออกมาต่างหาก คือ พระราชบัญญัติประกันการดูแลระยะยาว (The Long Term Care Insurance Act) ออกเมื่อ ค.ศ. 1997 โดยให้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่ ค.ศ. 2000 กฎหมายนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะจัดระบบให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาสามารถดำรงชีวิตโดยพึ่งตัวเองได้มากที่สุด สร้างความเชื่อมโยงระหว่างบริการสุขภาพกับบริการสวัสดิการสังคม และมีสิทธิที่จะเลือกใช้บริการตามระดับแผนการรักษา สอดรับกับระบบความคุ้มครองทางสังคมอื่น (ภาพที่ 12.1) ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งเรื่องเศรษฐกิจสังคม ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม การศึกษาและเทคโนโลยี โดยคำนึงถึงทั้งการจัดระบบที่เหมาะสมให้ผู้สูงอายุ การปรับเปลี่ยนตลาดแรงงาน และการเตรียมเยาวชนรุ่นใหม่ ผู้สูงอายุจะได้รับสิทธิประโยชน์บริการสุขภาพจากกฎหมายประกันสุขภาพผู้สูงอายุและได้รับสิทธิประโยชน์บริการระยะยาวจากกฎหมายประกันการดูแลระยะยาว โดยรัฐบาลท้องถิ่นระดับเทศบาลเป็นผู้ดำเนินการบริหารระบบทั้งประกันสุขภาพผู้สูงอายุและบริการระยะยาว เพื่อให้เกิดการประสานงานในการจัดบริการให้กับผู้สูงอายุ ภายใต้การกำกับของรัฐบาลท้องถิ่นระดับจังหวัด (Prefecture) และ Health and Welfare for the Elderly Bureau กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการสังคม ในกฎหมายกำหนดให้การคลังของระบบการดูแลระยะยาวเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของทั้งประชากรวัยทำงาน วัยเกษียณที่ได้รับบำนาญ รัฐบาลท้องถิ่นทั้งในระดับเทศบาล และระดับจังหวัด กองทุนประกันสุขภาพ รวมทั้งรัฐบาลกลาง โดยกำหนดให้ผู้มีอายุมากกว่า 40 ปี ต้องส่งเงินสมทบ

อัตราบุคลากร

จากรายงาน OECD Health Data ในปี ค.ศ. 2012 พนักงานดูแล (care worker) ที่ทำงานในสถานบริการ (Institutions) มีอัตราส่วนประมาณ 15 คนต่อการดูแลผู้สูงอายุ 1,000 คน (อายุ 65 ปีขึ้นไป) ในขณะที่ให้การดูแลตามบ้านมีอัตราส่วนประมาณ 39 คนต่อการดูแลผู้สูงอายุ 1,000 คน (อายุ 65 ปีขึ้นไป) (OECD, 2013b)

ประเทศญี่ปุ่นมีการกำหนดมาตรฐานจำนวนบุคลากร ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการประเภทต่างๆ ที่ให้บริการดูแลระยะยาวดังนี้

ตารางที่ 12.1 ข้อกำหนดมาตรฐานจำนวนบุคลากรในสถานบริการ

	Nursing homes	Health facilities for elders	Long term care hospital
แพทย์	ตามจำเป็น	1 คน ต่อ ผู้อาศัย 100 คน	3 คน ถ้ามีผู้ป่วยน้อยกว่า 101 คน ถ้าเกิน 101 คน ต้องมีหมอเพิ่ม 1 คนต่อผู้ป่วยมากกว่า 101 คน
พยาบาล	1 คน ถ้ามีผู้ป่วย < 30 คน 2 คน ถ้ามีผู้ป่วย 31-50 คน 3 คนถ้าเกิน 50 คน	อัตราพยาบาลต่อผู้ช่วยต้องมากกว่า 3:1	1 คน ต่อ ผู้ป่วย 6 คน
ผู้ช่วย	1 คน (ผู้ช่วยหรือพยาบาล) ต่อ ผู้อาศัย 3 คน	1คน (ผู้ช่วยหรือพยาบาล) ต่อ ผู้อาศัย 3 คน	1 คน ต่อ ผู้ป่วย 6 คน
บุคลากรสาธารณสุขอื่น	1 คน ต่อหน่วยงาน (อาจเป็นพยาบาลก็ได้)	PT หรือ OT หรือ ST 1 คน ต่อ ผู้อาศัย 100 คน	PT หรือ OT ตามความต้องการ
นักสังคมสงเคราะห์	1 คน ต่อ ผู้อาศัย 100 คน	1 คน หรือมากกว่า	ไม่จำเป็น
Care manager	1 คน ต่อ ผู้อาศัย 100 คน	1 คน ต่อ ผู้อาศัย 100 คน	1 คน ต่อ ผู้ป่วย 100 คน
เภสัชกร	ไม่จำเป็น	ตามความจำเป็น	1 คน ต่อ ผู้ป่วย 100 คน

ที่มา: Ikegami, Ishibashi & Amano (2014, อ้างอิงใน MHLW, 2010)

หมายเหตุ PT = Physiotherapist, OT = Occupational therapist, ST = Speech therapist

ในส่วนการดูแลที่บ้านและในชุมชน ก็จะมีการกำหนดมาตรฐานประเภท จำนวน และคุณสมบัติของผู้ให้บริการอย่างชัดเจนโดยกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการสังคม เช่นกัน ดังแสดงในตารางที่ 12.2

ตารางที่ 12.2 ข้อกำหนดมาตรฐานจำนวนบุคลากรสำหรับการให้บริการในชุมชน

	การดูแลที่บ้าน	Day care	Day rehabilitation care
แพทย์	ไม่มี	ไม่มี	1 คน หรือมากกว่า
พยาบาล	ไม่มี	1 คน หรือมากกว่า	ไม่มี
บุคลากรสาธารณสุขอื่น	ไม่มี	ต้องผ่านการอบรม 130 ชั่วโมง จำนวนไม่น้อยกว่า 1 คน ต่อ ผู้รับบริการ 15 คน และต้องเพิ่ม 1 คน ต่อจำนวนผู้รับบริการที่เพิ่มอีก 5 คน	1 คน ต่อ ผู้รับบริการ 10 คน
Supervisors	1 คน หรือมากกว่า	ไม่มี	ไม่มี

ที่มา: Ikegami, Ishibashi & Amano (2014, อ้างอิงใน MHLW, 2010)

มาตรฐานทางกายภาพ

กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการสังคม กำหนดมาตรฐานทางกายภาพ ดังตัวอย่างใน ตารางที่ 12.3 ซึ่งมาตรฐานนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะนำไปใช้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ

ตารางที่ 12.3 ข้อกำหนดมาตรฐานทางกายภาพของสถานบริการ

	Nursing homes	Health facilities for elders	Long term care hospital
พื้นที่ต่อเตียง	10.65 m ²	8.0 m ²	6.4 m ²
จำนวนเตียงมากที่สุดต่อห้อง	4	4	4
ความกว้างทางเดิน	อย่างน้อย 1.8 เมตร	อย่างน้อย 1.8 เมตร	อย่างน้อย 1.8 เมตร
ห้องรับประทานอาหาร	3 m ² ต่อผู้อยู่อาศัย 1 คน	2 m ² ต่อผู้อยู่อาศัย 1 คน	1 m ² ต่อผู้อยู่อาศัย 1 คน
ห้องบำบัดรักษา	ใช้ห้องรับประทานอาหารแทนได้	2 m ² ต่อผู้อยู่อาศัย 1 คน	40 m ²
อื่นๆ	มี Special Bathing facilities ห้องให้คำปรึกษา	มี Special Bathing facilities ห้องให้คำปรึกษา	เหมือนโรงพยาบาล (ไม่ จำเป็นต้องมี Special Bathing facilities)

ที่มา: Ikegami, Ishibashi & Amano (2014 อ้างอิงใน MHLW, 2010)

ทักษะและประสิทธิภาพการทำงานของบุคลากร

ในประเทศญี่ปุ่นมีการอบรมพนักงานดูแลอย่างเป็นระบบ โดยมีหลักสูตรการเรียนการสอน สำหรับการดูแลระยะยาว (LTC) โดยระดับการเข้าฝึกอบรมของพนักงานดูแล (Entry level care worker) ต้องอบรมเป็นเวลาอย่างน้อย 130 ชั่วโมง เพื่อให้ได้ใบรับรอง (Certified) ส่วนนักสังคมสงเคราะห์ที่มี ใบรับรอง (Certified Social Worker) ต้องสอบผ่านการทดสอบจากภาครัฐ (State Examination) หลังจบ

การเรียนการสอนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ 2-4 ปี หรือจบการศึกษาในระดับวิทยาลัย/มหาวิทยาลัยในสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยหลักสูตรภาคปฏิบัติอาจเป็นการฝึกอบรมจากโรงเรียนเฉพาะทาง 2 ปี (1,650 ชั่วโมง) หรือการฝึกอบรมในระดับมัธยมศึกษา 1,190 ชั่วโมงหรือมีประสบการณ์การดูแลมากกว่า 3 ปี (OECDb, 2013)

ค่าใช้จ่าย (Cost)

ระบบประกันการดูแลระยะยาวในญี่ปุ่นถูกจัดเป็นระบบประกันสังคม โดยผสมผสานโมเดลระหว่างอังกฤษและเยอรมัน นั่นคือ เงินครึ่งหนึ่งมาจากภาษีและครึ่งหนึ่งมาจากเบี้ยประกันภัย โดยเบี้ยประกันภัยกลุ่มที่ 1 มาจากบำนาญรายงวด และกลุ่มที่ 2 มาจากเบี้ยประกันสุขภาพที่ถูกเพิ่มสำหรับสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวแล้ว

ผู้ที่อายุตั้งแต่ 65 ขึ้นไป หักจากเงินบำนาญโดยระดับเงินสมทบต่างกันไปตามระดับของบำนาญ ทั้งนี้ เบี้ยประกันภัยมีความแตกต่างกันระหว่างเทศบาลท้องถิ่น ขึ้นอยู่กับรายได้ของผู้เอาประกันภัย โดยคำนวณจากสามเท่าของความต่างระหว่างรายได้สูงสุดใน (Q5) และต่ำสุด (Q1) ใน 5 ระดับ มีผู้สูงอายุจำนวนหนึ่ง (ไม่มาก) ที่ไม่มีบำนาญต้องจ่ายเงินด้วยตัวเองเข้าสู่ระบบแบบสมัครใจ

ผู้ที่มีอายุระหว่าง 40-64 ปีหักจากรายได้ร้อยละ 1.2 เป็นเงินสมทบสำหรับการประกันการดูแลระยะยาว โดยกองทุนประกันสุขภาพเป็นผู้เก็บ ส่งต่อให้เทศบาลที่เป็นผู้บริหารระบบประกันการดูแลระยะยาว

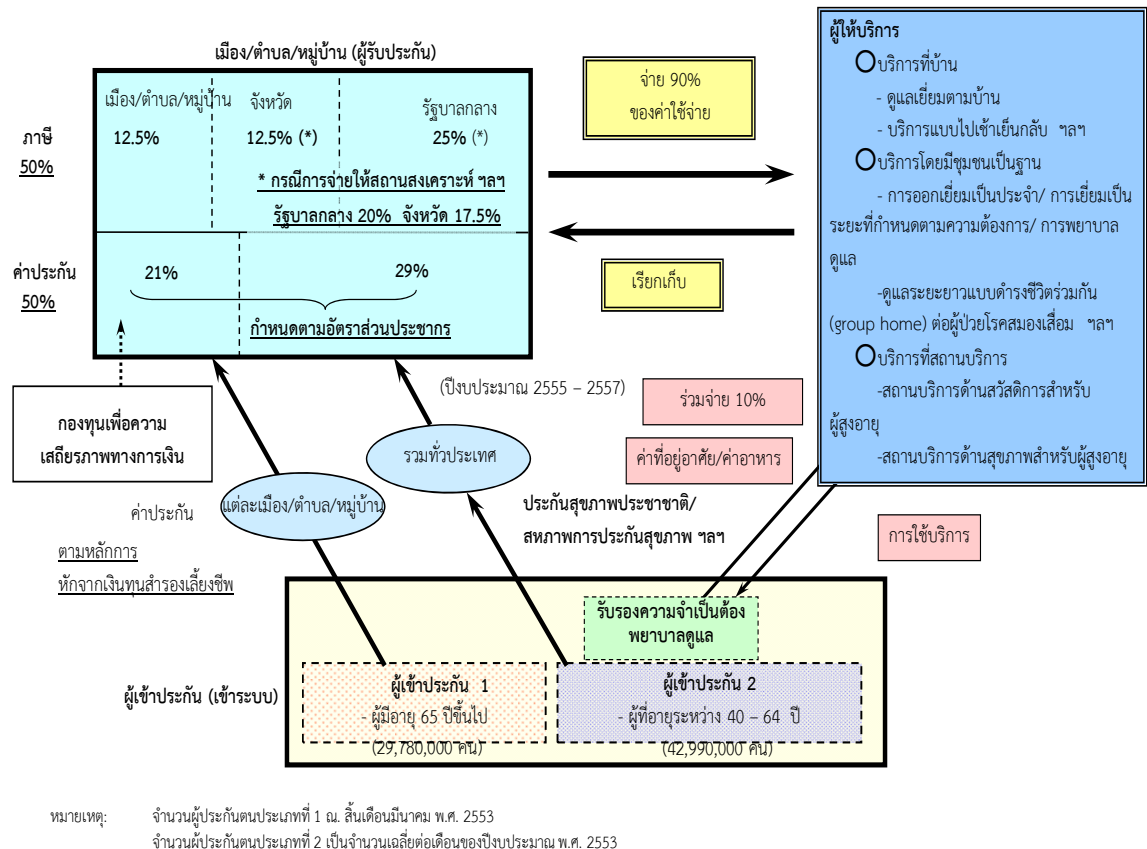
ถ้าเป็นการรับบริการจากสถานบริบาลหรือโรงพยาบาล เทศบาลจะให้เรียกเก็บเงินชดเชยค่าบริการผ่าน Federal National Health Insurance ซึ่งเป็น Clearing House กลางในระดับจังหวัดและประเทศ

ผู้ป่วยต้องร่วมจ่าย (co-payment) ร้อยละ 10 และร้อยละ 90 ถูกจ่ายโดยเทศบาลท้องถิ่นและผู้เอาประกันภัยต้องจ่ายส่วนเกินทั้งหมดกรณีค่าใช้จ่ายสูงกว่ามาตรฐานความจำเป็นของการดูแลที่ได้กำหนดไว้ กรณีที่เงินร่วมจ่าย (ร้อยละ 10) สูงกว่ารายได้ครัวเรือนที่กำหนดไว้ ผู้ป่วยจะได้รับการชดเชยส่วนเกินคืน (ดูตารางที่ 12.4 และภาพที่ 12.1)

ตารางที่ 12.4 แสดงค่าบริการพยาบาลดูแล

ระดับความต้องการ	วงเงินจ่าย	ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อ ผู้ใช้บริการ 1 คน	อัตราส่วนต่อวงเงินจ่าย
ระดับรับการช่วยเหลือ 1	49,700 (เยน)	23,370 (เยน)	47.0%
ระดับรับการช่วยเหลือ 2	104,000 (เยน)	41,420 (เยน)	39.8%
ระดับรับการดูแล 1	165,800 (เยน)	66,480 (เยน)	40.1%
ระดับรับการดูแล 2	194,800 (เยน)	90,590 (เยน)	46.5%
ระดับรับการดูแล 3	267,500 (เยน)	132,550 (เยน)	49.5%
ระดับรับการดูแล 4	306,000 (เยน)	165,270 (เยน)	54.0%
ระดับรับการดูแล 5	358,300 (เยน)	200,840 (เยน)	56.1%

ที่มา: อิวานะ เรสุเคะ, 2010



ภาพที่ 12.1 แสดงโครงสร้างระบบประกันการดูแลระยะยาวในประเทศญี่ปุ่น
ที่มา: อากิระ ทาคะฮาชิ (2013)

4. กระบวนการให้บริการร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

มาตรฐานการดูแล

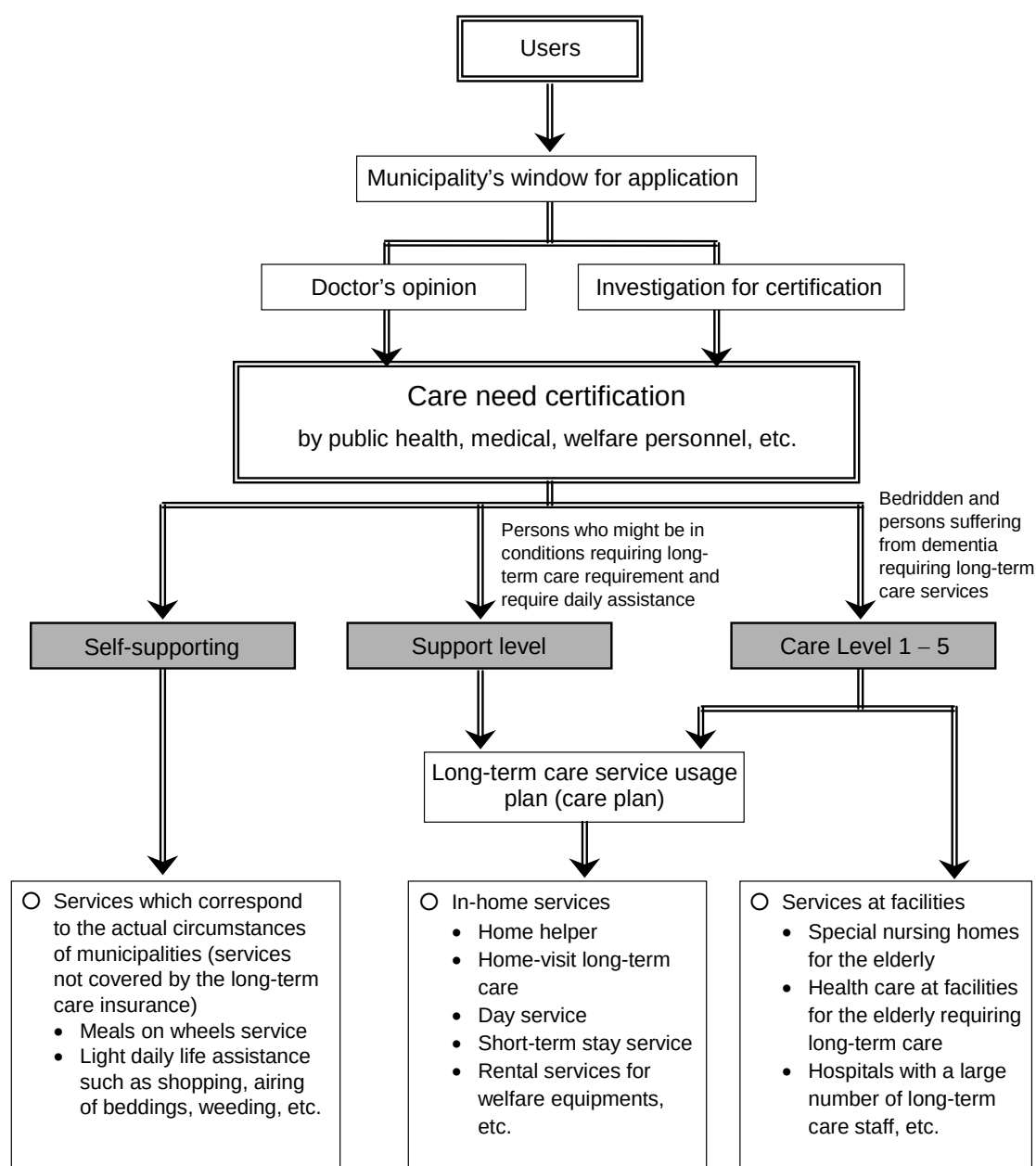
มาตรฐานการดูแลของญี่ปุ่นส่วนใหญ่ในปัจจุบันยังเป็นเรื่องที่สถานบริบาลแต่ละแห่งกำหนดเอง ในรายละเอียด มีเพียงเรื่องเดียวที่มีทางรัฐกำหนดอย่างชัดเจนไว้คือ การผูกผู้สูงอายุในสถานบริบาลว่าทีมผู้ดูแลต้องมีการประชุมหารือ กำหนดวัตถุประสงค์ ระยะเวลาที่จะผูก และต้องอธิบายสาเหตุให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ (Ikegami, Ishibashi, & Amano, 2014)

การประเมินความต้องการ

การประเมินความต้องการ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนแรกเป็นการประเมินเพื่อกำหนดระดับการช่วยเหลือ และขั้นตอนที่สองเป็นการประเมินเพื่อจัดบริการเฉพาะตัวสำหรับผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์ โดยระบบการดูแลระยะยาวในญี่ปุ่นจะมีการดำเนินการในขั้นตอนประเมินเพื่อกำหนดระดับการช่วยเหลือโดย

ใช้มาตรฐานเดียวกันทั่วประเทศ แต่ในขั้นตอนที่สองที่เป็นการประเมินเพื่อกำหนดแผนการดูแลเฉพาะตัว ไม่มีมาตรฐานระดับประเทศ

ผู้ต้องการได้รับสิทธิประโยชน์หรือผู้ดูแล (คนในครอบครัวหรือผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ) ต้องดำเนินการยื่นความประสงค์กับเทศบาล (Municipality) เขตพื้นที่นั้น เพื่อให้ประเมินเพื่อกำหนดระดับการช่วยเหลือ (ดูภาพที่ 12.2)



ภาพที่ 12.2 แสดงขั้นตอนการรับรองความจำเป็นต้องพยาบาลดูแล

ที่มา: Elderly Social Welfare Administration (2013)

กระบวนการได้รับคัดกรองเพื่อรับสิทธิประโยชน์ เริ่มจาก

- 1) ผู้ต้องการรับสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวยื่นคำร้องที่เทศบาล
- 2) ไปพบแพทย์ เพื่อขอใบรับรองแพทย์
- 3) การประเมินเบื้องต้น (Investigation) โดยเจ้าหน้าที่เทศบาลที่ผ่านการอบรมหรือผู้จัดการรายกรณีเอกชน (Case manager) ที่ได้รับมอบหมายจากเทศบาล ซึ่งจะไปเยี่ยมบ้านของผู้ขอรับสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวเพื่อประเมินความต้องการการดูแลระยะยาวโดยใช้ **แบบประเมินความต้องการการดูแลระยะยาวแห่งชาติ** ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (74 รายการ) เช่น มีข้อจำกัดทางการเคลื่อนไหว ความสามารถในการพลิกตะแคงตัวในเตียง มีแผลกดทับ โรคทางผิวหนัง ความสามารถในการกลืน ความจำ อารมณ์แปรปรวน ได้ยินเสียงแว่ว เห็นภาพหลอน การทำร้ายร่างกาย การเดินไร้จุดหมาย กระวนกระวาย เป็นต้น และการได้รับบริการทางการแพทย์ (12 รายการ) เช่น ได้รับสายน้ำเกลือ อาหารทางเส้นเลือดดำ การล้างไต เป็นต้น และสามารถบันทึกข้อค้นพบและความเห็นของผู้ประเมินเพื่อพิจารณา แต่ไม่มีอำนาจตัดสินใจ

ตาราง 12.5 สรุปข้อคำถามในแบบประเมินความต้องการการดูแลระยะยาวแห่งชาติ

ด้าน	เนื้อหาคำถาม
ด้านร่างกายและจิตใจ (7 มิติ)*	
1. อัมพาตและมีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวของข้อ (Paralysis and limitation of joint movement) (11)	การแสดงออกของอัมพาตหรือข้อ จำกัด ของการเคลื่อนไหว-ข้อต่างๆ ของร่างกาย
2. การเคลื่อนไหวและความสมดุล (Movement and balance) (7)	ความสามารถในการพลิกตะแคงตัวในเตียง ลูกขึ้นนั่งบนเตียง นั่งด้วยการวางเท้าบนพื้น นั่งแล้วยกเท้าไม่แตะพื้น ยืนอยู่บนเท้าทั้งสองข้าง เดินและการเคลื่อนไหว
3. การเคลื่อนไหวที่ซับซ้อน (Complex movement) (4)	ความสามารถในการลุกขึ้นยืนจากทำนั่ง ยืนเท้าเดียว เข้าและออกจากอ่างอาบน้ำ สามารถอาบน้ำได้
4. เงื่อนไขที่ต้องการความช่วยเหลือพิเศษ (Conditions requiring special assistance) (9)	มีแผลกดทับและผลจากโรคผิวหนังอื่นๆ ความสามารถในการกลืน ยกแขนข้างหนึ่งถึงหน้าอก การกลืน รู้สึกอยากลุกไปปัสสาวะ รู้สึกการเคลื่อนไหวของลำไส้ จัดการหลังจากปัสสาวะและถ่ายอุจจาระ การรับประทาน
5. มีอาการที่ต้องการความช่วยเหลือในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) / การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบบต่อเนื่อง (IADL) (13)	การช่วยเหลือสุขอนามัยส่วนบุคคล (สุขภาพช่องปาก ล้างหน้า แต่งตัว ทำผม ตัดเล็บ) การแต่งกาย (ติดกระดุม สวมใส่และถอดเสื้อ กางเกง ถุงเท้า) การทำความสะอาดห้องพัก การใช้ยา การจัดการทางการเงิน การทำงานของหน่วยความจำเสื่อมอย่างรุนแรง ไม่รับรู้ต่อสถานการณ์
6. การสื่อสารและการรู้คิด (Communication and cognition) (10)	การมองเห็น ได้ยิน ความตั้งใจในการสื่อสาร การตอบสนองต่อคำชี้แจง การทำความเข้าใจกับตารางเวลาประจำวัน ความจำระยะสั้น การจดจำชื่อของตัวเอง วันเกิด ฤดูกาลและสถานที่

7. ปัญหาพฤติกรรม (Behavioral problems) (19)	ความถี่ของความรู้สึกถูกกลั่นแกล้ง การสร้างเรื่อง การเห็นภาพหลอน การได้ยินเสียงแว่ว อารมณ์แปรปรวน การสับสนระหว่างกลางวันและกลางคืน ความรุนแรงทางวาจา/ร่างกาย การพูดเรื้อรังเดิมซ้ำๆ การตะโกน การต่อต้านคำแนะนำหรือการดูแล เดินหลงทาง กระสับกระส่าย รู้สึกสูญเสีย ความต้องการสังเกต การเก็บรวบรวมสิ่งของที่ไม่เหมาะสม ไม่สามารถจัดการเกี่ยวกับไฟไหม้ ทำลายข้าวของ/เสื้อผ้า พฤติกรรมไม่ถูกสุขลักษณะ รับประทานสิ่งที่ทานไม่ได้ มีปัญหาพฤติกรรมทางเพศ
B. การใช้หัตถการทางการแพทย์ ระหว่าง 14 วันก่อน (12)	การบริหารจัดการในการฉีดทางหลอดเลือดดำ การได้รับสารอาหารเกินทางหลอดเลือดดำ การฟอกเลือด การดูแล Ostomy การรักษาด้วยออกซิเจน การดูแลการใช้เครื่องช่วยหายใจ การดูแล tracheostomy การดูแลความเจ็บปวด การให้อาหารทางสายยาง การเฝ้าระวังติดตาม (ความดันโลหิต, อัตราการเต้นหัวใจ ความอิ่มตัวของออกซิเจน ฯลฯ) การดูแลแผลกดทับ การดูแลภาวะกลืนปัสสาวะ (การใส่ถุงปัสสาวะชั่วคราว สายสวนปัสสาวะ เป็นต้น)

4) การตัดสินขั้นแรก (First Judgement) บันทึกข้อมูลจากแบบประเมินความต้องการการดูแลระยะยาวแห่งชาติลงในระบบคอมพิวเตอร์ แล้วทำการประเมินระยะเวลามาตรฐานที่ต้องการความช่วยเหลือโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์เพื่อจัดกลุ่มประเภทการดูแล ผู้ที่ระยะเวลามาตรฐานที่ต้องการความช่วยเหลือต่ำกว่าเกณฑ์จะถูกคัดออก จากนั้นแบ่งเป็น ระดับช่วยเหลือ 1 และ 2 และระดับต้องการการดูแลระดับ 1 – 5

5) การตัดสินขั้นที่สอง (Second Judgement) คณะกรรมการพิจารณาผู้ได้รับสิทธิประโยชน์ของเขตพื้นที่ (Judging Committee for Long Term Care Approval) นั้น ซึ่งประกอบด้วย ผู้ประกอบวิชาชีพสุขภาพและสวัสดิการ จำนวน 5 ท่าน ที่มีประสบการณ์อย่างน้อย 5 ปีทางวิชาชีพแพทย์ นักวิชาชีพวิทยาศาสตร์สุขภาพ หรือนักสวัสดิการสังคม และต้องสอบผ่านใบประกอบวิชาชีพ (การอบรมสำหรับนักบำบัดฟื้นฟู) เป็นผู้จัดการดูแล หรือ Care Manager ร่วมกันทบทวนข้อมูลจากการสำรวจประกอบกับความเห็นจากแพทย์ทั้งหมดที่ถูกบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์เพื่อตัดสินโยการประชุมแบบออนไลน์เพื่อยืนยันระดับความต้องการชุดบริการที่จำเป็นการพิจารณาจากข้อค้นพบและการวินิจฉัย โดยพิจารณาจากข้อมูล ผลของการพิจารณาขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพทางกายและจิตใจของผู้รับการประเมิน รวมทั้งความเห็นของแพทย์ การแจ้งผลการประเมินใช้ระยะเวลาประมาณ 1 เดือน ภายหลังการสมัคร (Tsutsui & Muramatsu, 2005)

เทศบาลจะประเมิน Care Need Certification เพื่อกำหนดสิทธิประโยชน์ที่จำเป็นแก่ผู้มีสิทธิ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันแต่ยังไม่ต้องการการดูแลระยะยาว เทศบาลจะเป็นผู้จัดบริการ เช่น อาหาร การช่วยอื่นในชีวิตประจำวัน ส่วนกลุ่มที่สอง คือ กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพาสูงถึงระดับมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว แบ่งเป็นระดับช่วยเหลือ (support) และระดับต้องการการดูแล (care) โดยต้องมีการทำ care plan

การดูแลในระดับการช่วยเหลือ นั้นผู้สูงอายุเริ่มมีความต้องการดูแลแบบระยะยาว แต่ยังพอช่วยตัวเองได้บ้าง สิทธิประโยชน์จะเป็นเรื่อง การดูแลระยะยาวที่บ้าน การจัดสถานดูแลผู้สูงอายุในช่วงกลางวัน การนอนพักในสถานบริบาลระยะสั้น และ ให้ยืมอุปกรณ์เครื่องช่วย เป็นต้น ส่วนผู้สูงอายุที่ถูกประเมินระดับความต้องการดูแลระยะยาว (Care) จะเป็นผู้สูงอายุที่ทำกิจกรรมได้น้อย นอนติดเตียง หรือมีสมองเสื่อม มักได้รับการบริการในสถานบริบาล โรงพยาบาลสำหรับการดูแลระยะยาว

ระยะเวลาของการรับสิทธิประโยชน์มีระยะเวลา 6 เดือนถ้าต้องการได้รับสิทธิต่อไปหรือยกเลิกสิทธิในการรับประโยชน์ ต้องแจ้งภายใน 60 วันก่อนวันหมดอายุ การต่ออายุและหรือการเปลี่ยนสถานภาพการรับสิทธิประโยชน์ ใช้กระบวนการเดียวกันกับการประเมินเบื้องต้น

ส่วนการประเมินเพื่อจัดทำ Individual care plan ไม่มีมาตรฐานของประเทศ ขึ้นกับแนวทางของผู้ให้บริการ (OECD, 2013 ; Ikegami, Ishibashi, & Amano, 2014)

5. ผลลัพธ์ของการดูแล

ประเทศญี่ปุ่นยังไม่มีการจัดทำดัชนีชี้วัดคุณภาพบริการ และยังไม่มีการประเมินผลลัพธ์ของการดูแลอย่างเป็นระบบหรืองานวิจัย (Koike & Furui, 2013)

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

ถึงแม้ยังไม่มีการวิเคราะห์อย่างเป็นทางการในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานบริบาล และโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว (Long term care hospitals) อย่างไรก็ตามมีงานวิจัยที่สำรวจอัตราความชุกของแผลกดทับในกลุ่มผู้พึ่งพาที่อาศัยอยู่ในสถานบริบาลและโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาวพบว่า ความชุก (prevalence) และอุบัติการณ์ (incidence) การเกิดแผลกดทับอยู่ที่ร้อยละ 9.6 และ 1.9 ต่อเดือนตามลำดับ อัตราความชุกดังกล่าวสูงกว่าสถานพยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยโรคเฉียบพลัน นอกจากนั้นยังพบว่า คู่มือ ขั้นตอนและครุภัณฑ์จำเป็นของทีมงานในการดูแลแผลกดทับในโรงพยาบาลยังไม่พร้อมเพียงพอในสถานบริบาลจำนวนมาก (Igarashi, 2013)

คุณภาพของการตายของผู้ป่วย

มาตรฐานคุณภาพของการตาย เป็นส่วนหนึ่งการตรวจประเมินการดูแลระยะยาวสำหรับโรงพยาบาลซึ่งเป็นกระบวนการแบบสมัครใจของ JCQHC โดยไม่ได้มีกฎหมายเฉพาะในเรื่องการดูแลระยะยาวแต่อาศัยกฎหมายอื่น เช่น National Health Insurance Law, Long Term Care Insurance Law และ Cancer Law (Lee, et al., 2010)

ปัจจุบันผู้สูงอายุชาวญี่ปุ่นเสียชีวิตในสถานพยาบาล โดยการตายของผู้ป่วยมีเพียงร้อยละ 3.2 เท่านั้นที่เป็นการตายในสถานบริบาล ส่วนใหญ่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 78.4 ทั้งจากการที่มีผู้มานอนเป็นผู้ป่วยในโดยตรงหรือการส่งตัวมาจากสถานบริบาล อย่างไรก็ตามอัตราการเสียชีวิตในสถานบริบาลเพิ่มขึ้น

เท่าตัวในระหว่างปี ค.ศ. 1999-2009 เนื่องจากการเพิ่มแรงจูงใจทางการเงินให้กับสถานบริบาลที่มีได้มาตรฐาน คุณภาพบริการก่อนการเสียชีวิต (End of Life Care) ให้กับผู้ที่อาศัยในสถานบริบาลในปี ค.ศ. 2006 ซึ่ง มุ่งเน้นให้สถานบริบาลลดการส่งต่อผู้ป่วยใกล้เสียชีวิตไปโรงพยาบาล โดยสถานบริบาลต้องมีพยาบาลที่สามารถตามตัวได้ตลอด 24 ชั่วโมง (ถ้ามีพยาบาลอยู่ประจำในกะกลางคืนหรือมีจำนวนรวมมากกว่าระดับขั้นต่ำจะได้เงินรางวัลเพิ่ม) มีการอธิบายแนวทางการดูแลก่อนตายให้กับผู้อาศัยและญาติรับทราบตั้งแต่เริ่มรับผู้ อาศัยเข้ามาอยู่ในสถานบริบาล มีการอบรมการดูแลก่อนตายให้บุคลากร มีห้องเฉพาะสำหรับการดูแลก่อนตาย (Ikegami and Ikezaki, 2012) จากการประเมินคุณภาพของการตายของผู้อาศัยในสถานบริบาลจากเจ้าหน้าที่ สถานบริบาลและญาติผู้เสียชีวิตในสถานบริบาลและโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว พบว่า คุณภาพของ การตายของผู้อาศัยในสถานบริบาลดีกว่าคุณภาพการตายในโรงพยาบาล รวมถึงอาจดีกว่าคุณภาพการตายใน สถานบริบาลในสหรัฐอเมริกา (Ikegami and Ikezaki, 2013)

6. กลไกการควบคุมและการกำกับมาตรฐานสำหรับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

การกำหนดมาตรฐานเป็นการดำเนินการในระดับประเทศ ระบบคุณภาพของญี่ปุ่นในส่วน มาตรฐานสถานบริการเป็นบทบาทของกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการสังคม แต่เรื่องคุณภาพบริการ นั้น มี Japan Council for Quality Health Care (JCQHC) ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ตรวจรับรอง คุณภาพโรงพยาบาลโดยสมัครใจ รวมถึงการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว (Long term care hospitals)

การกำกับดูแลให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการสังคมเป็นหน้าที่ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด

ประเภทของการบริการดูแลระยะยาว

ประเทศญี่ปุ่น มีรูปแบบการดูแลระยะยาว ดังนี้

1) การดูแลในสถาบัน

1) Day care centre และ rehabilitation centres

2) สถานบริบาลแบบ Nursing home ถือเป็นการจัดสวัสดิการสังคม สถานที่ถูกออกแบบมา ให้ใกล้เคียงกับบ้าน มักมีพยาบาลและแพทย์บางช่วงเวลา และจำนวนจำกัดตามความจำเป็น

3) Health facilities for elders (HFE_ เป็นรูปแบบการจัดบริการที่มี การจัดสถานที่คล้าย สถานบริบาลแบบ Nursing home แต่มีบุคลากรทางการแพทย์มากขึ้นคล้าย โรงพยาบาล

4) โรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว (Long term care hospitals) เป็นการจัดการดูแล ระยะยาวในโรงพยาบาล ที่มีพยาบาลและแพทย์ประจำการตลอด 24 ชั่วโมง

2) การดูแลที่บ้านและในชุมชน

การกำกับดูแลการดูแลระยะยาว

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด (Prefectures) ทำหน้าที่ตรวจรับรองและให้ใบอนุญาตแก่สถานบริบาลและผู้ให้บริการที่บ้าน (home care providers) ส่วนเทศบาลจะทำหน้าที่ให้คำแนะนำและตรวจสอบว่าผู้ให้บริการ LTC ดำเนินการบริหารอย่างถูกต้อง และเป็นไปตามมาตรฐานในเรื่องกำลังคน การจัดการกับปัญหาที่ได้รับการร้องเรียน การคุ้มครองผู้สูงอายุ การบริหาร และการจัดบริการ

การขึ้นทะเบียนและการรับรองผู้ให้บริการ

ในกรณีสถานบริบาลต้องขอขึ้นทะเบียนโดยแสดงจำนวนบุคลากรและแผนผังสถานที่ จากนั้นเทศบาลจะเข้าไปตรวจสอบสถานที่จริง เทศบาลจะติดตามกำกับจำนวนและประเภทบุคลากรของสถานบริบาลให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดตลอดเวลา

สำหรับการให้บริการในชุมชน หน่วยงานที่จัดบริการประเภทนี้ต้องมีการจำนวนบุคลากรที่มีคุณสมบัติตรงตามมาตรฐานที่กำหนด เช่น ต้องมีจำนวนนักบริบาล (Home helpers) ทำงานเต็มเวลาอย่างน้อยสองคน

การตรวจสอบ (Inspections)

การตรวจสอบดำเนินการโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด เน้นดูการทำงานของสถานบริบาลซึ่งส่วนใหญ่เป็นข้อกำหนดเรื่องสถานที่และจำนวนบุคลากร รวมทั้งการเรียกเก็บเงินผู้มาอาศัยที่ต้องเป็นไปตามอัตราที่กำหนดใน Fee schedule มาตรฐานของประเทศ

การรายงานสาธารณะของผู้ให้บริการที่มีคุณภาพและความปลอดภัย (Public reporting of provider quality and safety)

ประเทศญี่ปุ่นยังไม่มีการจัดทำมาตรฐานคุณภาพของการปฏิบัติงานดูแลระยะยาว รายงานต่อสาธารณะมีเพียงรายงานสรุปการตรวจสอบของเทศบาล (Ikegami, Ishibashi, & Amano, 2014) โดยผู้จัดบริการตามบ้านและสถานบริบาลต้องส่งข้อมูลให้เทศบาลในเรื่องจำนวนและประเภทบุคลากร ตำแหน่งว่างบริการที่ให้ เพื่อจัดทำรายงานประจำปีสำหรับสถานบริบาล และอาจมีรายงานของสถานบริบาลเองซึ่งทำตามความสมัครใจ

มีความพยายามจัดทำแบบประเมินความพึงพอใจในระดับประเทศแบบสมัครใจ แต่มีสถานบริบาลเข้าร่วมน้อยมา

ประเทศญี่ปุ่นมีการสำรวจระดับประเทศเกี่ยวกับการใช้บริการดูแลระยะยาว แต่มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องคุณภาพบริการไม่มาก การสำรวจดังกล่าว เช่น Survey of Institutions and Establishments for Long-term Care ซึ่งเน้นดูสถานการณ์และประเภทบริการ Survey of Long-term

Care Benefit Expenditureซึ่งเน้นในเรื่องสถานการณ์ทางการเงินของสถานบริบาล และ Survey of report on Long-term Insurance project ซึ่งเน้นเรื่องสิทธิประโยชน์และการจ่ายค่าบริการ เป็นต้น

ข้อจำกัดขอบเขตของกฎระเบียบของ

การควบคุมกำกับดูแลระยะยาวในญี่ปุ่นนั้น ยังขาดการกำกับดูแลคุณภาพบริการอย่างเป็นระบบ

บทที่ 13

มาตรฐานการดูแลในสถานบริการของฮ่องกง

1. บทนำ

นโยบายการดูแลระยะยาว (Long-term care policy) ในฮ่องกงเริ่มต้นเมื่อปี ค.ศ. 2003 โดยระบุว่า ผู้สมัครขอรับบริการการดูแลระยะยาวทุกคน ต้องผ่านการประเมินความต้องการการดูแลที่เป็นมาตรฐานตาม กลไกการให้บริการผู้สูงอายุและมีการจัดตั้งคิวกลาง (central waiting list) ในการรับบริการ

การสนับสนุนการดูแลระยะยาวในชุมชน (community support service) ประกอบด้วย การบริการดูแลบ้านแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง ส่งเสริมการบริการดูแลที่บ้านและในชุมชน บริการดูแลกลางวันหรือหน่วยบริการสำหรับผู้สูงอายุ (unit for the elderly)

บริการดูแลในสถานบริการ (residential care service) ประกอบด้วย บ้านที่ให้การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ (care and attention homes for the elderly) และสถานบริบาล (Nursing home)

2. ปัจจัยส่วนบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว

ฮ่องกงเป็นเขตปกครองพิเศษแห่งหนึ่งของสาธารณรัฐประชาชนจีน ที่มีความเจริญก้าวหน้าด้าน เศรษฐกิจและสังคมอย่างมากแห่งหนึ่งในทวีปเอเชีย รวมทั้งความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์และการ สาธารณสุขส่งผลให้อัตราการตายลดลงอย่างต่อเนื่อง ขณะเดียวกันประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น โดยที่อายุ คาดเฉลี่ยของประชากรชาย 79.5 ปีและหญิง 85.6 ปี ในปี ค.ศ. 2006 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น 82.5 ปี และ หญิง 88 ปีในปี ค.ศ. 2033 ฮ่องกงมีประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 7.7 (424,000 คน) เมื่อปี ค.ศ.1986 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.2 (662,300 คน) ในปี ค.ศ. 1996 เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.5 (864,800 คน) ในปี ค.ศ. 2006 และร้อยละ 15 (1,117,500 คน) ในปี 2016 และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 22 (1,780,680 คน) และร้อยละ 26 (2,228,252 คน) ในปี 2026 และ 2036 ตามลำดับ ในด้านสังคม พบว่า มีการกลายเป็น ครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น แต่การดูแลและการคุ้มครองผู้สูงอายุอ่อนแอลง ทำให้ความต้องการบริการการดูแล ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วย

ฮ่องกงมีระบบสนับสนุนทางสังคมหลายรูปแบบ เช่น

- 1) การสนับสนุนทางด้านเศรษฐกิจ (Economic assistance)

1.1) โครงการการช่วยเหลือการประกันสังคมแบบครอบคลุม (Comprehensive Social Security Assistance Scheme: CSSA) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เงินสนับสนุนแก่กลุ่มที่มีรายได้น้อย โดยมีเกณฑ์การได้รับคือ ผู้สมัครจะต้องพักอาศัยอยู่ในฮ่องกงอย่างน้อย 7 ปี และต้องผ่านการประเมินรายได้และทรัพย์สิน (means test) (ทรัพย์สินไม่เกิน \$38,000) อัตราการช่วยเหลือมีดังต่อไปนี้

ผู้ที่ผ่านการประเมิน CSSA และมีภาวะพิการร้อยละ 50 จะได้รับเงินช่วยเหลือ (\$2,820/เดือน)

ผู้ที่ผ่านการประเมิน CSSA และมีภาวะพิการร้อยละ 100 จะได้รับเงินช่วยเหลือ (\$3,415/เดือน)

ผู้ที่ผ่านการประเมิน CSSA และต้องการการพยาบาลตลอดเวลา จะได้รับเงินช่วยเหลือ (\$4,810/เดือน)

1.2) แผนช่วยเหลือประกันสังคม (Social Security Allowance: SSA) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ความช่วยเหลือประชากรฮ่องกงที่มีภาวะพึ่งพาในระดับมาก หรือมีอายุ 65 ปีขึ้นไป โดยให้เงินช่วยเหลือรายเดือนเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการพิเศษที่เพิ่มขึ้นจากภาวะพึ่งพา พิการหรือสูงอายุ ในแผนนี้จะรวมทั้งเงินช่วยเหลือสำหรับผู้พิการทั่วไป ผู้ที่มีภาวะพึ่งพาในระดับสูง ผู้สูงอายุทั่วไปและผู้สูงอายุที่มีอายุมาก เกณฑ์ในการพิจารณา คือ จะต้องพักอาศัยอยู่ในฮ่องกงเป็นเวลาอย่างน้อย 7 ปี

เงินช่วยเหลือผู้สูงอายุทั่วไป (Normal Old Age Allowance) จะได้รับเงินช่วยเหลือ \$1,090 ต่อเดือน สำหรับผู้ที่มีอายุระหว่าง 65-69 ปี และมีรายได้และทรัพย์สิน ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 13.1

ตารางที่ 13.1 แสดงจำนวนเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุทั่วไปจะได้รับ

	ทรัพย์สินไม่เกิน	รายได้ต่อเดือนไม่เกิน
คนเดียว	\$186,000	\$6,660
สามี-ภรรยา	\$281,000	\$10,520

ที่มา: Hong Kong Association of Gerontology (2004)

เงินช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีอายุมาก (Higher Old Age Allowance) จะต้องมียุ 70 ปีขึ้นไป จะได้รับเงินช่วยเหลือ \$1,090 ต่อเดือน

เงินช่วยเหลือสำหรับผู้พิการ (Normal Disability Allowance) จะได้รับเงินช่วยเหลือ \$1,395 ต่อเดือน

1.2.1) เงินช่วยเหลือสำหรับผู้พิการระดับมาก (Higher Disability Allowance)

จะได้รับเงินช่วยเหลือ \$2,790 ต่อเดือน

อย่างไรก็ตามผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป และมีความพิการในระดับมากจะต้องเลือกเงินช่วยเหลือได้เพียงแบบเดียวเท่านั้น

1.3 **โครงการประกันสังคมให้ความช่วยเหลือที่ครอบคลุมแบบเคลื่อนที่ (Portable Comprehensive Social Security Assistance (PCSSA) Scheme)** มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่ผ่านการประเมินได้รับ CSSA ให้ได้รับการช่วยเหลือในรูปเงินสด หากต้องการไปอยู่ที่เมืองกวางตงหรือฟู้จิ้นในประเทศจีนแบบถาวรหลังเกษียณ เกณฑ์ในการพิจารณาเพิ่มเติมคือ จะต้องเป็นผู้พักอาศัยถาวรในฮ่องกงและต้องอยู่ในฮ่องกงอย่างน้อย 7 ปี มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับครอบครัว

ด้วยตระหนักถึงความสำคัญของการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ การกลายเป็นครอบครัวเดี่ยว การดูแลและการคุ้มครองผู้สูงอายุอ่อนแอและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ดังนั้นรัฐบาลฮ่องกงจึงได้พัฒนานโยบายที่เกี่ยวข้องกับบริการด้านสังคมสงเคราะห์ผู้สูงอายุ (social welfare service for the elderly) ที่สำคัญ เช่น ในปี ค.ศ. 1979 ออกนโยบาย “Home and Community Care” ในปี ค.ศ.1991 ออกข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ (quality of service) และ The Elderly Homes Ordinance ต่อมา ปี ค.ศ. 1995 กำหนดมาตรฐานคุณภาพ 16 บริการที่จัดให้บริการโดยองค์กรเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร (NGOs) และสถานบริการที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาล และเมื่อปี ค.ศ. 1997 นโยบายบริการผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในวัตถุประสงค์หลักของนโยบายการบริการสำหรับผู้สูงอายุ คือ ความรู้สึกถึงความปลอดภัย ความรู้สึกเป็นเจ้าของและความรู้สึกมีคุณค่า

พื้นฐานทางวัฒนธรรม

ในฮ่องกงที่ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวจีน มีวัฒนธรรมที่ผู้สูงอายุจะพักอาศัยอยู่กับลูกหลานและลูกหลานเป็นผู้รับผิดชอบในการญาติผู้ใหญ่ จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจทำให้รูปแบบการพักอาศัยของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป มีการศึกษาพบว่าโครงสร้างของครอบครัวที่เปลี่ยนไป (จากครอบครัวขยายไปเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น) และความต้องการในการพักอาศัยเป็นปัจจัยสำคัญในการเลือกที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ (Chi and Chow, 1997)

3. โครงสร้างระบบบริการ

ไม่พบข้อมูลในส่วนนี้

4. กระบวนการให้บริการร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ด้วยตระหนักถึงการพัฒนากระบวนการรับรองคุณภาพในการบริการสุขภาพในระบบเศรษฐกิจที่แตกต่างได้กลายเป็นแนวโน้มของโลกในปัจจุบัน เพื่อเป็นการรับรองคุณภาพการบริการแก่ผู้รับบริการ ดังนั้นฮ่องกง นำโดยสมาคมพฒนาฯ ของฮ่องกงได้ริเริ่มพัฒนานโยบายการบริการสำหรับผู้สูงอายุในฮ่องกงในทิศทางใหม่ คือ

- 1) การบริการในชุมชนและสถานบริการ การดำเนินการจะยึดถือรูปแบบการดูแลแบบต่อเนื่อง (continuum of care model)
- 2) ให้บริการแบบ One stop services
- 3) บริการฝึกอบรมทักษะที่ครอบคลุม (Comprehensive skills training) แก่ผู้ให้บริการ
- 4) จัดตั้งระบบการรับรองคุณภาพสำหรับสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ (accreditation system for the residential homes)

การพัฒนามาตรฐาน

ฮ่องกงได้ใช้แนวคิด “การพัฒนาคุณภาพแบบต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI)” ในการพัฒนามาตรฐาน ซึ่งนำมาจาก National Care Standards Commission (2003) ของประเทศอังกฤษ โดยที่ไม่เน้นที่การคงคุณภาพการบริการเพียงอย่างเดียว แต่จะต้องค้นหาวิธีการที่จะปรับปรุงคุณภาพผ่านการพยายามที่จะปรับปรุงคุณภาพผ่านการระบุและการเรียนรู้จากการปฏิบัติที่ดี ด้วยจุดมุ่งหมายพื้นฐานเพื่อความปลอดภัยของประชาชนที่จะปกป้องผู้ใช้บริการจากอันตรายและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น

ปรัชญาของการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินและมาตรฐาน คือ การส่งเสริมให้สถานบริการเคลื่อนตัวไปสู่มาตรฐานการให้บริการที่นอกเหนือไปจากการบริการขั้นต่ำ ตามทิศทางการพัฒนาของโลก โดยวิธีการที่นำมาใช้ทั้ง มีทั้งมุ่งเน้นที่กระบวนการ (process-oriented) และผลลัพธ์ (outcome-oriented)

การพัฒนามาตรฐานการดูแลในสถานบริการ

สมาคมพฒนาวิทยาผู้สูงอายุของฮ่องกง (The Hong Kong Association of Gerontology) ได้ริเริ่มพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว โดยเริ่มจากการจัดทำโครงการนำร่อง 2 ปี ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002- 2004 มีจุดมุ่งหมายเพื่อเสริมสร้างคุณภาพการบริการดูแลในสถานบริการ โดยได้รับทุนสนับสนุนจากกองสลากฮ่องกง

วัตถุประสงค์ (สำหรับการศึกษานำร่องในระยะเวลา 2 ปี) เพื่อ

- 1) กำหนดมาตรฐานการบริการในสถานดูแลผู้สูงอายุ
- 2) ส่งเสริมคุณภาพการดูแลโดยการเผยแพร่กระบวนการคุณภาพและการตรวจสอบผลลัพธ์ (outcome monitoring)

- 3) กำหนดค่าใช้จ่ายในกลไกการรับรองคุณภาพและกลไกค่าใช้จ่ายในอนาคต
- 4) ทำหน้าที่เป็นมาตรฐานอ้างอิงคุณภาพการให้บริการสำหรับการซื้อของการบริการ

วิธีการดำเนินการศึกษา แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

- ระยะที่ 1 ทบทวนระบบการรับรองคุณภาพของต่างประเทศและปรึกษาหารือกับสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ (Residential Care Homes for the Elderly: RCHes)
- ระยะที่ 2 ดำเนินการศึกษานำร่องการรับรองคุณภาพ ครั้งที่ 1
- ระยะที่ 3 ดำเนินการศึกษานำร่องการรับรองคุณภาพ ครั้งที่ 2
- ระยะที่ 4 กำหนดระบบการรับรองคุณภาพในฮ่องกง

การประเมินคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุและการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย

- 1) มาตรการกำกับดูแล (Regulatory measures) สถานบริการดูแลผู้สูงอายุถูกควบคุมในรูปของการออกใบอนุญาต (Licensing scheme) ระบบการกำกับดูแลประสิทธิภาพการบริการ ซึ่งจะถูกนำมาใช้กับสถานบริการที่ดำเนินงานโดยหน่วยงาน NGOs ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐทุกประเภท เพื่อให้สอดคล้องกับเงินทุนและการให้บริการตามข้อตกลงและมาตรฐานคุณภาพการให้บริการ
- 2) แหล่งเงิน (Financial resources) เกี่ยวกับการเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาว
- 3) การรับรองคุณภาพ (Accreditation) เพื่อใช้กำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติและการสนับสนุนการปรับปรุงคุณภาพ (quality improvement)

การรับรองมาตรฐาน

ประกอบด้วย 40 มาตรฐาน สามารถแบ่งออกเป็น 4 มิติ คือ การกำกับดูแล สิ่งแวดล้อม ความปลอดภัยของการให้บริการและกระบวนการดูแลและการจัดการข้อมูลและการสื่อสาร และเครื่องมือประกอบ

ผลจากโครงการการศึกษานำร่อง

- 1) มีการกำหนดมาตรฐานการบริการที่เหมาะสมและกลไกการรับรองคุณภาพสำหรับสถานดูแลผู้สูงอายุในฮ่องกงภายหลังการศึกษาทบทวนวรรณกรรม และการศึกษาดูงานระบบจากต่างประเทศ
- 2) สถานบริการดูแลผู้สูงอายุในโครงการนำร่องจำนวน 39 แห่ง ได้รับการรับรองคุณภาพ
- 3) จัดตั้งกลไกการรับรองคุณภาพ และ
- 4) ให้ข้อเสนอแนะในเชิงบวกต่อ ระบบการรับรองคุณภาพ มาตรฐาน การให้คำแนะนำและผู้ประเมิน

รายละเอียดมาตรฐานการรับรอง

- ประกอบด้วย 40 มาตรฐาน สามารถแบ่งออกเป็น 4 มิติและเครื่องมือประกอบ ดังนี้
- มิติที่ 1 การกำกับดูแล (Governance) (1-5)
 - มิติที่ 2 สิ่งแวดล้อม (Environment) (6-9)
 - มิติที่ 3 ความสั่นไหวของการให้บริการและกระบวนการดูแล (Service flow and care process) (10-26)
 - มิติที่ 4 การจัดการข้อมูลและการสื่อสาร (Information management and communication) (27-28)

โดยแต่ละมิติมีรายละเอียดมาตรฐานดังต่อไปนี้

มิติที่ 1 การกำกับดูแล (Governance) (1-5)

- มาตรฐานที่ 1 การจัดการคุณภาพโดยรวม (Total Quality Management)
- มาตรฐานที่ 2 จริยธรรมการบริการ (Service ethic)
- มาตรฐานที่ 3 การจัดการความเสี่ยง (Risk management)
- มาตรฐานที่ 4 การซื้อบริการ (Purchase of service)
- มาตรฐานที่ 5 ความปลอดภัยในอาชีพและสุขภาพ (Occupational safety and health)

มิติที่ 2 สิ่งแวดล้อม (Environment) (6-9)

- มาตรฐานที่ 6 สภาพแวดล้อมของสิ่งอำนวยความสะดวก (Environment of Facilities)
- มาตรฐานที่ 7 การให้บริการ (Provision of Services)
- มาตรฐานที่ 8 อาหารและสุขอนามัยสิ่งแวดล้อม (Food and Environmental Hygiene)

มิติที่ 3 ความสั่นไหวของการให้บริการและกระบวนการดูแล (Service flow and care process) (10-26)

- มาตรฐานที่ 10 ดูแลหลังเข้ารับการรักษา (Post-admission care)
- มาตรฐานที่ 11 การจัดการทางการแพทย์ (Medical management)
- มาตรฐานที่ 12 การจัดการการควบคุมการขับถ่าย (Continence management)
- มาตรฐานที่ 13 การดูแลผิวหนังและป้องกันการเกิดแผลกดทับ (Skin care and bed sore prevention)
- มาตรฐานที่ 14 การจัดการการหกล้ม (Fall management)
- มาตรฐานที่ 15 การให้อาหาร (Feeding)
- มาตรฐานที่ 16 โภชนาการ (Nutrition)

มาตรฐานที่ 17 การประเมินการเคลื่อนไหวและการจัดการ (Mobility assessment and management)

มาตรฐานที่ 18 การกักขังหน่วงเหนี่ยวทางกายและโดยการใช้สารเคมี (Use of physical and chemical restraints)

มาตรฐานที่ 19 การถ่ายโอนทักษะ (Transfer skills)

มาตรฐานที่ 20 การควบคุมการติดเชื้อ (Infection control)

มาตรฐานที่ 21 การจัดการในด้านเชาว์ปัญญา อารมณ์ ประสาทสัมผัสและความสามารถในการสื่อสารของผู้พักอาศัย (Management of cognitive, emotional, sensory and communication ability of the residents)

มาตรฐานที่ 22 การจัดการความเจ็บปวด (Pain management)

มาตรฐานที่ 23 การตายและภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย (Death and bereavement)

มาตรฐานที่ 24 ขั้นตอนการพยาบาลโดยเฉพาะพิเศษ (Special nursing procedures)

มาตรฐานที่ 25 การสนับสนุนทางด้านจิตใจและการดูแลทางสังคม (Psychological support and social care)

มาตรฐานที่ 26 สันทนาการและกิจกรรมในชุมชน (Recreational and community activities)

มิติที่ 4 การจัดการข้อมูลและการสื่อสาร (Information management and communication) (27-28)

มาตรฐานที่ 27 การจัดการข้อมูล (Information management)

มาตรฐานที่ 28 การสื่อสาร (Communication)

เครื่องมือประกอบ (Supplementary instrument) (29-40)

มาตรฐานที่ 29 การให้ข้อมูล (Provision of information)

มาตรฐานที่ 30 ทบทวนและปรับปรุงนโยบายและขั้นตอน (Review and update policies and producers)

มาตรฐานที่ 31 การจดบันทึก (Records)

มาตรฐานที่ 32 บทบาทและความรับผิดชอบ (Roles and responsibilities)

มาตรฐานที่ 33 การจัดการทรัพยากรบุคคล (Human resource management)

- มาตรฐานที่ 34 การวางแผนและการประเมินผล (Planning and Evaluation)
- มาตรฐานที่ 35 การจัดการทางการเงิน (Financial management)
- มาตรฐานที่ 36 ความรับผิดชอบทางกฎหมาย (Legal responsibilities)
- มาตรฐานที่ 37 สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย (Safe environment)
- มาตรฐานที่ 38 การเข้าและการออก (Entry and exit)
- มาตรฐานที่ 39 การประเมินความต้องการของผู้พักอาศัย (Assessment of residents' needs)
- มาตรฐานที่ 40 การคุ้มครองสิทธิของผู้พักอาศัย (Protection of residents' rights)

5. ผลลัพธ์ของการดูแลทั้งด้านความพึงพอใจและต่อคุณภาพชีวิต

ในหน่วยพัฒนาคุณภาพของสมาคมพัฒนาวิทยาฮ่องกง มีโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพ (quality improvement project) จากการศึกษา พบว่า ใน 19 สถานบริการ ก่อนได้รับการรับรองมาตรฐาน มีระดับความพึงพอใจของผู้พักอาศัยและญาติร้อยละ 68.4 และภายหลังได้รับการรับรองมาตรฐาน 3 ปี มีระดับความพึงพอใจของผู้พักอาศัยและญาติเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 95 (Chi and Chow, 1997)

6. กลไกการควบคุมและการกำกับมาตรฐานสำหรับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ

สมาคมพัฒนาวิทยาฮ่องกง (Hong Kong Association of Gerontology: HKAG) ได้ริเริ่ม โครงการรับรองสถานดูแลผู้สูงอายุ (Residential Aged Care Accreditation Scheme: RACAs) ในปี ค.ศ. 2005 โดยมีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพการบริการในสถานดูแลผู้สูงอายุในฮ่องกง ในปีแรกมีสถานดูแลผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการ 91 แห่งได้รับการรับรอง 80 แห่ง ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2005-2013 มีสถานดูแลผู้สูงอายุได้รับการรับรองทั้งหมด 306 แห่ง (HKAG, 2013)

ใน ปี ค.ศ. 2008 RACAs ได้รับการรับรองจาก ISQua's (International Society for Quality in Health Care) ว่า 40 ตัวชี้วัดได้มาตรฐานในระดับนานาชาติ ต่อมา ปี ค.ศ. 2009 มีการปรับเกณฑ์การรับรองให้เป็นปัจจุบันและเกณฑ์รอง (sub criteria) ปรับจาก 214 ข้อไปเป็น 225 ข้อ (Chung and Chiu, 2014)

วงรอบของการรับรองมาตรฐาน จะมีการประเมินใหญ่ๆ (major assessment) ทุก 5 ปี และมีรายงานประจำปี (annual review)

หน้าที่ของ โครงการการรับรองสถานดูแลผู้สูงอายุ มี 3 ประการคือ

- 1) Accreditation of Residential Care Homes
- 2) Research & Development

3) Information Dissemination

กระบวนการรับรองสถานดูแลผู้สูงอายุ

1) โครงการการรับรองสถานดูแลผู้สูงอายุ (RACAs) มีลักษณะดังนี้

- เป็นการเข้าร่วมโดยความสมัครใจ
- ระบบปรับปรุงคุณภาพการตรวจสอบจุดขึ้นอยู่กับชุดมาตรฐาน
- ในรอบการรับรอง 5 ปี โดยที่จะได้รับด้วยกับการประเมินเบื้องต้นที่สำคัญและจากนั้นจะมีการประเมินประจำปี
-

2) กลไกการรับรองคุณภาพ (Accreditation Mechanism)

- สมัครใจขอรับการประเมินเพื่อการรับรอง
- ผู้เข้าร่วม RCHes ตอบคำถามการคัดกรองเบื้องต้น
- การฝึกอบรมก่อนการประเมิน 1 วัน
- การส่งเอกสารและการตรวจสอบภายใน
- เข้าเยี่ยมเพื่อทำการรับรอง 3-5 วัน
- การนำเสนอปากเปล่า
- ประชุมคณะกรรมการรับรอง (Accreditation committee meeting)
- ประกาศผลการประเมินและการอุทธรณ์

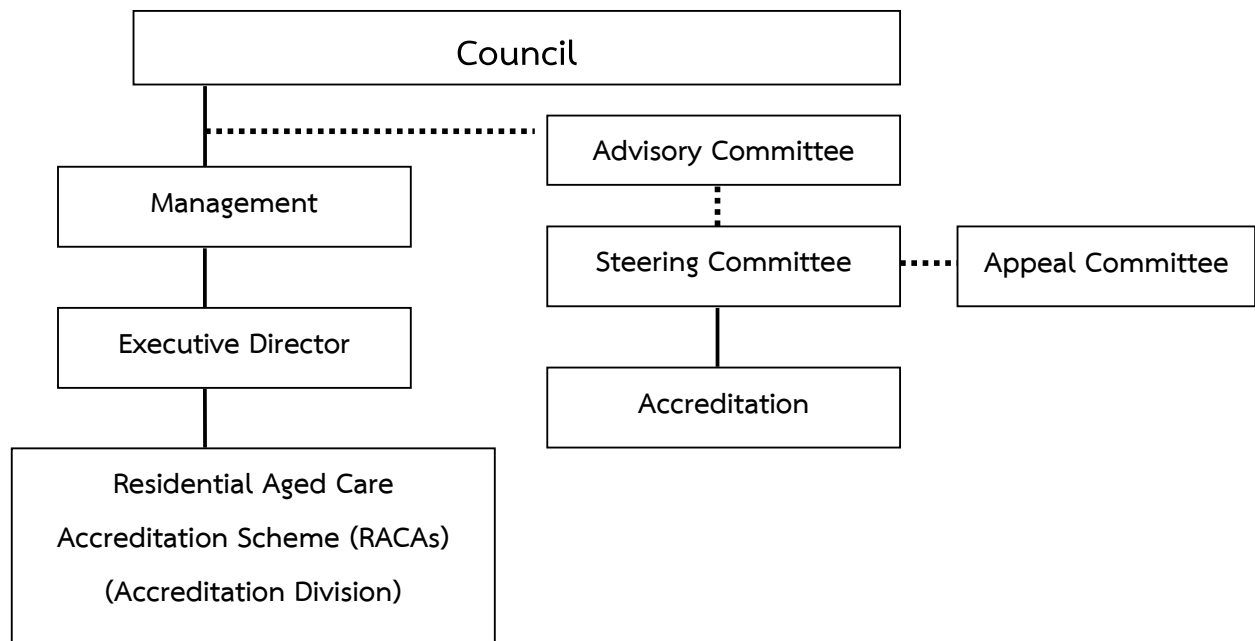
3) โครงสร้าง (ดังแสดงในภาพที่ 13.1)

- คณะกรรมการที่ปรึกษา (Advisory Committee) ประกอบด้วย Social Welfare Department, Department of Health, Hospital Authority, Hong Kong Council of Social Service และผู้แทนจากสมาคมสถานบริการเอกชน (Private Home Association)

- คณะกรรมการอำนวยการ (Steering Committee) ประกอบด้วย วิชาชีพ เช่น แพทย์ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้บริการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ที่รวมถึงองค์กรการกุศล และองค์กรเอกชน นักวิชาการทางด้านการพยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ และผู้สูงอายุและผู้ดูแล

- ที่ปรึกษานานาชาติ (International Advisors) เป็นผู้มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการ (Administrators) และผู้ตรวจประเมิน (Assessor) จากประเทศสหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา เพื่อให้คำแนะนำเรื่องกระบวนการการประเมินคุณภาพ มาตรฐานและการฝึกอบรมผู้ตรวจประเมิน

- คณะกรรมการรับรองคุณภาพ (Accreditation Committee)
- คณะกรรมการอุทธรณ์ (Appeal Committee)
- คณะกรรมการรับเรื่องร้องเรียนการจัดการ (Complaint Handling Committee)



ภาพที่ 13.1 โครงสร้างโครงการการรับรองสถานดูแลผู้สูงอายุ (RACAs)

ที่มา: Hong Kong Association of Gerontology (2013)

4) การให้ประกาศนียบัตร

ผู้ที่ผ่านการประเมินจะได้รับการติดป้ายที่มีคำว่า “Residential Aged Care Accreditation Scheme”

5) ผู้ประเมินวิชาชีพ

ผู้ประเมินจะต้องผ่านโปรแกรมการฝึกอบรม 5 วัน และ 3 ใน 5 วันจะมีการลงพื้นที่ฝึกปฏิบัติที่ผ่านสมาคมพยาบาลวิชาชีพฮ่องกงได้ฝึกอบรมวิชาชีพมากกว่า 270 คน

6) ผลการดำเนินการของ RACAS ที่สำคัญ

6.1) จากโครงการนำร่องสองครั้ง สถานบริการส่วนใหญ่ผ่านการประเมิน สำหรับสถานบริการที่ไม่ผ่านการประเมิน จะได้รับรายการตรวจสอบ (checklist) เพื่อการปรับปรุง และจะได้รับการประเมินอีกครั้ง (re-assessment)

6.2) มาตรฐานการรับรองที่ RACAS จัดทำขึ้น ได้รับการรับรองจากสมาคมคุณภาพทางด้านสุขภาพนานาชาติ (The International Society for Quality in Health Care: ISQua) เมื่อ ปี ค.ศ. 2008 ซึ่งเป็นโครงการการรับรองมาตรฐานสถานบริการดูแลแห่งเดียวในฮ่องกงที่ได้รับการรับรองจาก ISQua

บทที่ 14

รูปแบบมาตรฐานการดูแลและกลไกการควบคุมและกำกับมาตรฐาน: บทเรียนจากต่างประเทศ

1. บทนำ

ในบทนี้ ผู้วิจัยขอนำเสนอผลการเปรียบเทียบมาตรฐานการดูแลและกลไกการควบคุมและกำกับมาตรฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมจากในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป ออสเตรเลีย และเอเชียรวมทั้งหมด 10 ประเทศ คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา อังกฤษ ฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ สวีเดน ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ญี่ปุ่น และเขตเศรษฐกิจฮ่องกง

ในภาพรวมของระบบการดูแลระยะยาวของต่างประเทศสามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่มตามนโยบายการดูแลระยะยาวและแหล่งการคลัง โดยใช้แนวทางของ OECD (OECD, 2011) คือ

1.1 ประเทศที่ให้สิทธิประโยชน์แบบถ้วนหน้าภายใต้การดูแลระยะยาวระบบเดียว (UC within a single programme) ประเทศที่ใช้แนวทางนี้จะอาจแยกระบบการดูแลระยะยาวออกมาจากระบบบริการสุขภาพเป็นสิทธิประโยชน์ต่างหาก หรือจัดบริการคู่ขนาน หรือเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพก็ได้ กลไกการจ่ายอาจเป็นได้ทั้งการคลังโดยภาษี เช่น ประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวีย การคลังโดยประกันสังคม หรือผสมผสานการคลังทั้งสองรูปแบบ เช่น เนเธอร์แลนด์ ญี่ปุ่น เป็นต้น โดยมีการร่วมจ่าย แต่มักมีการกำหนดระดับรายได้ขั้นต่ำที่ต้องยกเว้นการร่วมจ่ายหรือจ่ายบางส่วน เพื่อให้การจัดบริการครอบคลุมทุกคน

1.2 ประเทศที่ให้สิทธิประโยชน์แบบถ้วนหน้าภายใต้การดูแลระยะยาวแบบผสม (UC within a mixed programme) โดยจัดรูปแบบที่ให้สิทธิแก่ประชาชนผ่านรูปแบบการดูแลระยะยาวที่หลากหลาย หรือ เช่น การกำหนดสิทธิประโยชน์ถ้วนหน้าสัมพันธ์กับรายได้ ซึ่งส่วนใหญ่มักให้บริการสุขภาพแบบถ้วนหน้า แต่การช่วยเหลือด้านสังคมจะให้การช่วยเหลือโดยคำนึงถึงฐานะของครอบครัว ผู้มีฐานะดีจะได้รับการช่วยเหลือในระดับที่ต่ำกว่าผู้มีรายได้น้อย ตัวอย่างประเทศที่ใช้รูปแบบนี้ได้แก่ ออสเตรเลีย และฝรั่งเศส เป็นต้น บางประเทศกำหนดให้การช่วยเหลือด้านสังคมต้องมีการประเมินรายได้ เช่น ในแคนาดา (บางจังหวัด) และนิวซีแลนด์ เป็นต้น

1.3 กลุ่มประเทศที่ไม่เห็นด้วยกับการให้สิทธิประโยชน์แบบถ้วนหน้า โดยเน้นให้การช่วยเหลือเฉพาะผู้ยากไร้ ใช้วิธีทดสอบรายได้ (Means-tested safety net) และใช้แหล่งการคลังแบบภาษี เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ เป็นต้น

1.4 กลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (developing formal LTC system) เช่น ประเทศเม็กซิโก เป็นต้น

2. ปัจจัยส่วนบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อม

สถานการณ์ของผู้ป่วยและครอบครัว

เกือบทุกประเทศที่ศึกษาเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Ageing society) เช่น ประเทศอังกฤษ และสวีเดน มีผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปี ขึ้นไปร้อยละ 18 แม้แต่ในฮ่องกงร้อยละ 12.5 ในปี ค.ศ.2006 และร้อยละ 15 (1,117,500 คน) ในปี ค.ศ. 2016 และทุกประเทศที่ทำการศึกษาก็จะมีกลุ่มที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไปจะมีสัดส่วนสูงขึ้นในอนาคต

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสภาพสมรรถ เช่นในประเทศอังกฤษ มีการสมรรถเมื่ออายุมากขึ้น การไม่มีบุตรเมื่อสมรรถ และการหย่าร้าง เหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องอยู่คนเดียวมากยิ่งขึ้น ต้องอาศัยอยู่กับเพียงคู่สมรส และมีแนวโน้มที่จะอยู่อาศัยกับญาติมากขึ้นในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าประชากรมีแนวโน้มที่จะอยู่เป็นโสดมากขึ้น การรับเป็นบุตรบุญธรรมกลายเป็นเรื่องธรรมดาและการแต่งงานเพศเดียวกันจะดำเนินการได้ถูกต้องตามกฎหมาย

สัดส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้นตามอายุ ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวเป็นผู้มีอายุมากกว่า 80 ปี จากการสำรวจพบว่าผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวที่อายุมากกว่า 80 ปี ในประเทศสวีเดน เนเธอร์แลนด์ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และ ญี่ปุ่น มีสัดส่วนคิดเป็น 49%, 50%, 57%, 62% และ 67% ตามลำดับ (OECD, 2011) ขึ้นเนื่องจากมีโรคเรื้อรังเช่นในประเทศแคนาดาและจะมีผู้สูงอายุที่มีภาวะหลงลืมเพิ่มมากขึ้นในประเทศญี่ปุ่น

ครอบครัวยังมีบทบาทสำคัญในการช่วยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในทุกประเทศที่ทำการศึกษา แต่ระดับการช่วยเหลือถ้าคิดเป็นชั่วโมงที่ให้แก่ไม่มาก และลักษณะการดูแลจะเป็นการช่วยเหลือที่ไม่เป็นภาระหนักมากนัก ซึ่งระดับการช่วยเหลือนี้จะต่างกันในแต่ละประเทศ ขึ้นกับระบบการดูแลระยะยาวแบบเป็นทางการ สัดส่วนของประชากรที่ทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือแบบไม่เป็นทางการนี้แตกต่างกันไปตามบริบทและวิธีการให้คำจำกัดความของประเทศ ประมาณร้อยละ 80 เป็นผู้มีอายุในช่วง 50-64 ปี และมักเป็นผู้หญิง ถ้าใช้คำจำกัดความแบบแคบสัดส่วนดังกล่าวอยู่ในระหว่างตั้งแต่ร้อยละ 8 ในสวีเดน ฝรั่งเศส ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์จะอยู่ในราวร้อยละ 10 สูงที่สุดคือร้อยละ 16 ในสหราชอาณาจักรแต่ถ้าใช้คำจำกัดความแบบกว้าง รวมถึงการช่วยเหลือแบบ Instrumental activities of daily living (IADL) เช่น พาไปซื้อของจำเป็น เป็นต้น จำนวนประชาชนที่ให้การดูแลผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวจะเพิ่มไปถึงหนึ่งในสามของประชากรที่มีอายุมากกว่า 50 ปี แม้ในประเทศที่มีระบบการดูแลระยะยาวโดยรัฐที่ครอบคลุมกว้างขวาง ครอบครัวก็ยังมีส่วนอย่างมากในเรื่องการช่วยเหลือในเรื่อง IADL ผู้ที่ทำหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศอังกฤษ คือ สมาชิกในครอบครัวที่รวมถึงสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุ ในประเทศสวีเดน พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93) พักอาศัยอยู่ที่บ้านทั่วไป โดยมีหรือไม่มีคนช่วยทำงานบ้านรวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุโดยทั่วไปจะมีความต้องการบุคลากรเพิ่มขึ้น ร้อยละ 50 และมีแนวโน้มว่าจะขาดบุคลากรที่ทำงานเต็มเวลา ส่วนในฮ่องกงมีการกลายเป็นครอบครัวเดี่ยวเพิ่มมากขึ้น ทำให้การดูแลและการคุ้มครองผู้สูงอายุอ่อนแอลง จึงมีความต้องการบริการการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และในประเทศญี่ปุ่น คนวัยทำงาน 1.2

คน ต้องรับภาระผู้สูงอายุ 1 คน ค่าใช้จ่ายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 50 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพโดยรวมของประเทศ

สถานะทางคลินิก

สถานะทางคลินิก ในที่นี้หมายถึง ภาวะทางสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ สามารถประมาณการได้ว่า ผู้สูงอายุตอนปลายจะมีภาวะทางสุขภาพและการเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุตอนต้น เนื่องจากความเสื่อมถอยของการทำงานของร่างกายที่เป็นไปตามวัฏจักรของชีวิต และทำให้เกิดความต้องการการดูแลในสัดส่วนที่แตกต่างตามสถานะทางคลินิก การดูแลระยะยาวจึงเข้ามามีบทบาทมากในระบบ เนื่องจากการเกิดภาวะพึ่งพิงเพิ่มสูงขึ้น ทั้งนี้โรคทางคลินิกที่ส่งผลกระทบต่อสภาวะทางสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุมักเป็นโรคไม่ติดต่อและส่วนใหญ่มักเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคเบาหวาน ฯลฯ ซึ่งโรคเบาหวานประเภท 2 ที่เกี่ยวข้องกับโรคอ้วนถือเป็นโรคระบาดในสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 2010 เนื่องจากประมาณหนึ่งในสามของประชากรผู้ใหญ่เป็นโรคอ้วนและอีกหนึ่งในสามมีน้ำหนักเกินอัตราโรคอ้วนสูงที่สุดในโลกอุตสาหกรรม สำหรับสาเหตุการตายอันดับ 1 ในผู้สูงอายุประเทศนิวซีแลนด์นั้นพบว่ามีสาเหตุมาจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ส่วนประเทศญี่ปุ่นความชุกของโรคสมองเสื่อมในกลุ่มผู้สูงอายุ 65 ปีขึ้นไป อยู่ที่ประมาณร้อยละ 7.2 ในปี ค.ศ. 2000 คิดเป็นผู้สูงอายุที่มีปัญหาดังกล่าวประมาณ 1.6 ล้าน

จากสถานะทางคลินิكدังกล่าวจึงทำให้พบสถิติอัตราการครองเตียงที่เพิ่มสูงขึ้น เช่น ในประเทศอังกฤษพบสถิติอัตราการครองเตียงในโรงพยาบาลช่วงปี ค.ศ. 2000 – 2001 เป็นมีผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ร้อยละ 81 และในจำนวนผู้ครองเตียงทั้งหมด 2 ใน 5 เป็นผู้ที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไป ขณะเดียวกันจำนวนของผู้ที่ย้ายเข้าไปอยู่ในสถานบริบาลก็เพิ่มมากขึ้นจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้ที่มีอายุ 85 ปีขึ้นไปอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ในประเทศออสเตรเลียได้พบผู้สูงอายุมีการใช้บริการของโรงพยาบาลเพิ่มสูงขึ้นเช่นกัน ในปี ค.ศ. 2004-2005 มีจำนวนผู้สูงอายุเข้าใช้บริการโรงพยาบาล คิดเป็น ร้อยละ 35 ของโรงพยาบาลทั้งหมด และประมาณครึ่งหนึ่งของการใช้บริการของผู้ป่วยต่อวัน นอกจากนี้ในประเทศญี่ปุ่นร้อยละ 12.6 ของประชากรอายุมากกว่า 65 ปี ได้รับการ Long-term care (LTC) โดย ร้อยละ 2.8 เป็นบริการในสถานบริบาล (nursing home) และเป็นประเทศที่มีประชากรวัย 80 ปีขึ้นไปสูงที่สุด

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วย

โดยพื้นฐานแล้วทุกประเทศมีการใช้การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างพื้นฐานทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนประชาชนในประเทศ ทั้งนี้ในแต่ละประเทศมีมุมมองของการใช้การสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบที่ต่างกัน การสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยในระบบการดูแลระยะยาวในแต่ละประเทศจะมีการกำหนดอายุผู้เข้ารับบริการเพื่อกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่รัฐต้องให้บริการอย่างชัดเจน ในหลายประเทศกำหนดกลุ่มอายุที่ 65 ปีขึ้นไปสำหรับการเข้ารับบริการการดูแลระยะยาว เช่น ประเทศญี่ปุ่น ประเทศ

นิวซีแลนด์ ประเทศอังกฤษ ประเทศแคนาดา รวมไปถึงเขตเศรษฐกิจฮ่องกง แต่ในบางประเทศเลือกกำหนดกลุ่มเป้าหมายตามประเภทของข้อจำกัดทางสุขภาพหรือร่างกายโดยไม่ได้เจาะจงเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไปเท่านั้น เช่น ประเทศสวีเดนและประเทศญี่ปุ่น

หลายประเทศมีการใช้การสนับสนุนทางสังคมแบบระบบการประกันเพื่อความมั่นคงทางการเงินของระบบ เช่น ประเทศอังกฤษ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศแคนาดาและประเทศญี่ปุ่น โดยมีการกำหนดรายละเอียดในการบริการที่แตกต่างกัน เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา Medicare ทั้ง Part A และ B เป็นแผนการประกันสุขภาพของรัฐบาลกลางสำหรับผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ซึ่งผู้ที่มีสิทธิในบริการแบบ Medicare โดยอัตโนมัติคือ ผู้ที่อยู่ในระบบประกันสังคม ทั้ง Medicare Part A (เมื่อต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการดูแลพิเศษอื่นๆ) และ Medicare Part B (ประกันสุขภาพที่จ่ายค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่เป็นบริการทางการแพทย์ที่จำเป็น ค่ารักษาผู้ป่วยนอก ค่าวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และค่ารักษาพยาบาลอื่นๆ ที่ Part A ไม่ครอบคลุม) ผู้ที่เกษียณอายุของการรถไฟ ผู้พิการที่มีอายุต่ำกว่า 65 ปี และผู้ที่มีโรคไตวายระยะสุดท้าย แต่ในประเทศญี่ปุ่นจะอยู่ภายใต้ Long-term Care Insurance Act ผู้มีสิทธิตามระบบการดูแลระยะยาวของประเทศญี่ปุ่นแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มที่หนึ่ง เป็นผู้ที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 65 ปี ที่มีภาวะพึ่งพา และกลุ่มที่สอง เป็นผู้ที่มีอายุ 40-65 ปี ที่มีความพิการ โดยการดำเนินการมีการเชื่อมโยงกันระหว่างบริการสุขภาพและบริการสวัสดิการสังคม แต่ในบางประเทศมีนโยบายให้รัฐมีหน้าที่รับผิดชอบระบบการให้บริการการดูแลระยะยาวแก่ประชาชน เช่น ประเทศสวีเดน โดยตั้งแต่ปี ค.ศ.1992 เทศบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบบุคคลที่มีความต้องการการดูแลที่ไม่ใช่จากโรงพยาบาลแทนสมาคมชน (country council) เช่น ผู้ที่ต้องการการดูแลระยะยาวหรือต้องการการช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม แต่ละประเทศก็จำเป็นต้องมีนโยบายลดการใช้บริการที่ไม่จำเป็น เพื่อการใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพในระบบ เช่น ในประเทศออสเตรเลีย ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา มีนโยบายลดจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 75 ปี

การสนับสนุนทางสังคมสำหรับครอบครัว

เนื่องจากครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งในแต่ละประเทศมีมุมมองรวมถึงนโยบายในการช่วยเหลือสนับสนุนครอบครัวเพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลในชุมชนโดยมีรัฐบาลท้องถิ่นเป็นกำลังสำคัญในการส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคมสำหรับครอบครัวเป็นคำตอบสำหรับหลายประเทศ เช่น ประเทศอังกฤษมีบริการทางสังคมโดยการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประเทศสวีเดนมีการออกกฎหมายให้เทศบาลให้ความร่วมมือในการสนับสนุนทางสังคมตามความต้องการเฉพาะบุคคล ประเทศสหรัฐอเมริกามีกฎหมายให้รัฐบาลท้องถิ่นสามารถเก็บภาษีท้องถิ่นแบบก้าวหน้าได้ ประเทศออสเตรเลียพยายามมุ่งเน้นการดูแลในชุมชนให้มากขึ้นโดยใช้ พรบ. เป็นจุดตั้งต้นในการเปลี่ยนทิศทางดังกล่าว ประเทศญี่ปุ่นเพิ่มการดูแลทางการแพทย์ตามบ้านและสร้างระบบการดูแลโดยชุมชนแบบบูรณาการ และเขตเศรษฐกิจพิเศษฮ่องกงออกนโยบาย “Home and Community Care” นอกจากรัฐบาลกลางและรัฐบาล

ท้องถิ่นแล้ว ประชาชนก็ถือเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบการสนับสนุนทางสังคม ดังจะเห็นตัวอย่างได้จากประเทศแคนาดาซึ่งรัฐบาลมีนโยบายให้ภาคสังคมเข้ามามีส่วนในการพัฒนาและปรับปรุงระบบการดูแลระยะยาว และประเทศนิวซีแลนด์โดยมีการสนับสนุนทางสังคมสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการได้รับความช่วยเหลือทางสวัสดิการสังคมผ่านทางภาษีทั่วไป เกี่ยวกับเรื่องที่อยู่อาศัย ประกันสังคม ความรุนแรงและเงินบำนาญ เป็นต้น

พื้นฐานทางวัฒนธรรม

วัฒนธรรมมีผลกระทบต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุ ทำให้ประเทศทางตะวันตก หรือประเทศที่มีประชากรอพยพจากยุโรปตะวันตกมีความเป็นตัวของตัวเองสูงมาก การช่วยเหลือเกื้อกูลภายในครอบครัวให้เห็นน้อยเนื่องจากการเคารพในสิทธิส่วนบุคคลในสังคมสูง เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศแคนาดา ประเทศออสเตรเลีย ประเทศนิวซีแลนด์ ซึ่งประเทศเหล่านี้มีประชากรชนเผ่าดั้งเดิมในพื้นที่อาศัยอยู่ซึ่งมักมีสถานะเป็นพลเมืองชั้น 2 ของประเทศ เนื่องจากมีวิถีชีวิตและวัฒนธรรมการใช้ชีวิตที่แตกต่างจากผู้อพยพชาวตะวันตก ปัญหาด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพรวมถึงการเข้าถึงระบบการดูแลระยะยาวจึงส่งผลกระทบต่อประชากรชนเผ่าดั้งเดิมเป็นส่วนใหญ่ เช่น ชนเผ่าเมารี ในประเทศนิวซีแลนด์ ปัจจุบัน ร้อยละ 3 ของชนเผ่าเมารีมีอายุมากกว่า 65 ปี และได้รับการดูแลระยะยาวเพียงส่วนน้อย และประเทศเหล่านี้จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวให้สอดคล้องกับบริบทและวัฒนธรรมที่หลากหลาย เช่น ในประเทศออสเตรเลียมีความแตกต่างพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมการดูแล ทำให้มีอิทธิพลต่อการจัดการดูแลและการดูแลเรื่องยาที่ใช้รักษาผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งเกี่ยวข้องกับสถานะทางสุขภาพของผู้ป่วยและการช่วยเหลือของผู้ดูแลในครอบครัว ในชุมชนที่มีวัฒนธรรมที่ต่างกัน

ตรงกันข้ามกับประเทศในฝั่งตะวันออก หรือประเทศที่มีประชากรทางตะวันออกอาศัยอยู่เป็นส่วนใหญ่ในสังคม ซึ่งมีคติในการดำเนินชีวิตที่ยึดถือวัฒนธรรมแห่งความกตัญญูมาก ความสัมพันธ์ในครอบครัวจึงเป็นไปในรูปแบบของการเกื้อกูลกัน ครอบครัวจึงมีส่วนในการช่วยดูแลในระบบการดูแลระยะยาวมาก เช่น ในฮ่องกงที่ประชากรส่วนใหญ่เป็นชาวจีน มีวัฒนธรรมที่ผู้สูงอายุจะพักอาศัยกับลูกหลานและลูกหลานเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลญาติผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตาม ในกระแสโลกาภิวัตน์จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจทำให้รูปแบบการพักอาศัยของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปเป็นสังคมเมืองมากขึ้น

3. โครงสร้างระบบบริการ

การเข้าถึงการดูแลภายในระบบ

ก่อนการเข้ารับบริการ ผู้รับบริการมักต้องผ่านการประเมินความต้องการในบริการตามระดับความรุนแรง ส่วนใหญ่แล้วหน้าที่ดังกล่าวจะเป็นของรัฐบาลท้องถิ่น เช่น ประเทศอังกฤษ ประเทศสวีเดน ประเทศแคนาดา ประเทศญี่ปุ่น ประเทศฝรั่งเศส โดยมีรัฐบาลกลางเป็นผู้กำหนดกฎหมายในการเข้าถึงบริการการดูแลในภาพรวมเพื่อเข้าสู่กระบวนการเข้ารับบริการต่อไป

ในบางประเทศมีการให้บริการที่จำกัด จึงมีการเสนอให้ประชาชนซื้อประกันเพื่อการบริการการดูแลระยะยาวเพิ่มเติมทั้งจากหน่วยงานรัฐ เช่น ประเทศญี่ปุ่นหรือหน่วยงานเอกชน เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา อย่างไรก็ตามแม้ระบบในแต่ละประเทศจะมีความแตกต่างกันไปบ้าง แต่ในทุกประเทศล้วนมีจุดมุ่งหมายในการพัฒนาระบบเพื่อตอบสนองต่อประชาชนอย่างดีที่สุดภายใต้ข้อจำกัดที่แตกต่างกันตามบริบท ดังเช่น ประเทศแคนาดา การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวในเขตปกครองแต่ละรัฐ ได้กำหนดมาตรฐานและแนวทางการดูแลขั้นโดยอิสระ เพื่อเป้าหมายพัฒนาให้สถานบริการระยะยาวเป็นบ้านของผู้สูงอายุที่มีมาตรฐานและคุณภาพการดูแลที่ดีที่สุดสำหรับประชากรกลุ่มสูงอายุ ได้กำหนดประเด็นสำคัญเพื่อให้รัฐบาลนำไปดำเนินการ 5 เรื่อง คือ 1) การปรับปรุงคุณภาพชีวิต 2) การมีส่วนร่วมของภาคประชาชน 3) พัฒนามาตรฐานการดูแลให้มีความชัดเจนวัดได้และนำไปสู่การปฏิบัติ 4) บุคลากรและการบริหารจัดการ 5) กฎหมายและกองทุนโดยมีรายละเอียด ภายใต้การบริหารจัดการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

ทั้งนี้การเข้าถึงบริการต่างๆ อาจมีการพัฒนาเครื่องมือ เพื่อการประกอบการพิจารณาการจัดบริการอย่างเหมาะสม เช่น ประเทศฝรั่งเศส ในเบื้องต้นมีการกำหนดเฉพาะผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี และเป็นผู้พำนักอาศัยอยู่ในฝรั่งเศส ที่ต้องการได้รับสิทธิการดูแลระยะยาวต้องผ่านการประเมินของรัฐบาลท้องถิ่นระดับ Department โดยใช้วิธีการประเมินที่เรียกว่า Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources (AGGIR) หรือ Assessment Tool and Eligibility Algorithm ที่รัฐบาลกลางกำหนดเป็นกฎหมายเหมือนกัน เพื่อใช้ในการให้สิทธิและกำหนดระดับการช่วยเหลือ

การจัดองค์กรการดูแล

รัฐบาลกลางของทุกประเทศทำหน้าที่กำหนดนโยบาย และมาตรฐานในการดำเนินการระบบดูแลระยะยาวมอบให้ท้องถิ่นดำเนินการภายใต้กรอบที่กำหนดโดยรัฐบาลกลาง ซึ่งกรอบดังกล่าวจะมีความยืดหยุ่นแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ กลไกการควบคุมกำกับบริการสามารถแบ่งได้ คือ 1) กลไกการควบคุมขั้นตอนการขอจัดตั้งหน่วยบริการ 2) การกำกับตรวจสอบคุณภาพระหว่างการดำเนินการ สำหรับขั้นตอนการขอจัดตั้งสถานบริการ เป็นกระบวนการบังคับในทุกประเทศ มีการตรวจสอบเพื่อให้มีความมั่นใจว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยพิจารณาสถานที่ สิ่งแวดล้อม กระบวนการดูแลที่มีคุณภาพและเคารพศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ ในบางประเทศมีการกำหนดระดับความรู้และจำนวนของเจ้าหน้าที่

การกำกับคุณภาพระหว่างการดำเนินการ ในประเทศที่มีระบบการดูแลระยะยาวที่มีพัฒนาการมานานแล้วจะมีระบบกำกับควบคุมคุณภาพบริการแบบบังคับเป็นส่วนใหญ่ ทั้งการดูแลระยะยาวในสถานบริการและการดูแลที่บ้าน แต่จุดเน้นอาจมีการดำเนินการแตกต่างกันไปในแต่ละประเทศ ทุกประเทศจะมีการกำกับในบางเรื่อง บางประเทศเป็นมาตรฐานระดับประเทศ เช่น ประเทศเยอรมัน ประเทศอังกฤษ และประเทศญี่ปุ่น แต่บางประเทศจะเป็นมาตรฐานที่ต่างกันได้บ้างตามที่รัฐบาลท้องถิ่นเห็นควร เช่น ประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวีย ประเทศฝรั่งเศส สำหรับหัวข้อที่กำหนดในการกำกับมาตรฐานนั้นมีความแตกต่างกันในแต่ละ

ละประเทศ เช่น ประเทศญี่ปุ่นจะเน้นเรื่องจำนวนบุคลากรต่อให้บริการ ขนาดพื้นที่ ประเทศฝรั่งเศสจะเน้นเรื่องกระบวนการคุณภาพ มาตรฐานทางกายภาพที่กำหนดโดยรัฐบาลท้องถิ่น โดยอาศัยแนวทางของประเทศ ส่วนประเทศเนเธอร์แลนด์เน้นเรื่องคุณภาพบริการ เป็นต้น

บริการภาคทางการและไม่เป็นทางการที่มีในระบบ

สิทธิประโยชน์สำหรับการดูแลระยะยาวสามารถแบ่งได้เป็น 3 ประเภท คือ บริการทางการแพทย์และการพยาบาล บริการทางสังคมและบริการที่พักและอาหาร (OECD, 2011)

1) บริการทางการแพทย์และการพยาบาล มักไปด้วยกันกับระบบหลักประกันสุขภาพของประเทศ ซึ่งถ้าเป็นแบบถ้วนหน้าทำให้บริการดูแลระยะยาวส่วนที่เป็นบริการทางการแพทย์การพยาบาลก็จะแบบถ้วนหน้าไปด้วย แต่อาจมีกลไกการจ่ายชดเชยแยกกันหรือรวมกับระบบหลักประกันสุขภาพขึ้นกับบริบทของประเทศ

2) บริการดูแลระยะยาวส่วนที่เป็นบริการทางสังคม บริการช่วยเหลือด้าน ADL และ IADL เช่น ช่วยจัดเตรียมอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น ในประเทศที่มีแนวคิดให้การช่วยเหลือบริการสังคมถ้วนหน้าก็ไม่ได้ให้ครอบคลุมอยู่ในสิทธิประโยชน์ทุกเรื่อง รวมทั้งอาจให้การช่วยเหลือในเรื่องที่มีสิทธิไม่เท่ากันขึ้นกับระดับรายได้ เช่น ประเทศฝรั่งเศส บางประเทศจะให้เฉพาะคนจน เช่น ประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา แคนาดา และนิวซีแลนด์

3) บริการที่พักและอาหารในสถานบริบาล มักเป็นสิทธิประโยชน์สำหรับการดูแลระยะยาวภาครัฐในระดับจำกัด ยกเว้นในกลุ่มผู้มีรายได้น้อย ในประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา ฝรั่งเศส อย่างไรก็ตามบางประเทศ เช่น ประเทศสวีเดน เนเธอร์แลนด์ แคนาดาและนิวซีแลนด์ มีการให้สิทธิประโยชน์นี้ทุกคน แต่ให้ไม่เท่ากันขึ้นกับรายได้ครอบครัว

สภาพแวดล้อมทางกายภาพของบริการ

ลักษณะทางกายภาพเป็นสิ่งสำคัญ อันจะมีผลกระทบต่อรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนที่มีสภาวะทางกายภาพหรือสมองที่มีข้อจำกัด เช่น ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลระยะยาว การปรับสภาพแวดล้อมจึงจำเป็นต้องมีการปรับให้เข้ากับบริบทของผู้รับบริการ ซึ่งในหลายประเทศได้ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงมักเห็นนโยบายในการปรับสภาพแวดล้อมแก่ผู้รับบริการได้ผลที่ต่างกันไปตามชนิดความต้องการของผู้รับบริการ รวมไปถึงบริบทสภาพแวดล้อมทางกายภาพดั้งเดิมภายในประเทศเอง เช่น ประเทศอังกฤษมีการปรับสภาพแวดล้อมโดยคำนึงถึงบริการด้านความร้อนและแสงสว่างและบริการด้านสุขอนามัยและการควบคุมการติดเชื้อ ประเทศแคนาดามีการปรับนโยบายในการให้การดูแลผู้สูงอายุและคู่สมรสให้อยู่ในสถานบริการ แม้ว่าความต้องการในการดูแลจะอยู่ในระดับที่ต่างกัน ประเทศญี่ปุ่นมีการเพิ่มเติมในส่วนของสิ่งอำนวยความสะดวกพิเศษในการอาบน้ำ (Special Bathing facilities) และห้องให้คำปรึกษา

อัตราบุคลากร

ทรัพยากรบุคคลถือเป็นกำลังหลักในการให้บริการในระบบการดูแลระยะยาว เพื่อให้ระบบมีการดำเนินงานไปอย่างมีมาตรฐานและมีประสิทธิภาพ รัฐจำเป็นต้องมีการกำหนดอัตราบุคลากรที่เหมาะสมกับบริบทความต้องการของแต่ละประเทศ ซึ่งแต่ละประเทศจะมีการกำหนดอัตราบุคลากรด้วยเกณฑ์ต่างๆ โดยทั่วไปมักจะคำนึงถึงอายุขั้นต่ำของบุคลากรในตำแหน่งเฉพาะ เช่น บุคลากรของประเทศอังกฤษที่ให้การดูแลสุขวิทยาต้องมีอายุอย่างน้อย 18 ปี และบุคลากรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบเป็นหัวหน้าต้องมีอายุอย่างน้อย 21 ปี การกำหนดชั่วโมงการทำงานที่เหมาะสม เช่น เจ้าหน้าที่ในประเทศแคนาดาควรมีการดูแล อย่างน้อยให้เท่ากับ 3.5 ชั่วโมงต่อคนต่อวัน การกำหนดอัตราส่วนบุคลากรต่อประชากรที่ใช้บริการ เช่น ใน Nursing home ของประเทศญี่ปุ่นได้กำหนดอัตราแพทย์ ตามความจำเป็น อัตราพยาบาล 1 คน ถ้ามีผู้พักอาศัย ≤ 30 คน พยาบาล 2 คน ถ้ามีผู้พักอาศัย 31-50 คน และพยาบาล 3 คน ถ้ามีผู้พักอาศัยเกิน 50 คน ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีการคำนวณอัตรากำลังในสถานดูแลระยะยาวตามชั่วโมงความต้องการการดูแลของผู้พักอาศัย โดยเฉลี่ย ผู้สูงอายุแต่ละคนต้องการการดูแลประมาณ 4.55-5.85 ชม./วัน แบ่งเป็น พยาบาล 0.75-1.15 ชม./ผู้พักอาศัย/วัน ผู้ช่วยพยาบาล 0.70-1.30 ชม./ผู้พักอาศัย/วัน และผู้ช่วยการพยาบาล (ผู้ช่วยดูแล) 2.70-2.80 ชม./ผู้พักอาศัย/วัน เป็นต้น รวมไปถึงจำนวนบุคลากรตามระดับความรุนแรงของผู้รับบริการ เช่น การใช้อัตรากำลังของบุคลากรต่อผู้สูงอายุในประเทศออสเตรเลียขึ้นอยู่กับระดับของการดูแล 7 ระดับ เพื่อให้การบริการมีความเพียงพอต่อความต้องการอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

ทักษะและประสิทธิภาพของบุคลากร

เนื่องจากระบบการดูแลระยะยาว เป็นการผสมผสานระบบบริการทางสุขภาพและสังคมไว้ด้วยกัน ในส่วนของด้านบริการทางสุขภาพ ผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีทักษะเฉพาะทางวิชาชีพ เนื่องจากลักษณะการให้บริการมีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพรวมถึงความปลอดภัยของผู้รับบริการ ซึ่งหากการให้บริการนั้นขาดทักษะหรือไม่ได้มาตรฐานจะทำให้เกิดความเสียด้านสุขภาพและชีวิตของผู้รับบริการ ดังนั้นทักษะและประสิทธิภาพของบุคลากรจึงเป็นประเด็นที่สำคัญมากในการประกอบวิชาชีพที่มีความเกี่ยวข้องกับสุขภาพและชีวิตของผู้รับบริการ แต่ละประเทศจึงมีการรับรองทักษะแก่ผู้ที่มีทักษะทางวิชาชีพที่ผ่านมาตรฐานที่กำหนดไว้จากองค์กรระดับประเทศหรือองค์กรระดับนานาชาติ เพื่อเป็นการคัดบุคลากรเข้าระบบการให้บริการอย่างมีมาตรฐาน เช่น ในประเทศอังกฤษต้องมีบุคลากรที่ได้รับการอบรมในอัตราส่วนอย่างน้อย ร้อยละ 50 ทั้งนี้ ไม่นับรวมผู้จัดการที่ขึ้นทะเบียนและมีแนวทางการดำเนินการและการตรวจสอบคุณสมบัติบุคลากรอย่างเคร่งครัดตามนโยบายขององค์กร โดยบุคลากรที่เข้ามาจะได้รับการอบรมพื้นฐานที่มีมาตรฐานตามองค์กร และการอบรมระดับชาติ หรือในบางประเทศมีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อกำกับมาตรฐานทางวิชาชีพ เช่น ในประเทศสวีเดนมีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติประเทศสวีเดน โดยได้ออกระเบียบว่าด้วย

บุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดการผู้สูงอายุรายกรณีหรือผู้ประเมินความต้องการ ควรผ่านการศึกษาในระดับมหาวิทยาลัย ในสาขาสังคมหรือการดูแลทางสังคมและความรู้ในด้านสำคัญต่างๆ

นอกจากนี้ในส่วนของการบริการทางสังคมในบางประเทศก็อาจมีการคำนึงถึงทักษะเฉพาะทางวิชาชีพเพื่อการบริการที่เป็นมาตรฐานภายในประเทศ เช่น ประเทศญี่ปุ่นมีการอบรมพนักงานดูแลอย่างเป็นระบบ โดยมีหลักสูตรการเรียนการสอนสำหรับการดูแลระยะยาว โดย Entry level care worker ต้องอบรมเป็นเวลาอย่างต่ำ 130 ชั่วโมง นักสังคมสงเคราะห์ที่มีใบรับรองต้องสอบผ่านการประเมินจากภาครัฐหรือจบการศึกษาในระดับวิทยาลัย/มหาวิทยาลัยในสาขาที่เกี่ยวข้อง โดยหลักสูตรภาคปฏิบัติอาจเป็นการฝึกอบรมจากโรงเรียนเฉพาะทาง 2 ปี (1,650 ชั่วโมง) หรือการฝึกอบรมในระดับมัธยมศึกษา 1,190 ชั่วโมงหรือมีประสบการณ์การดูแลมากกว่า 3 ปี

ค่าใช้จ่าย

ค่าใช้จ่ายในระบบการดูแลระยะยาว สามารถแบ่งแหล่งที่มาของเงินได้ 3 แหล่งหลัก ได้แก่ จากรัฐ จากประชาชนและจากการประกัน ซึ่งส่วนใหญ่แล้วในการเข้ารับบริการรัฐจะใช้วิธีการร่วมจ่ายเพื่อกระจายความรับผิดชอบมิให้ตกอยู่ที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งจนเกินไป เช่น ในประเทศแคนาดา ประเทศนิวซีแลนด์ ในบางกลุ่มประเทศจะมุ่งเน้นไปที่ระบบการประกันในการจ่ายเพื่อมิให้เป็นภาระทางการคลังของประเทศมากนัก เช่น ประเทศญี่ปุ่น ประเทศนิวซีแลนด์ (มีทั้งระบบประกันของรัฐบาลและเอกชน) ประเทศออสเตรเลีย และในบางประเทศรัฐบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบการจ่ายแก่ประชาชนเนื่องจากสามารถเก็บภาษีประชาชนในประเทศได้มาก และบริบททางสังคมมีอุดมการณ์ให้รัฐเป็นผู้รับผิดชอบสวัสดิการของประชาชน เช่น กลุ่มประเทศแถบสแกนดิเนเวียโดยเฉพาะประเทศสวีเดน ทั้งนี้ในมิติของการรับบริการในสถานพยาบาล จะมีค่าใช้จ่ายจากการบริการอาหารและห้องพักที่เพิ่มขึ้นมาซึ่งเมื่อคิดค่าบริการแล้วจะเป็นจำนวนเงินที่ค่อนข้างสูง ในบางประเทศ เช่น ประเทศอังกฤษและประเทศแคนาดา จึงมีการประเมินระดับความรุนแรงของผู้เข้ารับบริการดังกล่าวก่อนจะนำผู้รับบริการเข้าระบบ

4. กระบวนการให้บริการร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เนื่องจากระบบการดูแลระยะยาว เป็นระบบที่ผสมผสานระหว่างระบบบริการทางสุขภาพและระบบการบริการทางสังคม การดำเนินการให้บริการในระบบการดูแลระยะยาวจึงจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการทั้ง 2 ระบบเข้าด้วยกันอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อให้การบริการเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและจริยธรรมทางสังคม จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากทั้งทางภาคส่วนของสุขภาพและสังคมมาทำงานร่วมกัน เช่น ในประเด็นของ การุณยฆาต (mercy killing) เป็นหัวข้อที่ต้องมีการบูรณาการเพื่อให้ได้ข้อสรุปแนวปฏิบัติที่เหมาะสมต่อบริบททางสังคม ซึ่งประเทศเนเธอร์แลนด์และประเทศฝรั่งเศสเล็งเห็นความสำคัญของประเด็นนี้จนมีการผลักดันให้เกิดนโยบายเกี่ยวกับประเด็นดังกล่าว

การบูรณาการการทำงานของทั้ง 2 ภาคส่วนเป็นปัญหาในหลายประเทศ เนื่องจากความแตกต่างเชิงมิติของภาระงาน การร่วมมือการทำงานตามชื่อที่ถูกกำหนด (label) จึงอาจเป็นอุปสรรคต่อการร่วมมือประสานงานกัน ในหลายประเทศจึงเลือกใช้วิธีทางกฎหมายมาช่วยขับเคลื่อนให้ระบบดำเนินไปได้สะดวกขึ้น เช่น ในประเทศอังกฤษได้กำหนดมาตรฐานการดูแลของประเทศอังกฤษ เรียกว่า มาตรฐานของคุณภาพและความปลอดภัยที่สำคัญ 28 ประการ (28 Essential standards of quality and safety) ในประเทศสวีเดนได้จัดตั้งพระราชบัญญัติบริการสังคม (Social Service Act) และพระราชบัญญัติสุขภาพและบริการทางการแพทย์ (The Health and Medical Services Act) ในประเทศออสเตรเลีย ได้จัดตั้งพระราชบัญญัติการดูแลผู้สูงอายุและหลักการดูแลอย่างมีคุณภาพ 1997 ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้จัดตั้ง The Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987 ดำเนินการพัฒนาเครื่องมือที่ได้มาตรฐานเพื่อที่จะได้นำไปใช้กับสถานบริบาลที่อยู่ภายใต้ระบบ Medicare, Medicaid เป็นมาตรฐานขั้นต่ำที่เรียกว่า The Minimum Data Set (MDS)

ทั้งนี้ ยังมีกลุ่มประเทศที่ยังไม่ได้จัดตั้งกฎหมายมาบังคับใช้เพื่อให้การดำเนินงานในประเทศเกิดความยืดหยุ่น จึงเลือกจัดตั้งแนวทางในการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ เช่น ในประเทศนิวซีแลนด์มีกระบวนการประเมินแบบผสมผสาน โดยบริการการดูแลผู้สูงอายุประจำท้องถิ่นทั้งในการรักษาและการฟื้นฟูสภาพการเจ็บป่วย ใช้การประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม (comprehensive geriatric assessment) ในเขตเศรษฐกิจฮ่องกงมีการออกข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการ (quality of service) และ The Elderly Homes Ordinance ต่อมา ปี ค.ศ. 1995 กำหนดมาตรฐานคุณภาพ 16 บริการที่จัดให้บริการโดยองค์กรเอกชนที่ไม่หวังผลกำไร (NGOs) และสถานบริบาลที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลและเมื่อปี ค.ศ. 1997

บางประเทศมีบริบทการบูรณาการงานระหว่างหน่วยงานที่เป็นเอกลักษณ์เฉพาะพื้นที่และเฉพาะกรณีของผู้รับบริการ จึงมีเพียงนโยบายเป็นกรอบกว้างๆ เพื่อให้การดำเนินการยืดหยุ่นและเหมาะสมต่อบริบทผู้รับบริการมากที่สุด เช่น ในประเทศแคนาดากำหนดเป้าหมายสำคัญ คือ การดูแลอย่างมีคุณภาพเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ความจำเป็นที่จะต้องสร้างความมั่นใจว่าผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลโดยเคารพซึ่งศักดิ์ศรี และมีความเชื่อพื้นฐานว่าสถานบริการระยะยาวมีความหมายเสมือนเป็น **บ้าน** ของผู้สูงอายุ หรือในประเทศญี่ปุ่นได้กำหนดมาตรฐานการดูแลของญี่ปุ่นส่วนใหญ่ยังเป็นเรื่องที่สถานบริบาลแต่ละแห่งกำหนดเองในรายละเอียด แต่มีเพียงเรื่องเดียวมีทางรัฐกำหนดอย่างชัดเจน คือ ทีมผู้ดูแลต้องมีการประชุมหารือ กำหนดวัตถุประสงค์ ระยะเวลาที่จะอยู่ในสถานบริบาลและต้องอธิบายสาเหตุให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจและมีการจ่ายเงินเพื่อเป็นแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน (performance incentive) สำหรับสถานบริบาลที่มีกระบวนการให้ความรู้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว

การประเมินความต้องการ

ในประเทศญี่ปุ่นผู้ที่ต้องการได้รับสิทธิประโยชน์หรือผู้ดูแล (คนในครอบครัวหรือผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ) ต้องดำเนินการยื่นความประสงค์กับเทศบาล (Municipality) เขตพื้นที่นั้น เพื่อให้ประเมินเพื่อกำหนดระดับการช่วยเหลือการประเมินความต้องการ แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน 1) เป็นการประเมินเพื่อกำหนดระดับการช่วยเหลือ และ 2) เป็นการประเมินเพื่อจัดบริการเฉพาะตัวสำหรับผู้ที่ได้รับสิทธิประโยชน์ ส่วนในประเทศอังกฤษ อปท. ทำหน้าที่ประเมินความต้องการตามกรอบสิทธิที่ควรได้รับ เป็นต้น

มาตรฐานการดูแล

แต่ละประเทศกำหนดมาตรฐานและวิธีการปฏิบัติแตกต่างกันไป เช่น ประเทศอังกฤษจะเน้น 6 ผลลัพธ์การดูแล ประเทศสหรัฐอเมริกาจะเน้นมาตรฐานขั้นต่ำในการดูแล มี 12 ตัวชี้วัด อย่างไรก็ตามจากการเปรียบเทียบมาตรฐานแต่ละประเทศมีมาตรฐานทั้งที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกัน สามารถสรุปมาตรฐานออกเป็น 7 ด้านใหญ่ คือ ด้านสุขภาพและความผาสุกทางกาย ด้านบริการดูแล ด้านความปลอดภัย ด้านบุคลากร ด้านการจัดการ ด้านการมีส่วนร่วมและด้านอื่นๆ ซึ่งในแต่ละด้านจะมีมาตรฐานย่อย รวมทั้งหมด 62 มาตรฐาน ดังแสดงใน ตารางที่ 14.1 และภาคผนวกที่ 7

ตารางที่ 14.1 (ร่าง) มาตรฐานสถานดูแลระยะยาว แบ่งเป็น 7 ด้าน 62 มาตรฐาน

ดัชนีชี้วัด
ด้าน 1 สุขภาพและความผาสุกทางกาย (Health & Physical well-being)
มาตรฐานที่ 1 ความสุขสบาย ความสะดวกสบาย
มาตรฐานที่ 2 ความปวด
มาตรฐานที่ 3 ภาวะด้านจิตใจ: ภาวะซึมเศร้า
มาตรฐานที่ 4 การหกล้ม: ประสิทธิภาพการหกล้ม การจัดการ
มาตรฐานที่ 5 การผูกมัด กักขัง หน่วงเหนี่ยวทางกายและการใช้สารเคมี
มาตรฐานที่ 6 การล่อลวงละเมิด
มาตรฐานที่ 7 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
มาตรฐานที่ 8 การใส่และค้ำสายสวนปัสสาวะ
มาตรฐานที่ 9 ภาวะโภชนาการ: การมีน้ำหนักลด
ด้าน 2 บริการดูแล (Care service)
มาตรฐานที่ 10 การบริการทางการแพทย์
มาตรฐานที่ 11 การดูแลจากพยาบาล
มาตรฐานที่ 12 การฟื้นฟูสมรรถภาพ/การเคลื่อนไหว
มาตรฐานที่ 13 Personal care: การดูแลสุขภาพปากและฟัน การขับถ่าย
มาตรฐานที่ 14 การได้รับสารน้ำ อาหาร
มาตรฐานที่ 15 การดูแลเรื้อรัง

มาตรฐานที่ 16 การดูแลระยะท้าย คุณภาพการตาย
มาตรฐานที่ 17 การตายและภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย
มาตรฐานที่ 18 การดูแลผิวหนัง
มาตรฐานที่ 19 การดูแลพฤติกรรม
มาตรฐานที่ 20 การจัดการกับประสาทรับความรู้สึก
มาตรฐานที่ 21 การจัดการในด้านเขาวงกตปัญญา
มาตรฐานที่ 22 การจัดการกับความสามารถในการสื่อสารของผู้พักอาศัย
มาตรฐานที่ 23 การดูแลการนอนหลับ
มาตรฐานที่ 24 การสนับสนุนทางอารมณ์ จิตใจ
มาตรฐานที่ 25 ความเป็นส่วนตัว มีศักดิ์ศรี
มาตรฐานที่ 26 งานอดิเรก กิจกรรมที่สนใจ
มาตรฐานที่ 27 วัฒนธรรม ชีวิตจิตวิญญาณ
มาตรฐานที่ 28 การดูแลทางสังคมและสวัสดิการ
- สันทนาการและกิจกรรมในชุมชน
- การดูแลสวัสดิการผู้สูงอายุ
มาตรฐานที่ 29 การติดตาม (Follow up)
ด้าน 3 ความปลอดภัย (Safety)
มาตรฐานที่ 30 ความปลอดภัยในการดูแล (Safety of care)
- ภาวะเสี่ยง (Risk): ผลกดทับ การไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย (Incontinence) การใส่สายสวนปัสสาวะค้างไว้ (retain F/C)
- การควบคุมการติดเชื้อ
- ภาวะแทรกซ้อน - การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
มาตรฐานที่ 31 การป้องกัน (Prevention)
มาตรฐานที่ 32 สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment)
- ระบบไฟ
- การควบคุมอุณหภูมิห้อง
- สิ่งแวดล้อม การอยู่อาศัย
- สภาพแวดล้อมของสิ่งอำนวยความสะดวก
- สุขอนามัยสิ่งแวดล้อม
- การระวังไฟไหม้ เหตุฉุกเฉิน ความปลอดภัย
ด้าน 4 บุคลากร (Staff)
มาตรฐานที่ 33 อัตรากำลัง (Staffing)
มาตรฐานที่ 34 การฝึกอบรมและความต่อเนื่อง (Training and continuity) การถ่ายโอนทักษะ
มาตรฐานที่ 35 ความสามารถในการปฏิบัติ (Performance)
มาตรฐานที่ 36 การสนับสนุนบุคลากร

มาตรฐานที่ 37 การธำรงรักษาบุคลากร
มาตรฐานที่ 38 ความปลอดภัยในอาชีพและสุขภาพ
ด้าน 5 การจัดการ (Management)
มาตรฐานที่ 39 ข้อมูลข่าวสาร (Information)
มาตรฐานที่ 40 การสื่อสาร (Communication)
มาตรฐานที่ 41 การจัดบันทึก
มาตรฐานที่ 42 การเข้าถึง (Accessibility)
- การเข้าถึงวัคซีน ไขหวัดใหญ่ วัคซีนอีกเสบ
มาตรฐานที่ 43 องค์กรดูแล (Care organization)
มาตรฐานที่ 44 ค่าเฉลี่ยวัสดุประสงค์
มาตรฐานที่ 45 การกำกับดูแล (Governance)
มาตรฐานที่ 46 การจัดการทรัพยากรบุคคล
มาตรฐานที่ 47 การวางแผนและการประเมินผล
มาตรฐานที่ 48 การจัดการทางการเงิน
มาตรฐานที่ 49 ความรับผิดชอบทางกฎหมาย
มาตรฐานที่ 50 การเข้าและการออก
มาตรฐานที่ 51 การประเมินความต้องการของผู้พักอาศัย
มาตรฐานที่ 52 การคุ้มครองสิทธิของผู้พักอาศัย
มาตรฐานที่ 53 การร้องเรียน
มาตรฐานที่ 54 การแจ้งเตือน: การเสียชีวิต เหตุการณ์ต่างๆ
มาตรฐานที่ 55 ความสั่นไหวของการบริการ (Service flow)
มาตรฐานที่ 56 ความร่วมมือกับผู้ให้บริการอื่นๆ
ด้าน 6 การมีส่วนร่วม (Participation)
มาตรฐานที่ 57 การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ (User's involvement)
มาตรฐานที่ 58 ความเป็นอิสระ (Autonomy)
มาตรฐานที่ 59 การให้ความยินยอมในการดูแลและการรักษา
ด้าน 7 อื่นๆ
มาตรฐานที่ 60 อาหาร (Food)
- การประกอบอาหาร/การซักล้าง
มาตรฐานที่ 61 การปฏิบัติพิธีทางศาสนา
มาตรฐานที่ 62 พื้นที่ว่างสำหรับผู้พักอาศัยและเจ้าหน้าที่

5. ผลลัพธ์ของการดูแล

ผลลัพธ์ของการดูแลทั้งด้านความพึงพอใจและต่อคุณภาพชีวิต ส่วนใหญ่จะครอบคลุมปัจจัยทางกายภาพ จิตวิทยา และสังคม (Bio-psycho-social determinants) ของผู้รับบริการหลังจากได้รับบริการแล้ว จึงมักมีการวัดผลในรูปแบบของการสำรวจความพึงพอใจ เช่น ในประเทศเนเธอร์แลนด์ ประเทศออสเตรเลีย รวมไปถึงการประเมินผลลัพธ์ที่ความผาสุกและคุณภาพการตายของผู้ที่อยู่ในภาวะใกล้ตายในประเทศอังกฤษ เพื่อดูผลลัพธ์ทางจิตวิทยา สำหรับผลลัพธ์ทางสังคม ในประเทศสวีเดนได้มีการสำรวจคุณภาพการบริการดูแลที่บ้านและในที่อยู่อาศัยพิเศษในทุกเทศบาลจากมุมมองของผู้ใช้บริการขึ้นเป็นครั้งแรก เมื่อปี ค.ศ. 2008 พบว่าในกลุ่มผู้ให้บริการในที่อยู่อาศัยพิเศษมีความพึงพอใจค่อนข้างต่ำในด้านการได้รับข้อมูลข่าวสาร อาหารและปฏิสัมพันธ์และกิจกรรมทางสังคม สำหรับการประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ สามารถพบได้ในประเทศญี่ปุ่น ซึ่งมีงานวิจัยที่สุ่มสำรวจภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มผู้พึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในสถานบริบาลและโรงพยาบาลที่ให้การดูแลระยะยาว พบอุบัติการณ์และความชุกการเกิดแผลกดทับร้อยละ 9.6 และ 1.9 ต่อเดือนตามลำดับ ส่วนมาตรฐานคุณภาพการตายเป็นส่วนหนึ่งการตรวจประเมินการดูแลระยะยาวโดยไม่ได้มีกฎหมายเฉพาะในเรื่องการดูแลระยะยาวแต่อาศัยกฎหมายอื่น

6. กลไกในการกำกับมาตรฐาน

กลไกในการกำกับมาตรฐาน มีความสำคัญมากในการตรวจสอบระบบการดูแลระยะยาวเพื่อคงไว้ซึ่งมาตรฐานแห่งการบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของบริการภายในสถาบัน ดังนั้นในหลายประเทศจึงมีการจัดตั้งคณะกรรมการกำกับคุณภาพขึ้น เช่น ในประเทศอังกฤษ มีสำนักงานคณะกรรมการกำกับดูแลคุณภาพ (Care Quality Commission: CQC) ซึ่งเป็นองค์กรอิสระ ในประเทศสวีเดนมีคณะกรรมการสุขภาพและสวัสดิการแห่งชาติทำหน้าที่ในการควบคุมด้านคุณภาพกำกับดูแลกิจกรรมในการดูแลระยะยาว ในประเทศสหรัฐอเมริกาเมืองค์กรที่ทำหน้าที่ในการประกันคุณภาพบริการทางสุขภาพเป็นองค์กรอิสระมีชื่อเสียงและได้รับการยอมรับในระดับนานาชาติคือ Joint Commission International (JCI) ในประเทศญี่ปุ่นมีระบบคุณภาพของญี่ปุ่น ในส่วนมาตรฐานสถานบริการเป็นบทบาทของกระทรวงสุขภาพ แรงงานและสวัสดิการสังคม ส่วนเรื่องคุณภาพบริการ มี Japan Council for Quality Health Care (JCQHC) ในเขตเศรษฐกิจพิเศษฮ่องกงมีการเริ่มก่อตั้งโครงการการรับรองสถานดูแลผู้สูงอายุ (Residential Aged Care Accreditation Scheme: RACAs) ในปี ค.ศ. 2005 มีเป้าหมายเพื่อยกระดับคุณภาพการบริการในสถานดูแลผู้สูงอายุใน ปี ค.ศ. 2008 RACAs ได้รับการรับรองจาก ISQua's (International Society for Quality in Health Care ฝรั่งเศสมีหน่วยงานระดับชาติ 2 หน่วยงานรับผิดชอบดูแลด้านมาตรฐานการดูแล คุณภาพและการให้การรับรองคุณภาพการดูแลระยะยาว คือ French Health Authority (HAS) ในส่วนของสถานพยาบาลและ National Agency for Evaluation and Quality (ANESM) สำหรับสถานบริบาล

แต่ในบางประเทศเลือกจัดตั้งกฎหมายเพื่อควบคุมมาตรฐานการบริการการดูแลระยะยาว เช่น ในประเทศแคนาดา มีการอบการกำกับมาตรฐานการดูแลและคุณภาพชีวิต การดูแลระยะยาวอยู่ภายใต้

พระราชบัญญัติสถานดูแลระยะยาว (Long Term Care Homes Act: LTCHA) ปี ค.ศ. 2010 หน่วยงานรับรองมาตรฐานระบบบริการสุขภาพเป็นองค์กรอิสระแห่งชาติของรัฐบาลที่ไม่แสวงหากำไร และผู้ให้การดูแลในการบริการสุขภาพที่จัดทำประเมินด้วยการเยี่ยมชมสำรวจ (peer review) หรือในประเทศออสเตรเลียตาม พรบ.การดูแลผู้สูงอายุ 2007 กำหนดระเบียบหลักการและการเงินของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและหลักการดูแลอย่างมีคุณภาพและมีองค์กรรับรองมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุและการรับรองคุณภาพ (Aged Care Standard and Accreditation Agency: ACSAA) ในประเทศนิวซีแลนด์ ระบบการควบคุมและการกำกับมาตรฐานจัดกระทำโดยพระราชบัญญัติ (Act) กฎระเบียบ (Regulations) และมาตรฐานการปฏิบัติและการให้รหัส (Standards and Codes of Practice) ในประเทศเนเธอร์แลนด์มีกฎหมาย Quality of Care Act (for Healthcare Organizations) (KWZ) และองค์กรอิสระที่ตรวจสอบมาตรฐานร่วมด้วย คือ Foundation for the Harmonization of Quality in the Healthcare Sector (HKZ) นอกจากนั้นกระทรวงสุขภาพยังได้ตั้งคณะกรรมการเพื่อจัดทำตัวชี้วัดคุณภาพ (quality indicators)

บทที่ 15

การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา ในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย

บทนำ

ในบทนี้ ผู้วิจัยขอนำเสนอสรุปผลการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการดำเนินการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) ผู้เชี่ยวชาญและผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ใน 4 ภูมิภาคของประเทศ โดยแบ่งออกเป็นภูมิภาคละ 1 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ส่วนกรุงเทพมหานครและปริมณฑล แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม เนื่องจากการวิจัยของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ (2552) พบว่า สถานดูแลผู้สูงอายุเกือบครึ่งหนึ่งอยู่ในเขตนี้ รวมจำนวนทั้งหมด 6 กลุ่ม มีผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่มทั้งหมด 60 คน ได้แก่ ภาคเหนือ จัดที่จังหวัดเชียงใหม่ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จัดที่จังหวัดนครราชสีมา ภาคกลาง จัดที่จังหวัดราชบุรี กรุงเทพมหานครและปริมณฑล และภาคใต้จัดที่จังหวัดสงขลา

สรุปผลการศึกษา พบว่า ในประเทศไทยรูปแบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุภาวะพึ่งพาในสถานบริการ มี 3 รูปแบบโดยลักษณะการจัดบริการไม่ได้ออกแบบมาเพื่อเป็นการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุตั้งแต่แรกตั้ง รูปแบบการจัดบริการจึงเน้นการดูแลด้านสวัสดิการสังคมส่วนใหญ่ ต่อมาเมื่อความต้องการทางด้านสุขภาพมีมากขึ้นจึงได้ปรับปรุงให้มีความเหมาะสมกับความต้องการ และมีเพียง 1 รูปแบบคือสถานบริบาลสำหรับผู้สูงอายุในภาคเอกชนที่มีวัตถุประสงค์ที่ชัดเจนว่า จัดบริการสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีความต้องการด้านสุขภาพ และไม่สามารถดูแลตนเองได้ อย่างไรก็ตามการออกแบบและการจัดบริการดูแลส่วนใหญ่เป็นการจัดตามประสบการณ์ที่เคยดูแลผู้สูงอายุและการศึกษาความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ โดยพยายามปรับปรุงให้ตอบสนองกับความต้องการมากที่สุด และยังไม่ได้ดำเนินการตามมาตรฐานสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ การออกแบบและการจัดบริการใช้ฐานคิดจากสถานพยาบาล หรือโรงพยาบาลเป็นหลัก จากผลการสนทนากลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์การจัดบริการการดูแลระยะยาวใน ภูมิภาคต่างๆ ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง กรุงเทพมหานครและปริมณฑล คณะผู้วิจัยสรุปสถานการณ์การดูแลระยะยาวได้ดังนี้

1. รูปแบบการดูแล
2. โครงสร้างสถานบริการการดูแลระยะยาว ประกอบด้วย การจัดสถานที่สิ่งแวดล้อม ตลอดจนอุปกรณ์เทคโนโลยีที่ใช้ในการดูแล อัตรากำลังและสมรรถนะของบุคลากร การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร
3. กระบวนการการจัดบริการดูแลระยะยาว ประกอบด้วยกิจกรรมการดูแล มาตรฐานการดูแล

4. ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์
5. กลไกการกำกับติดตาม
6. ข้อเสนอมาตรฐานและแนวทางการพัฒนาการดูแลระยะยาว

1. รูปแบบการดูแล รูปแบบของการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพาในสถานบริการจากการศึกษาพบว่าแบ่งเป็น 3 ลักษณะ

1.1 การจัดบริการระยะยาวในภาครัฐและเอกชน ในสถานสงเคราะห์คนชรา บ้านพักของมูลนิธิเอกชน

ลักษณะการจัดโครงสร้างโดยทั่วไปคล้ายคลึงกันทั่วประเทศ มีทั้งสถานสงเคราะห์ที่โอนย้ายไปอยู่กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานสงเคราะห์ที่ยังไม่ได้โอนย้าย เนื่องจากสถานสงเคราะห์คนชราโดยปกติแล้วไม่ได้เป็นการจัดเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพตั้งแต่ในระยะแรก ส่วนใหญ่เป็นการดูแลเชิงสังคม แต่ต่อมาผู้สูงอายุมีความชรา และบางส่วนมีภาวะพึ่งพา เจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ปัจจุบันสภาพของผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่ม B และ กลุ่ม C (กลุ่มพึ่งพาในระดับมากถึงมากที่สุด) ซึ่งมีความต้องการดูแลมากทางสุขภาพมากขึ้น ส่วนใหญ่การดูแลที่ทำได้ดีและมีมาตรฐานคือการดูแลเชิงสังคม เช่น กิจกรรมการดูแลพื้นฐานในเรื่องการช่วยทำความสะอาดร่างกาย กิจกรรมนันทนาการ และการฟื้นฟูการเคลื่อนไหวร่างกาย ในขณะที่กลุ่ม B และ C มีจำนวนเพิ่มขึ้นกว่าในอดีต และมีความต้องการการดูแลทางสุขภาพมากขึ้นตามภาวะการพึ่งพา แต่ยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการด้านนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนลักษณะการการดูแลในรูปแบบบ้านพักของมูลนิธิก็เช่นกันรับดูแลผู้สูงอายุที่ไร้ที่พึ่ง แต่ปัจจุบันความต้องการทางด้านสุขภาพมากขึ้นจึงพัฒนารูปแบบการดูแลให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพามากขึ้น

1.2 การจัดบริการระยะยาวในภาคเอกชน ในสถานบริบาล (Nursing home)

ลักษณะการจัดบริการในสถานบริบาลนั้นมีวัตถุประสงค์ชัดเจนว่าเปิดรับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการด้านสุขภาพและครอบครัวไม่สามารถจัดการดูแลตามลำพังได้ เช่น เจ็บป่วยเรื้อรัง ได้แก่โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคสมองเสื่อม ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ส่วนใหญ่จะตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาเกือบทั้งหมด และเน้นกิจกรรมทางด้านการดูแลสุขภาพ มีพยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำตลอด 24 ชั่วโมงผู้ดูแลหลักจะเป็นนักบริบาล ซึ่งผ่านการอบรมจากโรงเรียนบริบาล แต่การเปิดให้บริการจะยังไม่มีมาตรฐานกลางที่จะใช้เป็นแนวทางจึงมีลักษณะแตกต่างหลากหลาย การออกแบบการจัดบริการตามประสบการณ์ที่ได้ดูแลญาติและศึกษาเพิ่มเติมโดยอิงการจัดบริการตามแบบสถานพยาบาล ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑลมีจำนวนสถานบริบาลมากที่สุด อย่างไรก็ตามด้วยนโยบายของรัฐบาลที่มีการส่งเสริมให้ภาคเอกชนที่สนใจเปิดบริการดูแล ประกอบกับความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา จึง

ส่งผลให้ภายในระยะเวลา 2-3 ปีที่ผ่านมา มีการเปิดบริการจำนวนมากขึ้น ขยายสาขามากขึ้นทั้งในต่างจังหวัด และกรุงเทพมหานคร

1.3 การจัดการบริการระยะยาวในโรงพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน

รูปแบบการจัดในลักษณะนี้มีในโรงพยาบาลเพียงบางแห่ง เช่น ในภาคเหนือ ภาคกลาง และ กรุงเทพมหานคร เป็นการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีความต้องการการดูแลสุขภาพและบางแห่ง ครอบคลุมการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต ครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลที่บ้านได้ มีการดูแลที่ซับซ้อน การจัดการดูแลที่บ้านมีข้อจำกัด นอกจากนี้ผู้รับบริการบางส่วนไม่มั่นใจในคุณภาพของสถานบริการที่เปิดอยู่ใน จังหวัดต่างๆ ในแง่ของมาตรฐานและคุณภาพการดูแลจึงเข้ามารับบริการ ลักษณะการจัดเป็นหอผู้ป่วยที่ได้ ปรับปรุงจากหอผู้ป่วยทั่วไป ให้มีความเหมาะสมกับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพา อย่างไรก็ตาม การจัดการบริการโดยทั่วไปใช้รูปแบบของการจัดแบบโรงพยาบาล

2. โครงสร้างการบริการระยะยาว

ในด้านโครงสร้างสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ส่วนใหญ่ไม่ได้ออกแบบมาสำหรับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ สถานบริการที่เปิดช่วงแรกๆ จะเปิดการดูแลควบคู่กันระหว่าง กลุ่มผู้สูงอายุและเด็ก แต่ ปัจจุบันความต้องการกลุ่มเด็กน้อยลงมาก และมีความต้องการกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า พบว่าในระยะเวลา ประมาณ 2-3 ปีที่ผ่านมา มีความต้องการการดูแลมากขึ้น มีจำนวนผู้สูงอายุเข้ารับบริการมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สถานบริการหลายแห่งขยายบริการเพิ่มขึ้น นอกจากนี้บางรายแต่เดิมเปิดเป็นโรงเรียนบริบาลมาเป็น ระยะเวลาและเปิดเป็นศูนย์เลี้ยงเด็ก แต่ภายหลังนอกจากความต้องการที่ลดลงแล้วพบว่า การดูแลเด็กเล็ก มีความเสี่ยงมากกว่าจึงผันตัวเองมาเปิดเป็นสถานบริการ เนื่องจากผลประโยชน์ดีกว่า

2.1 โครงสร้างทางกายภาพและการจัดสิ่งแวดล้อม

สถานบริการที่เปิดมาตั้งแต่ระยะแรก ออกแบบเป็นอาคารคล้ายกับโรงพยาบาลแต่มีขนาดเล็ก เป็นอาคารพาณิชย์ หรือปรับปรุงจากหอพัก บ้านพัก หากเป็นสถานบริการที่เปิดขึ้นใหม่ การออกแบบ สถานที่สิ่งแวดล้อมจะออกแบบคล้ายบ้าน เช่น จัดเป็นบ้านแต่ละหลัง ด้วยเหตุผลว่าการดูแลผู้สูงอายุให้อยู่ใน สถานที่บรรยากาศคล้ายบ้านของตนเอง ไม่ใช่ลักษณะของโรงพยาบาล นอกจากนี้มีการปรับปรุงสถานที่ที่มีอยู่ เนื่องจากไม่ได้มีการกำหนดตั้งแต่แรกว่าจะต้องมีการจัดสิ่งแวดล้อมหรือลักษณะของสถานที่มาก่อน อย่างไรก็ตาม พยายามจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความอบอุ่น สะดวกคล้ายบ้านให้มากที่สุด มีสัดส่วนแยกแยะระหว่างผู้ป่วยแต่ละ ประเภทเพื่อสะดวกในการจัดการดูแล ทั้งนี้เนื่องจากผู้รับบริการคือผู้สูงอายุซึ่งมีระดับการพึ่งพาและการได้รับการดูแลแตกต่างกัน และมีบางสถานบริการที่ให้บริการผู้สูงอายุในระยะพักฟื้นจากโรงพยาบาล ตลอดจนการดูแลในระยะสุดท้ายกระทั่งเสียชีวิต และเจ้าของกิจการบางแห่งยอมรับว่า การจัดการที่เป็นอยู่ไม่ได้

ออกแบบมาเพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสม แต่ภายหลังจากการให้บริการจึงนำประสบการณ์ และการศึกษารเรียนรู้เพิ่มเติมมาปรับปรุงโครงสร้าง สิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสมมากขึ้น เช่น การปรับเตียงให้สามารถปรับระดับได้ และลดความสูงของเตียงเพื่อสะดวกในการเคลื่อนย้าย ปรับห้องให้มีจำนวนเตียงไม่มาก เช่น พักรวมกันไม่เกิน 2-3 คน การเพิ่มช่องว่างระหว่างเตียงและพื้นที่กว้างขึ้นเพื่อให้สามารถใช้รถเข็นสะดวกขึ้น ปรับปรุงห้องน้ำ เพิ่มพื้นที่ในการทำกิจกรรมมากขึ้น เช่น จัดเป็นห้องทำกิจกรรม สันทนาการ ทำบันไดหนีไฟ ปรับทางลาด มีสวนหย่อม เป็นต้น อย่างไรก็ตามในประเด็นเรื่อง การระบายอากาศ การป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ การกำจัดขยะ ยังไม่ได้กำหนดและจัดทำเป็นมาตรฐานที่ชัดเจน ตลอดจนยังไม่ได้มีการตรวจสอบประเมินโดยผู้ที่มีหน้าที่หรือองค์กรที่รับผิดชอบดูแลมาตรฐานดังกล่าวโดยเฉพาะ

ส่วนโครงสร้างในสถานสงเคราะห์ก็เช่นเดียวกัน ภายหลังจากที่ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสุขภาพมากขึ้น มีโรคเรื้อรัง มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้น จึงได้มีการปรับปรุงการจัดการดูแล มีการแยกกลุ่มนี้ออกไปดูแลในอาคารใหม่ต่างหาก อย่างไรก็ตามการออกแบบอาคารยังไม่ได้จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ การจัดเป็นลักษณะเดียวกับสถานพยาบาลทั้งเตียงนอน อุปกรณ์เครื่องใช้ต่างๆ

ประเภทผู้รับบริการ เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรค สมอ่งเสื่อม โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูง โรคมะเร็ง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย จนถึงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ นอนติดเตียง แบ่งเป็น 3 ประเภท ประเภทที่ 1 พอลช่วยเหลือตัวเองได้ ประเภทที่ 2 รู้สึกตัวแต่ช่วยเหลือตัวเองไม่ค่อยได้ ประเภทที่ 3 เป็นประเภทช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ติดเตียง) สถานบริบาลบางแห่งเปิดให้บริการแบบศูนย์ดูแลกลางวัน ไปเข้าเย็นกลับแต่ส่วนใหญ่จะรับดูแลตลอด 24 ชั่วโมง นอกจากนี้สถานบริบาลบางแห่งยังได้รับผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและยังไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้หรือยังไม่มีความพร้อมในการกลับไปดูแลพลที่บ้าน โดยรับมาในลักษณะพักฟื้นจนกระทั่งญาติสามารถดูแลได้ก็จะรับกลับไปดูแลต่อที่บ้าน ส่วนใหญ่มีความต้องการการดูแลในระดับมาก และครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลที่บ้านได้

อุปกรณ์และเทคโนโลยี โดยทั่วไปอุปกรณ์และเทคโนโลยีที่ใช้ส่วนใหญ่ จะเป็นอุปกรณ์พื้นฐานสำคัญสำหรับการช่วยเหลือดูแลโดยทั่วไป เช่น รถเข็น เครื่องมืออุปกรณ์ช่วยพื้นคืบชันเบื้องต้น และเครื่องตรวจระดับน้ำตาล เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องช่วยดูดเสมหะ อุปกรณ์ให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น อุปกรณ์บางอย่างอาจจะไม่จำเป็นสำหรับสถานบริบาล อย่างไรก็ตามยังไม่ได้มีการกำหนดมาตรฐานชัดเจนว่า ควรจะมีอุปกรณ์ประเภทไหนอย่างไรที่จะเหมาะสมสำหรับการดูแลเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุระยะยาว

2.2 อัตรากำลังและสมรรถนะของบุคลากร

ในสถานสงเคราะห์ทุกแห่ง จะไม่มีบุคลากรวิชาชีพดูแลเป็นหลัก เช่น พยาบาลวิชาชีพและบางแห่งจ้างพยาบาลวิชาชีพบางเวลาไม่ได้อยู่ประจำ แต่จะมาดูแลและให้การช่วยเหลือแนะนำเจ้าหน้าที่โดยเจ้าหน้าที่จะได้รับการอบรมให้มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้มีเงื่อนไขทั้งในแง่กรอบอัตรากำลัง

ความก้าวหน้าในตำแหน่ง บางแห่งยอมรับว่า การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีภาระหนักภายหลังจากมาปฏิบัติงานไม่นานก็ขอย้ายออก ประกอบกับการโอนย้ายไปอยู่กับองค์กรส่วนปกครองท้องถิ่นเองยังไม่มี ความชัดเจนในกรอบตำแหน่งงาน ความก้าวหน้า ปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งของการจัดบริการระยะยาวในสถานสงเคราะห์คนชรา คือขาดแคลนในระดับวิชาชีพ ไม่ว่าจะเป็น พยาบาลวิชาชีพ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนาการ หากเป็นระดับต่ำกว่าวิชาชีพ ได้แก่ พี่เลี้ยง สัดส่วนของพี่เลี้ยงกับจำนวนผู้สูงอายุ ในบางแห่งจำนวนพี่เลี้ยง 1 คน ดูแลผู้สูงอายุ 20 คน นอกจากนี้ยังขาดทักษะและความสามารถในการดูแลในผู้สูงอายุกลุ่ม B และ กลุ่ม C ทั้งนี้ในการดูแลกลุ่มดังกล่าวพี่เลี้ยงจะต้องพัฒนาความรู้และทักษะการดูแลด้านสุขภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามผู้ปฏิบัติได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาเพิ่มการฝึกอบรมแต่ก็ยังไม่เพียงพอ การแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าดำเนินไปตามความรับผิดชอบเท่านั้น เช่น ปัญหาขาดทักษะการดูแลในกลุ่มติดเตียงของพี่เลี้ยง โดยขอความอนุเคราะห์ไปยังสถานีนอนมาช่วยฝึกสอนความรู้พื้นฐาน และแก้ไขปัญหาการขาดแคลนระดับวิชาชีพโดยจ้างมาดูแลเป็นบางเวลา

ในสถานบริบาลทุกแห่งจะมีพยาบาลวิชาชีพหรือผู้ช่วยพยาบาลประจำอยู่ 24 ชั่วโมง และมีนักบริบาลเป็นผู้ดูแลหลัก สัดส่วนของนักบริบาลต่อผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงมากถึงมากที่สุด จะอยู่ประมาณ 1 : 5-6 หรือ 1: 3-5 ซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการด้านสุขภาพเป็นหลัก นักบริบาลผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุและเด็ก 420 ชั่วโมงจากโรงเรียนบริบาลที่เปิดสอนและได้รับการรับรองหลักสูตรจากกระทรวงศึกษาธิการ นอกจากนี้สถานบริบาลบางแห่งยังประสบปัญหาการขาดแคลนนักบริบาลทั้งจากการลาออก และการผลิตที่ไม่เพียงพอเนื่องจากความต้องการในการเรียน และความก้าวหน้าในอาชีพภายหลังจากเรียนจบยังไม่ได้มีการยอมรับ ประกอบกับค่าตอบแทนและสวัสดิการขึ้นอยู่กับสถานบริบาลแต่ละแห่ง ไม่ได้มีการกำหนดชัดเจน นอกจากนี้ นักบริบาลส่วนใหญ่อายุน้อย ยังเป็นวัยรุ่นการดูแลผู้สูงอายุไปนานๆ มีความเบื่อหน่าย จึงต้องการย้ายออกไปทำงานที่สถานพยาบาล หรือคลินิกเสริมความงามมากกว่า สถานบริบาลบางแห่งได้จัดให้มีบุคลากรอื่นๆที่จัดให้อยู่ประจำส่วนใหญ่เป็นนักกายภาพบำบัดซึ่งมีทั้งอยู่เป็นพนักงานประจำเต็มเวลา และมาเป็นบางเวลาในบางแห่ง บางแห่งยังมีนักจิตวิทยามาช่วยเรื่องการทำกิจกรรมบำบัด มีจิตอาสาที่เป็นเครือข่ายมาช่วยในการทำกิจกรรมอื่นๆ นอกเหนือจากการดูแลด้านสุขภาพ อย่างไรก็ตามยังพบว่าไม่มีอีกหลายแห่งที่ไม่มีพยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำตลอด 24 ชั่วโมง

ส่วนการดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล ใช้การจัดอัตรากำลังของโรงพยาบาลเป็นหลักมีพยาบาลวิชาชีพอยู่ประจำ 24 ชั่วโมง และมีผู้ดูแลเป็นหลัก นอกจากนี้ยังมีนักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งใช้ร่วมกับโรงพยาบาล

รูปแบบการดูแลทุกแห่งยังไม่ได้มีการกำหนดชั่วโมงการทำงานและอัตรากำลังที่เป็นมาตรฐานที่ชัดเจนของบุคลากรหลักในแต่ละวันตามประเภทของผู้สูงอายุและกิจกรรมการดูแลในแต่ละวัน เช่น พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยพยาบาล นักบริบาล เป็นต้น และกำหนดขึ้นจากสัดส่วนของบุคลากรต่อจำนวนของผู้สูงอายุแต่เพียงอย่างเดียว

2.3 การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรทั้งวิชาชีพ และไม่ใช้วิชาชีพ

การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรหลักในการดูแล ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ผ่านการอบรมการพยาบาลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ เช่น กลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม มีการส่งไปอบรมบ้างทั้งนี้ไม่ได้มีข้อกำหนดดังนั้นสถานบริการแต่ละแห่งจึงไม่ได้มีแผนการฝึกอบรมหรือศึกษาอย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้ดูแลหลักหรือนักบริบาลก็เช่นเดียวกันมีการฝึกอบรมเพิ่มทักษะในการดูแลในบางแห่ง ขึ้นอยู่กับวิสัยทัศน์ของผู้บริหารงบประมาณการพัฒนาของแต่ละแห่ง

3. กระบวนการจัดการบริการดูแลระยะยาวและมาตรฐานการดูแลระยะยาว

ในสถานสงเคราะห์ การจัดการบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา แบ่งออกเป็น

- 3.1 การประเมินจัดประเภทผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือประเมินกิจวัตรประจำวัน
- 3.2 การดูแลสุขภาพด้านร่างกายตามการเจ็บป่วยทางกาย และ
- 3.3 การดูแลด้านสังคมและสังคมสงเคราะห์

การประเมินจัดประเภทผู้สูงอายุ ในปัจจุบัน ใช้การสังเกตและคัดกรองสุขภาพของพยาบาล เครื่องมือที่ใช้คือ แบบประเมินความสามารถในการทำชีวิตประจำวัน ประเมินโดยนักสังคมสงเคราะห์และพยาบาลพี่เลี้ยง แบ่งประเภทของการดูแล ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- A) เป็นผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้
- B) ช่วยเหลือตนเองได้น้อย และ
- C) ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ส่วนการดูแลสุขภาพร่างกาย เป็นการดูแลช่วยเหลือขั้นพื้นฐาน เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลการขับถ่าย การเปลี่ยนผ้าปูเตียง เสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม การพลิกตะแคงตัว การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การใส่สายสวนปัสสาวะ การดูดเสมหะ การให้ออกซิเจน การทำกายภาพบำบัด เป็นต้น การดูแลเหล่านี้ เป็นการดูแลเหมือนญาติ บางช่วงการดูแลเป็นการเฝ้าระวังภาวะเสี่ยงต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม การเดินหลง เป็นต้น หรือการเฝ้าผู้ป่วยติดเตียง เป็นต้น

ส่วนการดูแลด้านสังคมและสังคมสงเคราะห์ เป็นการดูแลจัดให้มีกิจกรรมทางสังคม เช่น กิจกรรมสังคมสงเคราะห์ โครงการจิตอาสา โครงการลูกทำบุญ กิจกรรมส่งเสริมจิตวิญญาณมนุษย์ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและผู้ดูแล การจัดกิจกรรมพาผู้สูงอายุไปเที่ยวนอกสถานที่ กิจกรรมการประดิษฐ์ดอกไม้ กิจกรรมทำอาหาร กิจกรรมออกกำลังกายและสันทนาการ การดูแลตามเทศกาลวันสำคัญต่างๆ เช่น วันพ่อ วันแม่ วันพระ กิจกรรมทำวัตรสวดมนต์ประจำวัน การจัดงานประเพณี งานกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ กิจกรรมงานศพ เป็นต้น

ในสถานบริบาลและสถานสงเคราะห์ ส่วนใหญ่เน้นการดูแลด้านสุขภาพและสังคมเป็นหลัก ยังไม่ได้ครอบคลุมทุกมิติของคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการฟื้นฟูสภาพร่างกายด้านอื่นๆ เช่น การกระตุ้นและ

การชะลอความเสื่อมถอย พันฟูสมรรถภาพสมอง การฝึกการควบคุมระบบขับถ่าย การจัดการความปวด การป้องกันภาวะซึมเศร้า การดูแลส่งเสริมสภาพจิตใจ อารมณ์ การดูแลส่งเสริมจิตวิญญาณ การดูแลแบบประคับประคองและระยะสุดท้ายอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ

4. ผลลัพธ์ที่พึงประสงค์

ผลของการสนทนากลุ่ม ได้กล่าวถึงผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ แบ่งได้เป็น 1) ความสุขสบายของผู้สูงอายุ 2) ความปลอดภัย 3) ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน 4) ตัวชี้วัดการพลัดตกหกล้ม 5) ผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูทั้งร่างกายและจิตใจ 6) ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิต มีความสุข 7) ผู้สูงอายุตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรี 8) ค่าใช้จ่าย 9) ความพึงพอใจ

ความสุขสบาย ในเรื่องความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน มีบ้านพักอาศัย ได้รับอาหารที่พอเพียงและถูกสุขลักษณะสำหรับผู้สูงอายุ ความปลอดภัย ในเรื่องความเป็นอยู่ ความสะอาดของบ้านพักอาศัย การจัดการโครงสร้างที่พัก การจัดสภาพแวดล้อมของห้องพัก การมีอุปกรณ์ใช้อย่างปลอดภัย ผู้สูงอายุไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อที่แผล/ปอด และการมีตัวชี้วัดการพลัดตกหกล้ม นอกจากการการดูแลทางสุขภาพแล้ว ผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูทั้งร่างกายและจิตใจ การได้รับการทำกายภาพบำบัด การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุ และกับผู้สูงอายุที่อยู่ร่วมกัน การป้องกันภาวะซึมเศร้า การส่งเสริมคุณภาพชีวิต การสร้างความสุข การตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรี เป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุเสียชีวิตอย่างสงบ โดยติดต่อญาติให้มารับไปจัดการ หรือทางสถานสงเคราะห์จัดการให้ ค่าใช้จ่าย ประกอบด้วย ค่าใช้จ่ายที่ผู้ให้บริการสามารถจ่ายได้ ค่าใช้จ่ายจากผู้ประกอบการและค่าใช้จ่ายจากหน่วยราชการ และสุดท้าย ความพึงพอใจ ทั้งของผู้สูงอายุในเรื่องความเป็นอยู่ ความพึงพอใจของญาติ และของบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุ

5. กลไกการควบคุมกำกับติดตาม

ในปัจจุบันการควบคุมกำกับมาตรฐานยังไม่สามารถกำหนดการควบคุมมาตรฐานอย่างชัดเจน เนื่องจากสถานสงเคราะห์ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงพัฒนาสังคมมนุษย์ ส่วนสถานบริบาลของเอกชน ยังไม่มีการควบคุมมาตรฐานที่ชัดเจน เนื่องจาก ไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบอย่างชัดเจน การประเมินตนเองตามความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ ยังไม่มีการประเมินคุณภาพจากองค์กรภายนอก

6. ข้อเสนอแนะทางการพัฒนามาตรฐานการดูแลระยะยาว

การจัดบริการการดูแลที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา อาจแบ่งได้เป็น กรณีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีอยู่แล้วในปัจจุบัน และกรณีที่ต้องการเปิดการจัดบริการในอนาคต

จากการสนทนากลุ่มข้อเสนอของการดูแลระยะยาวในสถานสงเคราะห์ โดยการกำหนดโครงสร้างขององค์กรการทำงานใหม่ ดังต่อไปนี้

6.1 โครงสร้างในระดับจังหวัด เป็นการทำงานของคณะกรรมการจังหวัดโดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน ส่วนเลขานุการอาจเป็นหน่วยงานของกระทรวงพัฒนาสังคมมนุษย์ หรือเป็นนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด

6.2 การบูรณาการงานระดับพื้นที่ มีคณะกรรมการร่วมกันทำงาน จากหน่วยงานรัฐบาล หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานเอกชน ซึ่งต้องมีกฎหมายรองรับ เป็นกฎระเบียบบังคับ การกำหนดเกณฑ์การแบ่งประเภทสถานสงเคราะห์ หน่วยงานของรัฐบาล ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมมนุษย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น หรือการจัดตั้งกองงานการดูแลสถานสงเคราะห์ทั้งส่วนของภาครัฐบาลและเอกชน ภายใต้กองแบ่งเป็นหน่วยงานด้านสุขภาพ ด้านสังคมสงเคราะห์และด้านสังคม ซึ่งอยู่ภายในกรอบของกฎหมาย จะกำหนดกรอบอัตรากำลังบุคลากร การพัฒนาอัตรากำลัง การดำเนินงานและงบประมาณ

6.3 การจัดโครงสร้างสิ่งแวดล้อม ในสถานบริบาล เนื่องจากส่วนใหญ่จะมีที่มาจากการปรับปรุงมาจากบ้านหรืออาคารพาณิชย์ ยังไม่ได้มีมาตรฐานว่าควรจะเป็นแบบใด หากจะต้องปรับเป็นการออกแบบที่เป็นสากล (Universal design) เน้นคุณภาพและมาตรฐาน จึงเห็นว่า การออกแบบมาตรฐานเชิงโครงสร้างอาจจะต้องแบ่งประเภท เป็นลักษณะบ้านหรือเป็นประเภทอาคาร และสถานบริบาลตามขนาด เช่น ขนาดเล็กจำนวนเตียงน้อยกว่า 10 เตียง ขนาดกลาง หรือ ขนาดใหญ่ และมีการกำหนดว่าหากเป็นลักษณะบ้าน ควรจะมีมาตรฐานโครงสร้างสิ่งแวดล้อมอะไรบ้าง อย่างไร หากเป็นลักษณะอาคารควรมีมาตรฐานอย่างไร ทั้งนี้เห็นสอดคล้องกันว่าควรมีมาตรฐานที่เหมาะสมเพราะการออกแบบสถานบริบาลควรจะต้องมีความเฉพาะเจาะจงเนื่องจากไม่ใช่สถานพยาบาลและต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุด้วย นอกจากนี้ควรมีการอบรมให้ความรู้ให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบการด้วย การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความสะดวกสบายบรรยากาศให้คล้ายบ้านมากที่สุด มีความปลอดภัย การระบายอากาศ การป้องกันการติดเชื้อ ขนาดของพื้นที่ต่อคน การกำหนดพื้นที่หรือห้องสำหรับการทำกิจกรรมให้มีมาตรฐานเพียงพอต่อการทำกิจกรรมต่างๆ มีอุณหภูมิที่พอเหมาะหากร้อนหรือเย็นเกินไปจะเป็นการกระตุ้นส่งผลให้ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีพฤติกรรมกระวนกระวาย แสงสว่างที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเนื่องจากสายตาอายุ ตาเป็นต้อ ออกต้อต้อตาต้อ การติดโทรทัศน์วงจรปิด การระบายอากาศ การป้องกันการติดเชื้อทางเดินหายใจ มีห้องแยกในกรณีที่มีพฤติกรรมสับสน มีห้องน้ำที่ขนาดกว้างพอที่จะสามารถนำรถเข็นเข้าไปได้ ทางลาด ราวจับ การติดตั้งระบบการป้องกันอัคคีภัย นอกจากนี้ยังมีประเด็นในเรื่องการจัดการขยะ

6.4 อุปกรณ์และเครื่องมือต่างๆ การกำหนดอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการดูแลพื้นฐานสำหรับผู้ป่วย เช่น กระเป๋าช่วยฟื้นคืนชีพ เครื่องเจาะน้ำตาล เครื่องวัดระดับออกซิเจนที่นิ้ว เครื่องวัดความดันโลหิต พรอท เครื่องดูดเสมหะที่ได้มาตรฐาน เครื่องผลิตออกซิเจน ที่นอนลมสำหรับผู้ป่วยติดเตียง มีการฝึกซ้อมใช้อุปกรณ์ช่วยคืนชีพอย่างน้อยปีละครั้ง อุปกรณ์ในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เช่น รถตัก รถเข็น อุปกรณ์ดังกล่าวไม่เพียงแต่มีมาตรฐานและจัดให้สำหรับผู้สูงอายุเท่านั้น แต่ควรมีอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อช่วยเหลือพนักงานให้ปลอดภัยจากการทำงานด้วย เช่น นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ต่างๆ เพื่อให้บุคลากรทำงานได้สะดวกและปลอดภัยมากยิ่งขึ้น หรือการกำหนดให้มีลิฟต์เพื่อสะดวกในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือการนำผู้ป่วยไปทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต รถตัก รถเข็นนอนสำหรับเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่นั่งไม่ได้ เช่น การทำกิจกรรมบำบัด กายภาพบำบัดด้วยอุปกรณ์บางอย่างที่ไม่สามารถนำไปที่เตียงได้ การพาไปอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย ไปออกกำลังกาย การผ่อนคลายด้วยธรรมชาติบำบัด เป็นต้น

6.5 อัตรากำลังและสมรรถนะของบุคลากรทั้งวิชาชีพและไม่ใช้วิชาชีพ อัตรากำลังหลักควรเป็นพยาบาลวิชาชีพ ประจำ 24 ชั่วโมง โดยบทบาทหน้าที่หลักคือการจัดการดูแล การดูแลเรื่องยา และหัตถการ การประสานงาน การนิเทศ และให้คำปรึกษากับทีมผู้บริหาร ซึ่งควรจะต้องผ่านการฝึกอบรมทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ส่วนผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลอื่นๆ ควรเป็นนักบริบาลซึ่งต้องผ่านการฝึกอบรมอย่างน้อย 3 เดือน นอกจากนี้ควรมีสหวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักกิจกรรมบำบัด ฯลฯ ทั้งนี้เพื่อช่วยส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตสังคม ตลอดจนเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

คุณสมบัติและการพัฒนาศักยภาพนักบริบาล

ในส่วนของบุคลากรนักบริบาลพบปัญหาของการลาออกหลายสาเหตุด้วยกัน เช่น ในกรณีรับไปดูแลที่บ้าน เพราะมีความรู้สึกว่าเป็นเหมือนผู้รับใช้ และไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการซึ่งแตกต่างจากสถานพยาบาลที่สถานภาพและการได้รับการยอมรับมีมากกว่า มีวันหยุดมีสวัสดิการดีกว่า อีกประการหนึ่งทางเลือกในการประกอบอาชีพอื่น ๆ มีมากกว่า เช่น คลินิกสถานเสริมความงาม ซึ่งด้วยวัยของนักบริบาลส่วนใหญ่แล้วจะมีอายุไม่มากยังอยู่ในช่วงวัยรุ่น การดูแลผู้สูงอายุนานๆ ส่งผลให้เกิดความเบื่อหน่าย การลาออกเปลี่ยนอาชีพ และส่งผลถึงการขาดแคลนบุคลากร ดังนั้นหากผู้ประกอบการสามารถจัดสวัสดิการ สร้างแรงจูงใจซึ่งไม่ใช่เพียงค่าตอบแทนเท่านั้น เช่น ทุนการศึกษาต่อไปเป็นผู้ช่วยพยาบาล หรือจัดหาไปทัศนศึกษาผ่อนคลาย เป็นต้น สามารถช่วยลดปัญหาการลาออกได้ ซึ่งประเด็นที่น่าสนใจคือ การยกระดับอาชีพนักบริบาลเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งอาชีพให้มีมาตรฐานมีสถานภาพทางสังคม มีสวัสดิการที่ดีได้รับการยอมรับในอนาคตเป็นสิ่งที่น่าจะดำเนินการในเชิงนโยบายต่อไป

การพัฒนาศักยภาพของนักบริหารและบุคลากรวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุในสถานการณ์ปัจจุบัน มีองค์ความรู้และมินวัตกรรมดูแลจากการศึกษาวิจัย เพื่อช่วยเพิ่มศักยภาพของผู้สูงอายุและเพิ่มคุณภาพชีวิตอีกหลายมิติ เพื่อให้เกิดคุณภาพและมาตรฐานการดูแลที่ดีและมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น จำเป็นต้องมีหลักสูตรฝึกอบรมทักษะใหม่ๆเพิ่มเติมและกำหนดให้เป็นมาตรฐานในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรระดับต่างๆ ซึ่งเป็นความรับผิดชอบของผู้บริหารสถานบริบาลในการส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพและควรมีการประเมินผลการปฏิบัติงานเพื่อควบคุมกำกับให้มีมาตรฐานอย่างต่อเนื่องต่อไป

การแบ่งระดับการทำงานตามศักยภาพและขอบเขตการทำงาน

ในอนาคตความต้องการการดูแลระยะยาวจะมีมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง หากไม่มีการแบ่งระดับบุคลากรกำหนดคุณสมบัติบทบาทหน้าที่ในระบบการดูแลระยะยาวให้ชัดเจนว่าแต่ละคนมีหน้าที่อย่างไร สามารถปฏิบัติงานตามขอบเขตความรับผิดชอบแค่ไหนอย่างไร จะต้องผ่านการฝึกอบรมอะไรบ้างอย่างไร จะทำให้เกิดปัญหาโดยเฉพาะบุคลากรที่ไม่ใช่วิชาชีพ

คำตอบแทน

ความก้าวหน้าควรสอดคล้องกับสมรรถนะของผู้ดูแล

6.6 มาตรฐานการจัดบริการ ครอบคลุมทุกมิติของการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุภาวะพึ่งพาการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริบาล ส่วนใหญ่ยังเน้นการดูแลเชิงสังคมและการดูแลโดยทั่วไป แต่ยังคงขาดมาตรฐานการดูแลมิติสุขภาพที่ครอบคลุมและส่งเสริมคุณภาพชีวิต เช่น การกระตุ้นและฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้สูงอายุทุกระบบ ทั้งการเคลื่อนไหว การกระตุ้นสมอง การขับถ่าย การรับประทานอาหาร การจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ เช่น อาการปวด แผลกดทับ ปัญหาสายตา การได้ยิน ตลอดจนภาวะหรือปัญหาทางจิตใจ อารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า การดูแลและส่งเสริมจิตวิญญาณ การดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งจำเป็นจะต้องมีมาตรฐานการดูแล ครอบคลุมการประเมินภาวะสุขภาพ การประเมินความเสี่ยงต่างๆ เช่น โรคสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมสับสนกระวนกระวาย เป็นต้น การป้องกันและแนวทางในการดูแลที่สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของผู้สูงอายุ

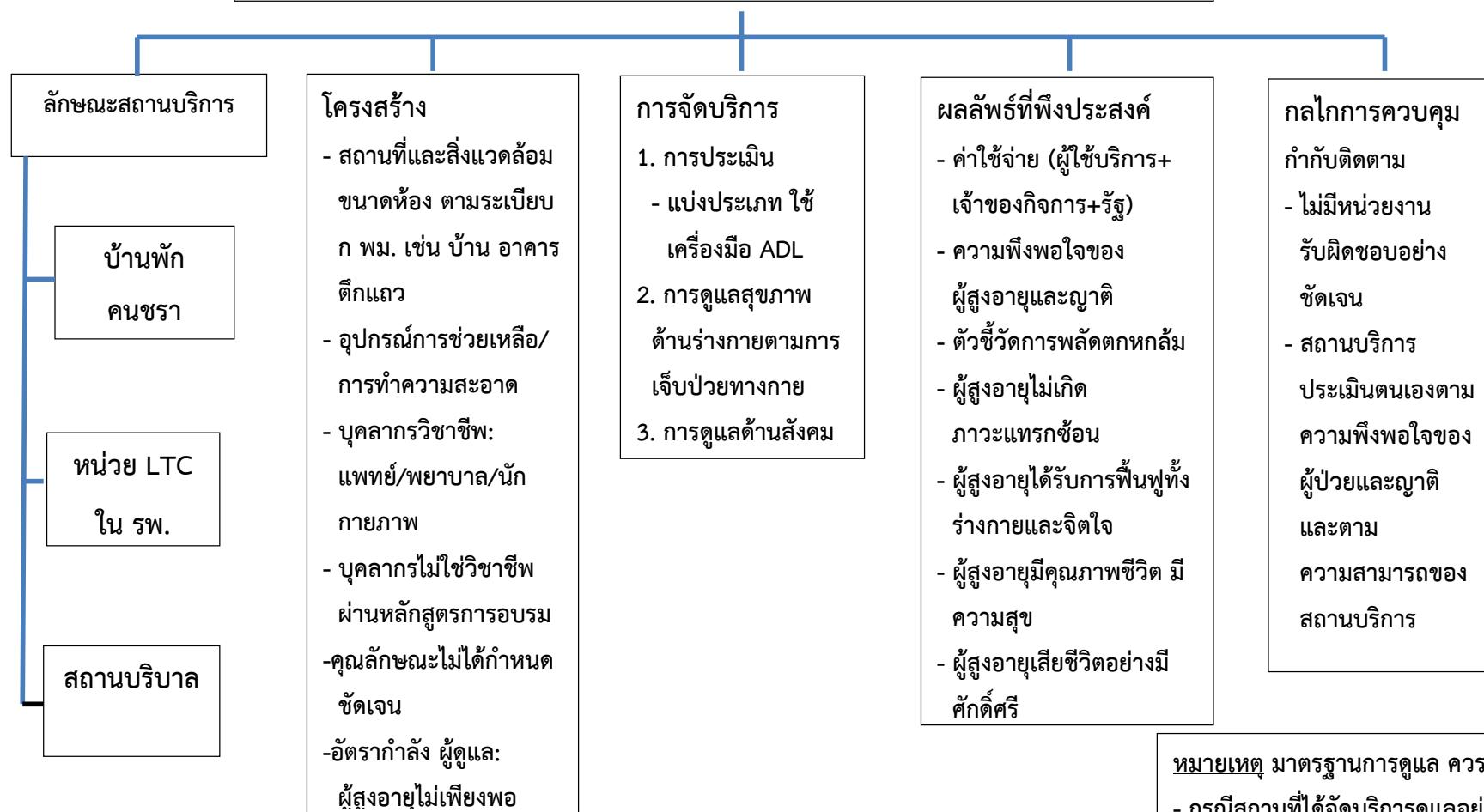
ส่วนคุณภาพและผลลัพธ์การดูแล การประเมินคุณภาพการดูแลของสถานบริบาลแต่ละแห่ง มีการประเมินคุณภาพแตกต่างกัน เช่น การดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลใช้มาตรฐานของโรงพยาบาลมาเป็นการประเมินปัจจุบันดำเนินการโดย สถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามเห็นว่า กรอบการประเมินหลายองค์ประกอบและตัวชี้วัดยังไม่เหมาะสมกับการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในสถานบริบาล ที่มีความแตกต่างจากระบบบริการลักษณะสถานพยาบาล ดังนั้นจึงควรมีการกำหนดมาตรฐานตัวชี้วัดทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ที่เหมาะสมสำหรับการดูแลระยะยาวโดยเฉพาะและจัดทำเป็นกรอบมาตรฐานระดับชาติซึ่งปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานกลางขึ้นอยู่กับสถานบริการแต่ละแห่งแต่ละรูปแบบ และ

บางแห่งยังไม่ได้กำหนดให้ชัดเจน การกำหนดให้มีสถาบันหรือผู้ที่ทำหน้าที่ในการตรวจประเมิน ควรจะมีตัวแทน จากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ เป็นนักวิชาการ ผู้ประกอบการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ด้านการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ หรือผ่านการอบรมหลักสูตรการประเมินคุณภาพสำหรับการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุ ควรเป็นผู้ดำเนินการประเมิน มีการเตรียมความพร้อมโดยการตรวจเยี่ยมให้ความรู้ก่อนเข้ารับการรับรองและประเมินคุณภาพ

จากการสังเคราะห์สถานการณ์การจัดการดูแลระยะยาวในแง่ การพัฒนาหรือการสร้างระบบกลไกในการควบคุมมาตรฐานการดูแลระยะยาว ผู้ร่วมวิจัยเห็นสอดคล้องกันว่า มีความสำคัญและจำเป็นที่จะต้องมีการกำหนดในเชิงนโยบายหรือยุทธศาสตร์ ในเรื่องนี้ให้ชัดเจน ทั้งนี้เพราะมีการขยายตัวทั้งในแง่ความต้องการของผู้ใช้บริการที่มากขึ้น หากไม่มีการกำหนดให้ชัดเจนจะส่งผลต่อคุณภาพบริการระยะยาว จึงเสนอให้มีกลไกครอบคลุมทั้งในระดับชาติ และระดับท้องถิ่น

ผลการสังเคราะห์สถานการณ์การบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย

การจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในประเทศไทยในปัจจุบัน



หมายเหตุ มาตรฐานการดูแล ควรคำนึงถึง

- กรณีสถานที่ได้จัดบริการดูแลอยู่แล้วในปัจจุบัน
- กรณีที่ต้องการเปิดการจัดบริการในอนาคต

แผนภาพที่ 15.1 แสดงสถานการณ์การบริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย

บทที่ 16

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

1. บทนำ

การจัดระบบการดูแลระยะยาวของแต่ละประเทศที่ได้พบทวนวรรณกรรมมีความสอดคล้องกันในทุกประเทศว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนี้เป็นพันธสัญญาทางสังคม (Social contract) ซึ่งในอดีตการดูแลระยะยาวในสังคมเป็นเรื่องแต่ละครอบครัวและญาติพี่น้อง อย่างไรก็ตามจากพัฒนาการของการจัดการระบบในสังคมที่ซับซ้อนขึ้น ทำให้บทบาทของครอบครัวลดทอนลง โดยเริ่มเห็นในช่วงหลังจากปฏิวัติอุตสาหกรรมในยุโรป เนื่องจากครอบครัวที่เล็กลง อัตราการเกิดที่ลดลงและการมีอายุขัยที่ยืนยาวขึ้น ปัญหาทางสังคมดังกล่าวเห็นชัดเจนขึ้นในช่วงศตวรรษที่ 20 ทำให้ประเทศซึ่งมีการพัฒนาไปเป็นสังคมอุตสาหกรรม เช่น ประเทศในยุโรปและบางประเทศในเอเชีย ต้องจัดทำนโยบายแบบเป็นทางการที่สังคมโดยรวมต้องเข้ามามีส่วนร่วมดูแล นอกเหนือไปจากครอบครัว เกิดเป็นระบบสวัสดิการสังคมในลักษณะสังคมสงเคราะห์เฉพาะผู้ยากไร้ ต่อมาการดูแลระยะยาวได้รับเอาแนวความคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนเข้ามา ทำให้รูปแบบการดูแลระยะยาวมีการคำนึงถึงศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลระยะยาวและการครอบคลุมถ้วนหน้า รวมทั้งมีการพัฒนารูปแบบการคลังรวมหมู่ (Collective finance) โดยการใช้ภาษีและหรือการประกันสังคมเพื่อลดความเสี่ยงทางการเงินของครัวเรือนที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการบริการดูแลระยะยาว เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถูกทอดทิ้ง อย่างไรก็ตาม แนวคิดและบริบทของแต่ละประเทศ ทำให้มีความแตกต่างของบทบาทที่ครอบครัวต้องรับผิดชอบ และส่วนที่สังคมโดยรวมต้องช่วยกัน เช่น ประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวียและเนเธอร์แลนด์ ครอบครัวจะมีบทบาทต่ำมาก โดยบทบาทส่วนใหญ่เป็นของการช่วยกันในระดับสังคม ซึ่งต่างจากประเทศในยุโรปตอนใต้ เป็นต้น (Saltman, Busse, & Figueras, 2004)

การจัดการดูแลระยะยาวให้ผู้สูงอายุในทุกประเทศ จึงประกอบด้วยการจัดการแบบไม่เป็นทางการ (Informal arrangement) ซึ่งหมายถึงการดูแลโดยครอบครัว ญาติพี่น้อง และชุมชนและการจัดการแบบเป็นทางการที่อาศัยกฎหมาย (Formal arrangement) ซึ่งเป็นการจัดการให้บริการระยะยาวโดยรัฐหรือเอกชน ที่มีกฎหมายกำกับ กฎหมาย (Cichon, Scholz, Meerendonk, & Hagemej, 2004) ทั้งนี้การที่รัฐจะเข้ามามีบทบาทในการจัดการดูแลระยะยาวเพียงใดนั้น เป็นผลมาจากผลรวมของนโยบายรัฐสวัสดิการของประเทศ สถานการณ์บริบทในสังคม แนวคิดทางสังคมของประชาชน ผู้มีส่วนได้เสียทางการเมือง โดยมีปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมอยู่เบื้องหลัง รวมทั้งอาจมีอิทธิพลแนวคิดจากประเทศอื่นและองค์ระหว่างประเทศ ทำให้รูปแบบการให้บริการและการบริหารการคลังมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับข้อตกลงร่วมกันของสังคม และระดับเศรษฐกิจในแต่ละประเทศ

2. สรุปผลการวิจัย

การวิจัย เรื่อง “การพัฒนามาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว” เป็นการศึกษาแบบผสมผสาน (Mixed method) ทั้งการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษามาตรฐานและการดูแลกลไกการควบคุมและกำกับมาตรฐานสำหรับสถานประกอบการผู้สูงอายุ และเพื่อพัฒนามาตรฐานและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานบริการ ในบริบทของประเทศไทยและศึกษาความเป็นไปได้ในการนำมาตรฐานไปใช้ ประกอบด้วย 2 ระยะคือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเอกสารซึ่งเป็นประเภทหนึ่งของการวิจัยเชิงบรรยาย ในประเด็น มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานดูแลระยะยาว และประเด็นกลไกการควบคุมและกำกับมาตรฐาน สำหรับสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care facilities) รวม 10 ประเทศ จากทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป ออสเตรเลียและเอเชีย ประกอบด้วย ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศฝรั่งเศส แคนาดา อังกฤษฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์ ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ ญี่ปุ่นและฮ่องกง และการวิจัยระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยดำเนินการสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ ใน 4 ภูมิภาค ภูมิภาคละ 1 กลุ่ม คือ ภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคกลาง ภาคใต้ และกรุงเทพมหานครและปริมณฑล 2 กลุ่ม รวมทั้งหมด 6 กลุ่ม ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

2.1 มาตรฐานและแนวทางการให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถานบริบาลดูแลระยะยาวในบริบทของไทย

จากการสังเคราะห์มาตรฐานการดูแลระยะยาวในต่างประเทศ รวมทั้งผลที่ได้จากการวิจัยในประเทศไทย (ดูภาคผนวกที่ 7) คณะผู้วิจัยได้นำร่างมาตรฐานสถานดูแลระยะยาว ประกอบด้วย 7 ด้าน 62 มาตรฐาน เข้าพิจารณาในการประชุมประชาพิจารณ์ เมื่อวันที่ 23 มีนาคม 2558 ได้รับการอภิปรายกันอย่างกว้างขวางและเพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจ ผู้วิจัยจึงได้ปรับแก้ร่างมาตรฐานตามที่ประชุมได้เสนอแนะ โดยจัดกลุ่มมาตรฐานตามโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน 70 มาตรฐาน (ดูตารางที่ 6.1) ดังนี้

- 1) มาตรฐานโครงสร้างในการดูแล (structure of care) ประกอบด้วย 3 ด้าน 28 มาตรฐาน
 - 1.1) ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) มีทั้งหมด 6 มาตรฐาน
 - 1.2) ด้านบุคลากร (Staff) มีทั้งหมด 6 มาตรฐาน
 - 1.3) ด้านการจัดการ (Management) มีทั้งหมด 16 มาตรฐาน
- 2) มาตรฐานกระบวนการดูแล (process of care) ประกอบด้วย 3 ด้าน 32 มาตรฐาน
 - 2.1) ด้านบริการดูแล (Care service) มีทั้งหมด 24 มาตรฐาน
 - 2.2) ด้านความปลอดภัยในการดูแล (Safety of care) มีทั้งหมด 5 มาตรฐาน
 - 2.3) ด้านการมีส่วนร่วม (Participation) มีทั้งหมด 3 มาตรฐาน

3) มาตรฐานผลลัพธ์ของการดูแล (outcomes of care) ประกอบด้วย 1 ด้าน 10 มาตรฐาน

3.1) ความพึงพอใจและคุณภาพในการดูแล มีทั้งหมด 10 มาตรฐาน

ตารางที่ 16.1 มาตรฐานสถานดูแลระยะยาว แบ่งเป็น 7 ด้าน 70 มาตรฐาน

มาตรฐานโครงสร้างในการดูแล (Structure of care)	
ด้าน 1 สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment)	
มาตรฐานที่ 1 สิ่งแวดล้อม การอยู่อาศัย	
มาตรฐานที่ 2 สภาพแวดล้อมของสิ่งอำนวยความสะดวก	
มาตรฐานที่ 3 สุขอนามัยสิ่งแวดล้อม	
มาตรฐานที่ 4 พื้นที่ว่างสำหรับผู้พักอาศัยและเจ้าหน้าที่สำหรับกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พักอาศัย	
มาตรฐานที่ 5 ระบบไฟ	
มาตรฐานที่ 6 การควบคุมอุณหภูมิห้อง	
ด้าน 2 บุคลากร (Staff)	
มาตรฐานที่ 7 อัตรากำลัง (Staffing)	
มาตรฐานที่ 8 การฝึกอบรมและความต่อเนื่อง (Training and continuity): การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การถ่ายโอนทักษะ	
มาตรฐานที่ 9 ความสามารถในการปฏิบัติ (Performance)	
มาตรฐานที่ 10 การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ	
มาตรฐานที่ 11 การดำรงรักษา การสนับสนุนบุคลากร ค่าตอบแทนและสวัสดิการ	
มาตรฐานที่ 12 ความปลอดภัยในอาชีพและสุขภาพ	
ด้าน 3 การจัดการ (Management)	
มาตรฐานที่ 13 ข้อมูลข่าวสาร (Information)	
มาตรฐานที่ 14 การสื่อสาร (communication)	
มาตรฐานที่ 15 การจัดบันทึก	
มาตรฐานที่ 16 การเข้าถึงการบริการ (Accessibility): วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ดับอักเสบ	
มาตรฐานที่ 17 องค์กรการดูแล (Care organization)	
มาตรฐานที่ 18 คำแถลงวัตถุประสงค์	
มาตรฐานที่ 19 การกำกับดูแล (Governance)	
มาตรฐานที่ 20 การจัดการทรัพยากรบุคคล	
มาตรฐานที่ 21 การวางแผนและการประเมินผล	
มาตรฐานที่ 22 การจัดการทางการเงิน	
มาตรฐานที่ 23 ความรับผิดชอบทางกฎหมาย	
มาตรฐานที่ 24 การเข้าและการออก	

มาตรฐานที่ 25 การคุ้มครองสิทธิของผู้พักอาศัย
มาตรฐานที่ 26 การร้องเรียน
มาตรฐานที่ 27 ความร่วมมือกับผู้ใช้บริการอื่นๆ
มาตรฐานที่ 28 การปฏิบัติพิธีทางศาสนา
มาตรฐานกระบวนการดูแล (Process of care)
ด้าน 4 บริการดูแล (Care service)
มาตรฐานที่ 29 การประเมินความต้องการของผู้พักอาศัย
มาตรฐานที่ 30 ความสามารถในการสื่อสารของผู้พักอาศัย
มาตรฐานที่ 31 การดูแลส่วนบุคคล (Personal care): การดูแลสุขภาพปากและฟัน การขับถ่าย
มาตรฐานที่ 32 การบริการทางการแพทย์
มาตรฐานที่ 33 การบริการทางการแพทย์
มาตรฐานที่ 34 การได้รับสารน้ำ อาหาร
มาตรฐานที่ 35 การดูแลทางด้านโภชนาการ
มาตรฐานที่ 36 การดูแลเรื่องยา
มาตรฐานที่ 37 การจัดการกับประสาทรับรู้ความรู้สึก
มาตรฐานที่ 38 การจัดการในด้านการรู้คิด (Cognitive function)
มาตรฐานที่ 39 การดูแลพฤติกรรม
มาตรฐานที่ 40 การดูแลผิวหนัง
มาตรฐานที่ 41 การดูแลการนอนหลับ
มาตรฐานที่ 42 การสนับสนุนทางอารมณ์ จิตใจ
มาตรฐานที่ 43 การฟื้นฟูสมรรถภาพ/การเคลื่อนไหว
มาตรฐานที่ 44 งานอดิเรก กิจกรรมที่สนใจ
มาตรฐานที่ 45 การดูแลทางสังคมและสวัสดิการ
มาตรฐานที่ 46 วัฒนธรรม ชีวิต จิตวิญญาณ
มาตรฐานที่ 47 ความเป็นส่วนตัว มีศักดิ์ศรี
มาตรฐานที่ 48 การตายและการดูแลระยะท้าย
มาตรฐานที่ 49 การแจ้งเตือน: การเสียชีวิตและเหตุการณ์ต่างๆ
มาตรฐานที่ 50 การติดตามผล (Follow up)
มาตรฐานที่ 51 ความลื่นไหลของการบริการ (Service flow)
มาตรฐาน 52 การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลเฉพาะ เช่น สมองเสื่อม กลุ่มเปราะบาง กลุ่มป่วยทางจิต กลุ่มโรคเรื้อรัง
ด้าน 5 ความปลอดภัยในการดูแล (Safety of care)
มาตรฐานที่ 53 ภาวะเสี่ยง (Risk): ผลกตัญ Incontinence, retain F/C

มาตรฐานที่ 54 การป้องกัน (Prevention): ภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ
มาตรฐานที่ 55 การจัดการ: การควบคุมการติดเชื้อ
มาตรฐานที่ 56 อาหารและความปลอดภัย: การประกอบอาหาร/การทำความสะอาด
มาตรฐานที่ 57 การระวังไฟไหม้ เหตุฉุกเฉิน ความปลอดภัย
ด้าน 6 การมีส่วนร่วม (Participation)
มาตรฐานที่ 58 การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ (user's involvement)
มาตรฐานที่ 59 ความเป็นอิสระ (autonomy)
มาตรฐานที่ 60 การให้ความยินยอมในการดูแลและการรักษา
มาตรฐานผลลัพธ์ของการดูแล (Outcomes of Care)
ด้าน 7 ความพึงพอใจและคุณภาพในการดูแล
มาตรฐานที่ 61 ความสุขสบาย ความสะดวกสบาย
มาตรฐานที่ 62 ความปวด
มาตรฐานที่ 63 ภาวะซึมเศร้า
มาตรฐานที่ 64 ประสิทธิภาพการหกล้ม
มาตรฐานที่ 65 การผูกมัด กักขัง หน่วงเหนี่ยวทางกายและการใช้สารเคมี
มาตรฐานที่ 66 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
มาตรฐานที่ 67 การใส่และค้ำสายสวนปัสสาวะ
มาตรฐานที่ 68 การมีน้ำหนัลด
มาตรฐานที่ 69 คุณภาพการตาย
มาตรฐานที่ 70 ภาวะเศร้าโศกภายหลังการสูญเสีย

นอกจากนี้ที่ประชุมประชาพิจารณ์เห็นว่า มาตรฐานดังแสดงในตารางที่ 16.1 บางมาตรฐานเป็นการส่งเสริมและบางมาตรฐานเป็นการควบคุม จึงให้ข้อเสนอแนะให้จัดกลุ่มมาตรฐานให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เนื่องจากบทเรียนต่างประเทศ พบว่า กลไกการควบคุมกำกับบริการแบ่งออกเป็น กลไกการควบคุมขั้นตอน การขอจัดตั้งหน่วยบริการ และการกำกับตรวจสอบคุณภาพระหว่างการดำเนินการ เพื่อให้มีความมั่นใจว่า ผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยพิจารณาสถานที่ สิ่งแวดล้อม กระบวนการดูแลที่มีคุณภาพและเคารพศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงแบ่งมาตรฐานออกเป็น 3 ประเภท ดังแสดงในตารางที่ 16.2 ดังต่อไปนี้

- 1) มาตรฐานขั้นพื้นฐานที่ใช้สำหรับการขอจัดตั้งสถานบริการซึ่งเป็นกระบวนการบังคับในทุกประเทศ จำนวน 32 มาตรฐาน
- 2) มาตรฐานควบคุมกำกับเพื่อตรวจสอบคุณภาพระหว่างการดำเนินการ จำนวน 28 มาตรฐานและ

3) มาตรฐานส่งเสริม จำนวน 11 มาตรฐาน

ตารางที่ 16.2 ประเภทของมาตรฐานสถานดูแลระยะยาว

มาตรฐานขอจัดตั้งสถานบริบาล	มาตรฐานควบคุมกำกับ	มาตรฐานส่งเสริม
มาตรฐานโครงสร้างในการดูแล (Structure of care)		
ด้าน 1 สภาพแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment)		
มาตรฐานที่ 1 สิ่งแวดล้อม การอยู่อาศัย	มาตรฐานที่ 3 สุขอนามัยสิ่งแวดล้อม	มาตรฐานที่ 5 ระบบไฟ
มาตรฐานที่ 2 สภาพแวดล้อมของสิ่งอำนวยความสะดวก	มาตรฐานที่ 4 พื้นที่ว่างสำหรับผู้พักอาศัย และเจ้าหน้าที่ สำหรับกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้พักอาศัย	มาตรฐานที่ 6 การควบคุมอุณหภูมิห้อง
ด้าน 2 บุคลากร (Staff)		
มาตรฐานที่ 7 อัตรากำลัง (Staffing)	มาตรฐานที่ 8 การฝึกอบรมและความต่อเนื่อง (Training and continuity): การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง การถ่ายโอนทักษะ	มาตรฐานที่ 10 การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ
มาตรฐานที่ 9 ความสามารถในการปฏิบัติ (Performance)	มาตรฐานที่ 12 ความปลอดภัยในอาชีพและสุขภาพ	มาตรฐานที่ 11 การดำรงรักษา การสนับสนุนบุคลากร ค่าตอบแทน และสวัสดิการ
ด้าน 3 การจัดการ (Management)		
มาตรฐานที่ 15 การจดบันทึก	มาตรฐานที่ 13 ข้อมูลข่าวสาร (Information)	มาตรฐานที่ 18 ค่าแถมวัสดุประสงค์
มาตรฐานที่ 17 องค์กรการดูแล (Care organization)	มาตรฐานที่ 14 การสื่อสาร (communication)	มาตรฐานที่ 24 การเข้าและการออก
มาตรฐานที่ 21 การวางแผนและการประเมินผล	มาตรฐานที่ 16 การเข้าถึงการบริการ (Accessibility): วัคซีนไข้หวัดใหญ่ ตับอักเสบบ	มาตรฐานที่ 27 ความร่วมมือกับผู้ให้บริการอื่นๆ
มาตรฐานที่ 22 การจัดการทางการเงิน	มาตรฐานที่ 19 การกำกับดูแล (Governance)	
มาตรฐานที่ 23 ความรับผิดชอบทางกฎหมาย	มาตรฐานที่ 20 การจัดการทรัพยากรบุคคล	
มาตรฐานที่ 25 การคุ้มครองสิทธิของผู้พักอาศัย	มาตรฐานที่ 28 การปฏิบัติพิธีทางศาสนา	
มาตรฐานที่ 26 การร้องเรียน		
กระบวนการดูแล (Process of care)		

ด้าน 4 บริการดูแล (Care service)		
มาตรฐานที่ 29 การประเมินความต้องการของผู้พักอาศัย	มาตรฐานที่ 32 การบริการทางการแพทย์	มาตรฐานที่ 51 ความสั่นไหวของการบริการ (Service flow)
มาตรฐานที่ 30 ความสามารถในการสื่อสารของผู้พักอาศัย	มาตรฐานที่ 34 การได้รับสารน้ำ อาหาร	มาตรฐาน 52 การพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลเฉพาะ เช่น สมองเสื่อม กลุ่มเปราะบาง กลุ่มป่วยทางจิต กลุ่มโรคเรื้อรัง
มาตรฐานที่ 31 การดูแลส่วนบุคคล (Personal care): การดูแลสุขภาพปากและฟัน การขับถ่าย	มาตรฐานที่ 37 การจัดการกับประสาทรับความรู้สึก	
มาตรฐานที่ 33 การบริการทางการแพทย์	มาตรฐานที่ 38 การจัดการในด้านการรู้คิด (Cognitive function)	
มาตรฐานที่ 35 การดูแลทางด้านโภชนาการ	มาตรฐานที่ 39 การดูแลพฤติกรรม	
มาตรฐานที่ 36 การดูแลเรื่องยา	มาตรฐานที่ 44 งานอดิเรก กิจกรรมที่สนใจ	
มาตรฐานที่ 40 การดูแลผิวหนัง	มาตรฐานที่ 45 การดูแลทางสังคมและสวัสดิการ	
มาตรฐานที่ 41 การดูแลการนอนหลับ	มาตรฐานที่ 46 วัฒนธรรม ชีวิต จิตวิญญาณ	
มาตรฐานที่ 42 การสนับสนุนทางอารมณ์จิตใจ	มาตรฐานที่ 47 ความเป็นส่วนตัว มีศักดิ์ศรี	
มาตรฐานที่ 43 การฟื้นฟูสมรรถภาพ/การเคลื่อนไหว		
มาตรฐานที่ 48 การตายและการดูแลระยะท้าย		
มาตรฐานที่ 49 การแจ้งเตือน: การเสียชีวิตและเหตุการณ์ต่างๆ		
มาตรฐานที่ 50 การติดตามผล (Follow up)		
ด้าน 5 ความปลอดภัยในการดูแล (Safety of care)		
มาตรฐานที่ 53 ภาวะเสี่ยง (Risk): ผลกดทับ Incontinence, retain F/C	มาตรฐานที่ 55 การจัดการ: การควบคุมการติดเชื้อ เช่น ขยะติดเชื้อสิ่งคัดหลั่ง	
มาตรฐานที่ 54 การป้องกัน (Prevention): ภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ		
มาตรฐานที่ 56 อาหารและความปลอดภัย: การประกอบอาหาร/การทำความสะอาด		

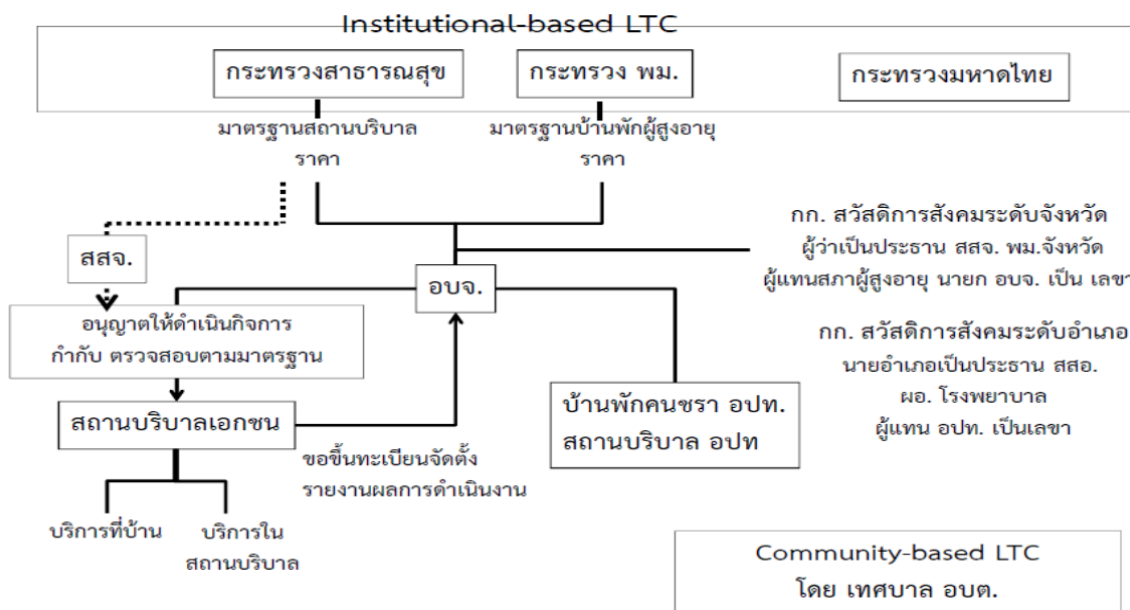
มาตรฐานที่ 57 การระวังไฟไหม้ เหตุฉุกเฉิน ความปลอดภัย		
ด้าน 6 การมีส่วนร่วม (Participation)		
มาตรฐานที่ 58 การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ (user's involvement)	มาตรฐานที่ 59 ความเป็นอิสระ (autonomy)	
มาตรฐานที่ 60 การให้ความยินยอมในการ ดูแลและการรักษา		
มาตรฐานด้านผลลัพธ์ของการดูแล (Outcomes of Care)		
ด้าน 7 ความพึงพอใจและคุณภาพในการดูแล		
มาตรฐานที่ 61 ความสุขสบาย ความ สะดวกสบาย	มาตรฐานที่ 62 ความปวด	มาตรฐานที่ 69 คุณภาพการตาย
	มาตรฐานที่ 63 ภาวะซึมเศร้า	มาตรฐานที่ 70 ภาวะเศร้าโศก ภายหลังการสูญเสีย
	มาตรฐานที่ 64 ประสบการณ์การหกล้ม	
	มาตรฐานที่ 65 การผูกมัด กักขัง หน่วง เหนี่ยวทางกายและการใช้สารเคมี	
	มาตรฐานที่ 66 การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ	
	มาตรฐานที่ 67 การใส่และค้ำสายสวน ปัสสาวะ	
	มาตรฐานที่ 68 การมีน้ำหนักลด	

อย่างไรก็ตาม ในแต่ละมาตรฐานข้างต้นยังขาดรายละเอียดตัวชี้วัดคุณภาพในแต่ละมาตรฐาน ซึ่งการกำหนดตัวชี้วัดเหล่านี้ต้องการการมีส่วนร่วมผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกฝ่าย เพื่อให้เป็นที่ยอมรับและนำไปสู่การนำไปใช้ได้จริง นอกจากนี้ที่ประชุมประชาพิจารณ์ยังให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการแบ่งมาตรฐานออกเป็นระดับ เช่น มาตรฐานขั้นพื้นฐานหรือขั้นต่ำ (Minimum standard) อาจเริ่มจากระดับที่ 1 จนถึงในระดับที่สูงขึ้น ในระดับ 2, 3 เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพการบริการให้ผู้บริโภคมีความมั่นใจว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อนำไปพัฒนาต่อยอดในการพัฒนาตัวชี้วัดในแต่ละมาตรฐานที่ต้องการการพัฒนาร่วมกันกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การสร้างระบบการประกันคุณภาพการบริการของสถานบริการ (Institutional Facilitates Accreditation: IFA) ที่รวมถึงสถานบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพา เช่น สถานบริบาล สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลและสถานดูแลระยะสุดท้ายได้

2.2 กลไกการควบคุมและกำกับมาตรฐานสำหรับสถานประกอบการผู้สูงอายุ ในบริบทของประเทศไทย

โดยหลักการระบบการดูแลระยะยาวในประเทศไทย ควรใช้ระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนเป็นหลัก เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในครอบครัว แต่ในกรณีที่มีผู้สูงอายุบางรายที่การดูแลระยะยาวในชุมชนไม่เพียงพอต่อระดับการพึ่งพาหรือไม่มีญาติดูแล จำเป็นต้องมีการดูแลระยะยาวในสถานบริบาลเสริมในส่วนนี้

การกำหนดมาตรฐานและนโยบายการดูแลระยะยาวเป็นหน้าที่ของรัฐบาลกลาง ส่วนการดำเนินการเป็นหน้าที่ของรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งมี พรบ. กระจายอำนาจ กำหนดบทบาทภารกิจไว้อยู่แล้ว



ภาพที่ 16.1 กลไกการควบคุมและกำกับมาตรฐาน

เนื่องจากระบบการดูแลระยะยาวนั้นครอบคลุมทั้งบริการสุขภาพและบริการด้านสังคม ซึ่งในประเทศไทยบริการสุขภาพอยู่ภายใต้กำกับของกระทรวงสาธารณสุข ส่วนบริการด้านสังคมอยู่ภายใต้การรับผิดชอบของกระทรวงพัฒนาการสวัสดิการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดังนั้น การกำหนดมาตรฐานจึงควรจำแนกเป็น 2 ส่วน คือ

1) การกำหนดมาตรฐานสถานสงเคราะห์หรือบ้านพักคนชราซึ่งยังช่วยเหลือตัวเองได้ จึงควรเป็นภารกิจของกระทรวงพัฒนาการสวัสดิการสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

2) การกำหนดมาตรฐานสถานบริการ จึงควรเป็นภารกิจของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากการจัดบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาปานกลางและสูงมีความจำเป็นต้องใช้บุคลากรสาธารณสุขในการจัดบริการ

อย่างไรก็ตามการดำเนินการจัดทำมาตรฐานทั้งสองรูปแบบต้องมีการจัดทำรายละเอียดร่วมกัน เช่น เกณฑ์การจำแนกว่าบ้านพักผู้สูงอายุกับสถานบริการจะใช้หลักเกณฑ์ใด เช่น ระดับภาวะพึ่งพา หรือ จำนวนร้อยละของผู้มีการพึ่งพามากต่อจำนวนผู้พักอาศัย เป็นต้น จำเป็นต้องหารือร่วมกัน

สำหรับการควบคุมกำกับให้เป็นไปตามมาตรฐานนั้น ควรเป็นบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น กทม. อบจ. หรือ เทศบาลนครขนาดใหญ่ ที่ต้องมีการขยายองค์กรให้มี หน่วยงานด้านสวัสดิการสังคมที่มีบุคลากร เช่น นักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งบุคลากรสาธารณสุขเพียงพอ เพื่อทำหน้าที่ในการออกใบอนุญาตประกอบกิจการสถานบริการเอกชนตามมาตรฐาน โดยพิจารณาร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รวมทั้งดำเนินการตรวจประเมินคุณภาพบริการระหว่างการดำเนินการเป็นระยะๆ ทั้งในกรณีการขอเปิดกิจการดูแลที่บ้านและการดูแลในสถานบริการ

นอกจากนี้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเช่น กทม. อบจ. หรือ เทศบาลนครขนาดใหญ่ ยังอาจมีภารกิจในการจัดตั้งสถานบริการและบ้านพักผู้สูงอายุเพื่อรองรับประชาชนกลุ่มที่มีรายได้น้อย ที่การดูแลระยะยาวในชุมชนไม่เพียงพอต่อระดับการพึ่งพาหรือไม่มีญาติดูแล

การดำเนินการกำกับดูแลการจัดระบบบริการระยะยาวในชุมชนและในสถานบริการ จำเป็นต้องมีการวางแผนร่วมกันในระดับท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วม แนวทางที่น่าจะเป็น คือ ควรมีคณะกรรมการระดับจังหวัดที่มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน นายก อบจ. เป็นเลขานุการ มีผู้แทนกระทรวงที่เกี่ยวข้อง ผู้แทนสภาผู้สูงอายุ ผู้แทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมเป็นกรรมการ เพื่อประสานแนวทางการทำงาน ในระดับอำเภอก็ควรมีกรรมการในลักษณะเดียวกัน แต่มีนายอำเภอเป็นประธานเพื่อจัดทำแผนและประสานงานภายในอำเภอ

2 อภิปรายผล

2.1 ความจำเป็นและพร้อมในการพัฒนามาตรฐานสถานบริการดูแลระยะยาวของประเทศ

จากสถานการณ์ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เกือบทั้งหมดเป็นสังคมผู้สูงอายุ (Ageing society) มีประชากรกลุ่มอายุ 85 ปีขึ้นไปเพิ่มจำนวนมากขึ้น ในขณะที่มีการแต่งงานอายุเมื่อมีมากขึ้น ไม่มีลูก มีอัตราการหย่าร้างสูงขึ้น มีแนวโน้มเป็นโสดมากขึ้น แต่งงานเพศเดียวกันและมีการรับบุตรบุญธรรม ประชากรวัยทำงาน 1.2 คน ต้องรับภาระดูแลผู้สูงอายุ 1 คน ความชุกของภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้มีภาวะพึ่งพามากขึ้น ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้นทำให้มีอัตราการครองเตียงสูงขึ้น ย้ายไปอยู่ในสถานบริการ (nursing home) มากขึ้น

ในขณะที่ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา เนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการการดูแลแบบบางส่วนและแบบทั้งหมด แต่ประสบภาวะขาดผู้ดูแล เนื่องจากลูกหลานต้องออกไปทำงานนอกบ้าน หรือไม่สามารถดูแลต่อไปได้เนื่องจากผู้สูงอายุต้องการการดูแลที่มีความซับซ้อนมากยิ่งขึ้น ด้วยประเทศไทยยังไม่มีสถานบริบาลของภาครัฐแต่แฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์ คนชราที่มีจำนวนเพียงรองรับจำกัดเฉพาะผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์เท่านั้น จึงทำให้ภาคเอกชนตื่นตัวในการจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม เนื่องจากคุณภาพในการดูแลในสถานบริการมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้พักอาศัย รวมทั้งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 แก้ไขปรับปรุง ปี พ.ศ. 2552 มาตรา 10 ได้ระบุการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ แต่กลับพบว่า ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวทั้งในหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน และยังขาดองค์กรที่รับผิดชอบในการกำกับดูแลและรับขึ้นทะเบียนสถานบริการที่ชัดเจน (ศิริพันธุ์ สาสัตย์และเตือนใจ ภักดีพรหม, 2552; ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ, 2552)

เมื่อพิจารณาสถานการณ์ผู้สูงอายุและผู้ดูแลในประเทศแล้วจะเห็นว่าแนวโน้มไม่ต่างจากสถานการณ์ในต่างประเทศ รวมทั้งนโยบายของภาครัฐในการส่งเสริมเรื่องธุรกิจบริการผู้สูงอายุและการก้าวเข้าสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (Asean Economics Community – AEC) ในปี พ.ศ. 2558 นี้ และกระแสการตื่นตัวของผู้บริโภค ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการเพื่อนำไปสู่การพัฒนาการประกันคุณภาพสถานบริการในระดับชาติ ให้ผู้บริโภคมั่นใจในบริการที่ได้รับและเป็นการยกระดับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยให้เป็นที่ยอมรับในนานาชาติ อย่างไรก็ตามยังต้องคำนึงถึงความพร้อมของสถานบริการที่ตั้งขึ้นมาก่อนหน้านี้ที่มีข้อจำกัดในการปรับปรุง การพัฒนามาตรฐานควรต้องค่อยเป็นค่อยไป และเป็นไปโดยความสมัครใจไม่บังคับ ภาครัฐควรมีหน่วยงานส่งเสริมให้เกิดการพัฒนามาตรฐานโดยการสนับสนุนในด้านองค์ความรู้และการส่งเสริมการลงทุนในรูปแบบการกูดอกเบี้ยต่ำเพื่อเป็นแรงจูงใจในการพัฒนา

2.2 การอภิบาลระบบและการกำกับดูแลสถานบริบาลดูแลระยะยาว

จากการสังเคราะห์ประสบการณ์ต่างประเทศ พบว่า สถานบริบาลดูแลระยะยาวจะมีการกำกับดูแลอย่างเข้มข้นเช่นเดียวกับสถานพยาบาลที่ให้การรักษากรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดยการวางนโยบายและการจัดทำมาตรฐานเป็นการดำเนินการของรัฐบาลกลางในกระทรวงที่รับผิดชอบ หรือหน่วยงานอิสระที่กำหนดโดยกฎหมายให้ทำหน้าที่เรื่องกำหนดมาตรฐานเพื่อเป็นหลักประกันว่า ประชาชนในประเทศจะได้รับการคุ้มครองบนมาตรฐานเดียวกัน ส่วนการกำกับดูแลจะเป็นบทบาทของรัฐบาลท้องถิ่นเนื่องจากต้องการให้มีการปรับแต่งนโยบายและมาตรฐานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ รวมทั้งเงินที่ใช้ในการดูแลระยะยาวในทุกประเทศที่ทำการทบทวนก็เป็นเงินภาษีหรือเงินสมทบประกันสังคมของรัฐบาลท้องถิ่นร่วมกับเงินอุดหนุนจาก

รัฐบาลกลาง (ยกเว้นฮ่องกงซึ่งพื้นที่เล็กมาก) จึงต้องให้อำนาจการจัดการระบบให้กับรัฐบาลท้องถิ่น โดยมีกลไกอภิบาลระบบที่ทำให้รัฐบาลท้องถิ่นต้องทำตามนโยบายของรัฐบาลกลาง

ประเด็นสำคัญในการกำกับดูแล นอกเหนือจากเรื่องสิ่งแวดล้อม ความพร้อมในส่วนกำลังคน และคุณภาพบริการแล้ว สถานะบริหารต้องจัดบริการโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรี มีกลไกการสื่อสารกับญาติ และมีทางเลือกให้ผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการ เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะอยู่ในสถานการณ์ที่ช่วยตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย มีความเสี่ยงที่จะถูกเอาเปรียบในเรื่องต่างๆ การกำกับดูแลนี้เริ่มตั้งแต่การต้องขออนุญาตจัดตั้งโดยต้องมีการตรวจสอบมาตรฐาน และการตรวจติดตามเป็นระยะ รวมทั้งกระบวนการพัฒนาคุณภาพ

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศไทยจะเห็นได้ชัดเจนว่า ปัจจุบันสถานบริการเอกชนที่จัดตั้งขึ้นไม่มีหน่วยงานใดทำหน้าที่กำกับดูแล และมาตรฐานที่มีการพัฒนาขึ้นมาก็ไม่สามารถบังคับใช้กับสถานบริการเอกชนได้ เนื่องจากไม่มีการกำหนดในกฎหมายใดเลยที่ให้สถานบริการต้องขออนุญาตจัดตั้ง ในส่วนของสถานสงเคราะห์คนชราซึ่งเกือบทุกแห่งมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ต้องทำหน้าที่เป็นสถานบริการระยะยาวไปด้วย โดยไม่มีกรอบอัตรากำลัง เครื่องมือ อาคารสถานที่ที่เหมาะสม

2.3 การพัฒนามาตรฐานสถานบริการดูแลระยะยาวแบบสมัครใจและแบบบังคับ

ทุกประเทศที่ทำการทบทวนวรรณกรรมมีข้อกำหนดมาตรฐานแบบบังคับสำหรับการขออนุญาตจัดตั้ง โดยข้อกำหนดนี้อาจมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ และมีการส่งเสริมให้มีการพัฒนาคุณภาพโดยวิธีที่ดำเนินการหลากหลาย เช่น ฮ่องกง ญี่ปุ่น จะมีระบบรับรองคุณภาพแบบสมัครใจ ในฝรั่งเศสจะบังคับให้มีการตรวจประเมินการพัฒนาคุณภาพเปรียบเทียบกับอดีตในมาตรฐานด้านต่างๆ โดยถือเป็นส่วนหนึ่งของการพิจารณาต่อใบอนุญาต หรือบางประเทศก็ใช้วิธีกำหนดดัชนีคุณภาพเพื่อประเมินเปรียบเทียบระหว่างสถานบริการ เช่น เนเธอร์แลนด์

สำหรับประเทศไทยนั้น แม้ว่าจะยังไม่มีกลไกตรวจประเมินมาตรฐานสถานบริการ แต่ในส่วน of สถานพยาบาลนั้น มีกลไกตรวจประเมินมาตรฐานขั้นต่ำแบบบังคับสำหรับสถานบริการสำหรับใช้ตรวจประเมินในการขอจัดตั้งหรือขอต่อใบอนุญาตสถานพยาบาล รวมทั้งมีการประเมินโรงพยาบาลแบบสมัครใจ (Hospital accreditation) ซึ่งได้รับการตอบรับจากสถานพยาบาลทั้งรัฐและเอกชน ดังนั้นจึงมีความเป็นไปได้ที่จะพัฒนากลไกทั้งสองขยายมาครอบคลุมการตรวจประเมินสถานบริการ รวมทั้งอาจการจัดตั้งองค์กรอิสระขึ้นมาใหม่ที่มีความเชี่ยวชาญในการประเมินสถานดูแลระยะยาวโดยเฉพาะ

2.4 ทิศทางการเงินการคลังสำหรับการดูแลระยะยาวในสถานบริการ

ภาษีเป็นแหล่งการคลังหลักของการจัดระบบการดูแลระยะยาวภาครัฐ พบในเกือบทุกประเทศที่ทำการทบทวนวรรณกรรม แม้จะมีหลายประเทศที่ใช้ระบบประกันสังคมเป็นแนวทางหลักทางการคลังของการดูแลระยะยาว แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดพบว่ารัฐบาลยังต้องอุดหนุนเงินภาษีในสัดส่วนค่อนข้างสูง

จากบริบททางสังคมของหลายประเทศ นั้น ค่าใช้จ่ายบริการดูแลระยะยาวส่วนที่เป็นบริการสุขภาพมักจะครอบคลุมถ้วนหน้าไม่ต่างจากที่ให้บริการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (ยกเว้นสหรัฐอเมริกาที่บริการสุขภาพยังไม่ครอบคลุมถ้วนหน้า) แต่บริการดูแลด้านสังคมนั้น หลายประเทศยังใช้แนวคิดที่ครอบครัวต้องรับผิดชอบเป็นหลัก โดยเฉพาะเรื่องที่อยู่อาศัยและอาหารการกิน ทำให้การคลังการดูแลระยะยาวที่เป็นบริการสังคมมีความแตกต่างตั้งแต่ การให้การช่วยเหลือเฉพาะคนจน การให้การช่วยเหลือทุกคนแต่ช่วยไม่เท่ากัน ขึ้นกับระดับรายได้ หรือ การให้การช่วยเหลือทุกคนที่มีภาวะพึ่งพาถึงเกณฑ์ อย่างไรก็ตามก็ไม่ได้ให้ไปทุกเรื่อง โดยประชาชนมีส่วนร่วมการร่วมจ่ายค่อนข้างสูง โดยเฉพาะค่าที่พักในสถานบริบาลรวมทั้งค่าอาหาร การร่วมจ่ายในเรื่องกิจกรรมดูแลในชีวิตประจำวันก็มีสัดส่วนสูงแต่น้อยกว่า

ความกังวลเรื่องความยั่งยืนทางการคลังทำให้ทุกประเทศมีแนวโน้มส่งเสริมการดูแลระยะยาวที่บ้านพยายามลดการดูแลระยะยาวในสถานบริบาลและโรงพยาบาล ร่วมไปกับการส่งเสริมให้มีการประกันภัยการดูแลระยะยาวให้เพิ่มขึ้น เป็นการลดความเสี่ยงทางการเงินสำหรับครัวเรือน ที่อาจต้องใช้เงินจำนวนมากในการจ่ายร่วมในกรณีที่ผู้สูงอายุในครอบครัวต้องการบริการดูแลระยะยาว อย่างไรก็ตามบางประเทศที่ระบบยังอยู่ในช่วงเริ่มต้น เช่น เกาหลี ก็จะมีแนวโน้มการเพิ่มค่าใช้จ่ายเพื่อให้ได้บริการดูแลระยะยาวที่เหมาะสม กล่าวได้ว่าแนวโน้มในภาพรวมการจัดสิทธิประโยชน์การดูแลระยะยาวภาครัฐในแต่ละประเทศจะใกล้เคียงกันมากขึ้นในอนาคต ประเทศที่ระดับการครอบคลุมต่ำและให้เฉพาะคนจน เช่น นิวซีแลนด์ อังกฤษ มีความพยายามลดข้อจำกัดลง ในขณะเดียวกันประเทศ เช่น สวีเดน ฝรั่งเศส และญี่ปุ่น ที่ให้สิทธิประโยชน์ครอบคลุมกว้างขวางมีการกำหนดข้อจำกัดในการใช้บริการเพิ่มขึ้น รวมทั้งเพิ่มเติมเรื่องบริการป้องกัน

3. ข้อเสนอแนะ

3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) รัฐบาลควรพิจารณาออกกฎหมายการดูแลระยะยาวโดยตรงหรือเพิ่มเติมในกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการพัฒนามาตรฐานสถานดูแลระยะยาวและเกิดกลไกการกำกับมาตรฐานให้เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

2) สนับสนุนให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการกำกับดูแลคุณภาพการดูแลระยะยาวในระดับชาติ โดยมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุขกำกับดูแลมาตรฐานสถานบริบาลและให้กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์กำกับดูแลมาตรฐานสถานสงเคราะห์และบ้านพักคนชรา

3) สนับสนุนให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการประกันคุณภาพในระดับท้องถิ่นหรือองค์กรอิสระที่ทำผู้สูงอายุและผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเสียชีวิตอย่างสงบได้รับความเคารพเคารพศักดิ์ศรี

4) ส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น กทม. อบจ. หรือ เทศบาลนครขนาดใหญ่ ทำหน้าที่ในการออกใบอนุญาตประกอบกิจการสถานบริบาล

5) ส่งเสริมให้มีการประเมินสถานบริบาลแบบสมัครใจ และมีหน่วยงานให้คำปรึกษาด้านการพัฒนามาตรฐานเพื่อช่วยให้ผ่านการประเมิน และเป็นการยกระดับคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวของประเทศได้อย่างรวดเร็วและยั่งยืน

6) ควรมีนโยบายการพัฒนาและเตรียมความพร้อมของบุคลากรทุกระดับให้มีสมรรถนะในการดูแลระยะยาวเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาที่เพิ่มมากขึ้น

3.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1) ควรรนำมาตรฐานที่ได้จากการวิจัยนี้ไปพัฒนาต่อยอดหาตัวชี้วัดในแต่ละมาตรฐาน ที่ต้องพัฒนาร่วมกันกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ข้อตกลงร่วมกัน แล้วนำไปทดลองใช้เพื่อพัฒนาระบบการประกันคุณภาพสถานบริบาล โดยอาจทดลองนำร่องในกรุงเทพมหานคร เนื่องจากเป็นเขตที่มีจำนวนสถานสถานบริบาลมากที่สุด

2) จัดทำหลักสูตรฝึกอบรมและจัดอบรมการดูแลระยะยาวแก่บุคลากรทุกระดับที่ทำงานในสถานดูแลระยะยาว เพื่อเป็นการเตรียมบุคลากรและเพิ่มสมรรถนะบุคลากรที่ปฏิบัติงานอยู่แล้วให้มีความรู้และความเชี่ยวชาญมากยิ่งขึ้น

3) การพัฒนาเครือข่ายการดูแลระยะยาวเพื่อเป็นการแบ่งปันประสบการณ์ การเรียนรู้และพัฒนาตลอดจนการเข้าถึงข้อมูลความรู้การดูแลระยะยาวในเขตภูมิภาคมากขึ้น

4) ควรมีการจัดทำเว็บไซต์ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับมาตรฐานการประกันคุณภาพสถานบริการดูแลระยะยาว รวมทั้งเผยแพร่สถานบริการที่ร่วมโครงการและผู้ผ่านการประเมินเพื่อให้ข้อมูลสถานบริการที่ให้บริการที่มีคุณภาพแก่สังคม

ข้อจำกัดของการวิจัย

คณะนักวิจัยพบว่าการสืบค้นวรรณกรรมดำเนินไปด้วยความยากลำบาก มีข้อจำกัดในการเข้าถึงแหล่งข้อมูล เนื่องจากต้องสืบค้นจากเอกสารและสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ จากต่างประเทศทั้งหมด ที่ส่วนใหญ่เป็นภาษาอังกฤษและในบางประเทศมีข้อมูลฉบับภาษาอังกฤษน้อยมากแต่เป็นภาษาของประเทศนั้นๆ เช่น ประเทศฝรั่งเศส เนเธอร์แลนด์และญี่ปุ่น รวมทั้งข้อมูลที่ต้องการสืบค้นเป็นประเด็นที่ไม่ค่อยมีการเปิดเผย นอกจากนี้พบว่าในหลายๆ ประเทศไม่มีข้อมูลเชิงลึก อาจเป็นข้อมูลระดับปฏิบัติการ ซึ่งเป็นข้อมูลบริหารของแต่ละหน่วยงาน (Gray literature) หรือเป็นความลับของหน่วยงานหรือหน่วยบริการที่ให้การรับรองมาตรฐาน เช่น Joint Commission International (JCI) ที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการได้มาซึ่งข้อมูลนั้นๆ ทำให้ไม่สามารถสืบค้นได้จากฐานข้อมูลทั่วไปได้ ศึกษาครั้งต่อไปเสนอให้มีการศึกษาเจาะลึกในบางประเทศร่วมกับการศึกษาดูงานและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้ได้ข้อมูลละเอียดลึกซึ้งมากขึ้น

บรรณานุกรม

- กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2551). ระบบการดูแลระยะยาว: การวิเคราะห์เปรียบเทียบเพื่อเสนอแนะเชิงนโยบาย. **รามาริบัติสาร** 14(3): 358-398.
- กองการส่งเสริม กรมสุขภาพอนามัยคนชรา. (2013). **งานบริหารจัดการพยาบาลดูแล (care management)**. กระทรวงสาธารณสุข แรงงานและสวัสดิการ.
- ทัศนาศูววรรณะปรกรณ์, ลินจง โปธิบาล และจิตตวดี เจริญทอง. (2550). การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา. **พยาบาลสาร**. 35(1): 36-45.
- พันธ์ทิพย์ วารวาท. (2551). **การศึกษาความต้องการของผู้สูงอายุในสถานบริการเอกชน เขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลัดดา คำให้การเลิศและคณะ. (2554). **รายงานโครงการ การพัฒนากรอบและแนวทางการพัฒนามาตรฐานบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการ**. นนทบุรี: สถาบันสร้างเสริมสุขภาพผู้พิการ.
- วรเวศม์ สุวรรณระดา, ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และ สุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์. (2553). อุปสงค์ของบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. **วารสารเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ**. 1(1): 20-41.
- วรเวศม์ สุวรรณระดา, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, นพพล วิทยวรพงค์ และสุภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์. (2558). **รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การประมาณการต้นทุนการจัดบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในสถาบัน: กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่**. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- วินัย ลิสมิทธิ. (2015). **การศึกษารูปแบบ แนวทางระบบบริหารจัดการเขตสุขภาพในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**. แหล่งที่มา: http://www.hsri.or.th/sites/default/files/browse/hiso_Full-text.pdf. สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2558.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. (2550). คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล. **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. 8(1)(8 ม.ค.-มี.ค.2550): 1-10.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. (2550). **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: เครือข่ายวิจัยสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.).
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. (2552). ระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ. **วารสารประชากรศาสตร์**. 25(1)(มีนาคม): 45-62.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทัศนาศูววรรณะปรกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2552). **รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย**. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศิริพันธุ์ สาสัต์ย์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์, เตือนใจ รักดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง.

(2552). รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย.

กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

ศิริพันธุ์ สาสัต์ย์. (2555). รายงานโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในสถาน

ดูแลระยะยาว: คุณภาพการดูแล และความรู้ เจตคติและการปฏิบัติของบุคลากรทางการพยาบาล.

โครงการพัฒนามหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา.

ศิริพันธุ์ สาสัต์ย์. (2556). รายงานการสังเคราะห์วรรณกรรม เรื่อง มาตรฐานการดูแลสำหรับการดูแลระยะยาว

ในประเทศไทย. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สวปก.) ภายใต้

International Labour Organisation (ILO), United Nation, Bangkok.

ศูนย์สารสนเทศและวิจัยระบบยา. **ประเทศสหรัฐอเมริกา.** แหล่งที่มา:

http://www.hiso.or.th/hiso/picture/reportHealth/nn_report8_8.pdf, สืบค้นเมื่อ 5

กุมภาพันธ์ 2558.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ศิริพันธุ์ สาสัต์ย์ และขวัญใจ อำนางลัยชัยเชื้อ. (2552). รูปแบบการ

ดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน. **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว.**

1(2): 22-31.

อนวัณน์ สุกชุตติกุล และ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). **คุณภาพของระบบสุขภาพ.** นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบ

สาธารณสุข.

อังคณา ตันท์เอกคุณ. (2545). **คุณภาพการดูแลตามความคาดหวังของผู้สูงอายุที่พักอาศัยในสถาน**

สงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิต

วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Australian Government. (2011). **Caring for older Australians.** Productivity Commission

Inquiry Report, 2(53).

Baines, B. (2007). Long-term care homes legislation: Lessons from Ontario. **Canadian Women**

Health Network, 10(1). Available from: <http://www.cwhn.ca/en/node/39381>, retrieved

on 04 Mar 2014.

Baldwin, J., Robert, J. D., Fitzpatrick, J. I., White, A. and Cowan, D. T. (2003). The role of the

support worker in nursing homes: a consideration of key issue. **Journal of Nursing**

Management 11: 410-420.

Bradshaw, S. A., Playford, E. D. and Riazi, A. (2012). Living well in care homes: A systematic

review of qualitative studies. **Age and Ageing** 41: 429 – 440.

- C.D. HOWE Institute. (2015). **Long-term care for the elderly: Challenges and policy options.** Available from: http://www.cdhowe.org/pdf/Commentary_367.pdf, retrieved on 4 February 2015.
- C.D. Howe Institute. (2104). **Long-term care for the elderly: Challenges and policy options.** Available from: http://www.cdhowe.org/pdf/Commentary_367.pdf, retrieved on 04 Mar 2014.
- Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. (2014). **Nurse practitioners in long-term care facilities: Clinical and cost-effectiveness and guidelines.** Available from: <http://www.rxfiles.ca/rxfiles/uploads/documents/ltc/ADMINISTRATION/Nurse%20Practitioners/Nurse%20practitioners%20in%20LTC%202012.pdf>, retrieved on 04 Mar 2014.
- Canadian Institute of Health Information. (2014). **When nursing home is home: How do Canadian nursing home measure up on quality.** Available from: https://secure.cihi.ca/free_products/CCRS_QualityinLongTermCare_EN.pdf, retrieved on 04 Mar 2014.
- Canadian Institutes for Health Research. (2014). **A systematic review of research evidence on nurse staffing in long-term care.** Available from: https://circle.ubc.ca/bitstream/handle/2429/42651/Final_Report_LTC_Staffing_Version_Aug_20_2010.pdf?sequence=1, retrieved on 04 Mar 2014.
- Canadian Nurse Association. (2014). **Fact sheet: Nurse practitioner in long term care.** Available from: https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page%20content/pdf%20en/2013/09/06/14/53/fact_sheet_nurse_practitioners_2013_e.pdf, retrieved on 04 Mar 2014.
- Capitman, J., Leutz, W., Bishop, C. and Casler, R. (2005). **Long-term care quality: Historical overview and current initiatives.** Report for the National Commission for Quality Long-Term Care, Washington, DC: USA.
- Care Quality Commission (2010a). **Analysis of consultation on assessment of quality in 2010/11.** Feedback report. London: CQC.
- Care Quality Commission (2010b). **Guidance about Compliance: Essential standards of quality and safety.** London: CQC.
- Carr, K. K., Kazanowski, M. K. (1994). Factors affecting job satisfaction of nurses who work in long term care. **Journal of Advanced Nursing**, 19: 878-883.

- Castle, N. G. (2008). Nursing home caregiver staffing levels and quality of care a literature review. **Journal of Applied Gerontology**, 27(4): 375-405.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2001). **Report to Congress: Appropriateness of Minimum Nurse Staffing Ratios in Nursing Homes**, Phase II. Baltimore, MD: Centers for Medicare and Medicaid Services.
- Centers for Medicare and Medicaid services. (2014). **This official U.S. government medicare handbook**. Available from: <http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050.pdf?mboxSession=1408270838000-499999>, retrieved on 4 February 2015.
- Centers for Medicare and Medicaid services. (2015). **Your guide to choosing a nursing home**. Available from: <http://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02174.pdf>, retrieved on 4 February 2015.
- Centers for Medicare and Medicaid Services. (2000). **Report to Congress: Appropriateness of Minimum Nurse Staffing Ratios in Nursing Homes**, Phase I. Baltimore, MD: Centers for Medicare and Medicaid Services.
- Chevreul K., et al. (2010). **France: Health system review**. Health Systems in Transition [Report]. - Copenhagen: WHO Regional Office for Europe,.
- Chi, I. and Chow, N. (1997). Housing and family care for the elderly in Hong Kong. *Ageing International*. Winter/Spring: 65:66.
- Chung, S.Y. and Chiu, A. D. (2014). **The 10 years' experience in residential home aged care accreditation scheme (RACAs) in Hong Kong**. Handout. Hong Kong: RACAs.
- College of Registered Nurses of Nova Scotia. (2014). **Professional practice guidelines: Duty to provide care**. Available from: <http://www.canprep.ca/library/CRNNSdtdc.pdf>, retrieved on 04 Mar 2014.
- Common Quality Agenda. (2015). **Long-term care indicators**. Available from: <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/home/cqa-07-long-term-care-indicators.pdf>, retrieved on 4 February 2015.
- Conseil Général Département de l'Allier Guide de l'aide à la réalisation des établissements sociaux de compétence du département de l'Allier (architecture et procédure CROSMS) [Book]. - [s.l.] : Conseil Général Département de l'Allier, 2007.
- CSCI. (2006). **The state of social care in England 2005 -6**. London: Commission for social care inspection, cited in K. Howse. (ed). (2007). **Health and social care for older**

- people in the UK: A snapshot view [Online]. Available from: <http://www.ageing.oc.ac.uk>. [November, 20 2013].
- Da Roit, B. (2010). **Changing Elderly Care in Italy and the Netherlands**. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Dalley, G. and Denniss, M. (2001). **Trained to care? The skills and competencies of care assistants in home for older people**. London: Centre for Policy in Ageing.
- Davies, S., Slack, R., Iaker, S. and Philp, I. (1999). The educational preparation of staff in nursing homes: Relationship with resident autonomy. **Journal of Advanced Nursing** 29(1): 208-217.
- Department of Health. (2001). **NHS Funded Nursing care in Nursing Home – What it means of you: A guide for people living in or going into nursing homes their families carers**. London: The Stationery Office.
- Department of Health. (2006). **Care homes for older people National minimum standards and the care homes regulation 2001**. 3rd edition. London: TSO.
- Desimini, N. N. (2014). **Facility-based long-term care in Canada: Examining the potential for a federal role in improving quality and consistency of access**. Available from: http://dspace.library.uvic.ca:8080/bitstream/handle/1828/3195/desimini_natalie.pdf?sequence=1, retrieved on 04 Mar 2014.
- Development of Staffing Quality Measures. (2005). **Phase I final report executive summary**. Available from: <http://www.dhcs.ca.gov/services/medical/Documents/SNF%20Quality%20Workgroup/SOM%20Final%20Report%20Exec%20Summary%2007%2025%2005.pdf>, retrieved on 5 February 2015.
- Dinnus, F. H M (2010). Quality of care assurance in long-term care in the Netherlands: Measuring the quality of long-term care. **Eurohealth** 16(2): 11-13
- Donabedian, A. (1985). Twenty year of research on the quality of medical care: 1964-1984. **Eval Health Prof.** 8: 243-65.
- Du Moulin, M., van Haastregt, J., & Hamers, J. (2010). Monitoring quality of care in nursing homes and making information available for the general public: State of the art. **Patient Education and Counseling**, 78: 288-296.
- Dupourque Etienne AGGIR, the Work of Grids [Report]. - [s.l.] : **Society of Acturies**, Long Term Care Insurance Section, 2012.

- Dupourque, E. (2012). **AGGIR, the work of grids**. Society of Actuaries, Long Term Care Insurance Section.
- East Kent, NHS. (2006). **Introduction Programme for Health Care Assistants in General Practice**. Available from: http://www.kentandmedway.nhs.uk/pdf/Professional_page/healthcare_assistants_induction.pdf, retrieved on 22 Sept 2006.
- Ellootts., Golds, S. and Sissons, I. (2012). **Long-term care – A review of global funding models** [Conference] // Institute and Faculty of Actuaries in London. - London : [s.n.].
- Ellott, S., Golds, S., & Sissons, I. (2012). **Long-term care – A review of global funding models**. London: Institute and Faculty of Actuaries
- Fermon Beatrice and Joël Marie-Eve. (2012). **Quality Assurance Policies and Indicators for Long-Term Care in the European Union Country Report: France** [Report]. - [s.l.] : ANCIEN.
- Fontaine Roméo Roméo Fontaine. (2012). Formal Care on the Care Provision for Disabled Elderly People in France [Journal]. - [s.l.] : **Économie publique/Public economics**, 1-2 : Vols. 28-29.
- Frijters, D. H. (2010). **Quality of care assurance in long-term care in the Netherlands**. 16(2) (Measuring the quality of long-term care).
- Fukushima, N., Adami, J. and Palme, M. (2010). The Long-term care system for the elderly in Sweden: ENEPRI research report No.89. Available from (<http://www.ancien-longtermcare.eu/node/27> [23 April 2014])
- Glendinning, C., Bleddyn Davies, B., Pickard, L. and Herrera, A. C. (2004). **Funding long-term care for older people** [Online]. Available from: [s/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RRNo%2074England.pdf](http://www.ancien-longtermcare.eu/default/files/ENEPRI%20_ANCIEN_%20RRNo%2074England.pdf) [March 13, 2014]
- Gray, L. C., Cullen, D. J. and Lomas, H. B. (2014). Regulating long-term care quality in Australia. In V. Mor, T. Leone and A. Maresso. **Regulating long-term care quality**. Cambridge: Cambridge University Press.
- Grundy, E. (2010). **The care of older people in the United Kingdom: Problems, provision and policy** [Online]. Available from: <http://eprints.whiterose.ac.uk/73259/1/Document.pdf> [March 15, 2014]
- Hall, W. B. et al. (2012). The implications of long-term acute care hospital transfer practices for measures of In-hospital mortality and length of stay. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine**. Available from:

- <http://www.atsjournals.org/doi/pdf/10.1164/rccm.201106-1084OC>, retrieved on 4 February 2015.
- Harrington, C. (2009). Nurse staffing and deficiencies in the largest for-profit nursing home chains and chains owned by private equity companies. **Health Research and Education Trust**. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3447240/pdf/hesr0047-0106.pdf>, retrieved on 5 February 2015.
- Harrington, C., et al. (2012). Nursing home staffing standards and staffing levels in six countries. **Journal of Nursing Scholarship**, 44(1): 88-98.
- Harrington, C., Kovner, C., Mezey, M., Kayser-Jones J, Burger, S., Mohler, M., Burke, R., and Zimmerman, D. (2000). Experts Recommend Minimum Nurse Staffing Standards for Nursing Facilities in the United States. **Gerontologist**, 40(1): 5–16
- Health Quality Ontario. (2014). **Long-term care benchmarking resource guide**. Available <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/pr-ltc-benchmarking-resource-guide-en.pdf>, retrieved on 04 Mar 2014.
- Hellqvist, K. and Lidbrink, M. (2010). Quality of long-term care in residential facilities. **Achieve. Germany**, 18-19 Oct: 1-7.
- Herrera, A. C., Pickard, L., Wittenberg, R., Malley, J. and King, D. (2010). **The long – term care system for the elderly in England**[Online]. Available from: <http://www.ancien-longtermcare.eu/sit>
- Higgs, P., MacDonald, L. and Ward, M. (1992). Responses to the institution among elderly patients in hospital long-stay care. **Social Science and Medicine** 35(3): 287-293.
- Hong Kong Association of Gerontology (HKAG). (2004). **Report on “Pilot project on accreditation system for residential care services for the elders in Hong Kong.”** Hong Kong: HKAG.
- Hong Kong Association of Gerontology (HKAG). (2013). **Annual report 2012-2013**. Hong Kong: HKAG.
- Howse, K. (2007). **Health and social care for older people in the UK: a snapshot view**. [Online]. Available from: [http:// www.ageing.oc.ac.uk](http://www.ageing.oc.ac.uk). [November, 20 2013]
- Igarashi, A., Yamamoto-Mitan, N., Gushiken, Y., Tanaka, M., & Okamoto, Y. (2013). Prevalence and incidence of pressure ulcers in Japanese long-term-care hospitals. **Archives of Gerontology and Geriatrics**: 220-226.

- Ikegami, N., & Ikezaki, S. (2012). Japan's policy of promoting end-of-life care in nursing homes: Impact on facility and resident characteristics associated with the site of death. **Health Policy**, 303-311.
- Ikegami, N., & Ikezaki, S. (2013). Nursing homes and end-of-life care in Japan. **J Am Med Dir Assoc.**: 718-723.
- Ikegami, N., Ishibashi, T., & Amano, T. (2014). 5. Japan's long-term care regulations focused on structure – rationale and future prospects. In V. Mor, T. Leone, & A. Maresso, **Regulating Long-Term Care Quality: An International Comparison** (pp. 121-144). Cambridge University Press.
- Improving Nursing Home Compare. (2012). Nursing home complaint form template. Available from: http://www.medicare.gov/nursinghomecompare/Nursing_Home_Complaint_Form.pdf, retrieved on 5 February 2015.
- Jeanne, A. (2013). A staff intervention targeting resident-to-resident elder mistreatment (REM) in long-term care increased staff knowledge, recognition and reporting: Results from a cluster randomized trial. **International Journal of Nursing Studies**. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0020748912003549/1-s2.0-S0020748912003549-main.pdf?_tid=46b72c12-ac9f-11e4-a086-00000aacb362&acdnat=1423076261_4e7d443419aafd955051c98feec6e990, retrieved on 5 February 2015.
- Jeger François and Peraldi Olivier Solidarité et vieillissement: Le défi de la dépendance [Book]. - Essais : Territorial, Voiron (Isère), 2011.
- Joël Marie-Eve, et al. (2010). **The long-term care system for the elderly in France** [Report]. - Brussels, Belgium : Centre for European Policy Studies (CEPS).
- Joint Commission International. (2014). **JCI Accreditation standards for hospitals, (5th edition)** Available from: <http://www.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-5th-edition/>, retrieved on 5 February 2015.
- Joint Commission International. (2014). **Joint commission international survey process guide for hospitals**. Available from: http://www.jcrinc.com/assets/1/14/ebjcihspg14_sample_pages.pdf, retrieved on 5 February 2015.

- Jorgensen, D. et al. (2009). "Why do older people in New Zealand enter residential care rather than choosing to remain at home, and who makes that decision?" **Ageing International** 34(1-2): 15-32.
- Joshua, M. (2015). **Long-term care financing, service delivery, and quality assurance: The international experience**. Available from:
https://books.google.co.th/books?id=WyE9LS5H34IC&pg=PA309&lpg=PA309&dq=Elsevier+Inc.+All+rights+reserved.+DOI:+2011+10.1016/B978-0-12-380880-6.000228&source=bl&ots=tMtN0AdM0F&sig=ca7T3Hr4VdZYkvA1TP_3l6ZrI5g&hl=th&sa=X&ei=lnzTVM6kCYOxuOS57YKYDg&ved=0CCUO6AEwAA#v=onepage&q=Elsevier%20Inc.%20All%20rights%20reserved.%20DOI%3A%202011%2010.1016%2FB978-0-12-380880-6.00022-8&f=false, retrieved on 4 February 2015.
- Koike, S., & Furui, Y. (2013). Long-term care-service use and increases in care-need level among home-based elderly people in a Japanese urban area. **Health Policy**: 94-100.
- Kroneman, W.S.M., Boerma, W., Van den Berg, M., Westert, G., Devillé, W., and Van Ginneken, E. (2010). The Netherlands health system. **European Observatory on Health Systems and Policies** 12(1): 1-228.
- Lapane, K. & Hughes, C. (2007). Considering the employee point of view: perceptions of job satisfaction and stress among nursing staff in nursing homes. **Journal of American Medical Directors Association**, 8, 8-13.
- Lee, C., Komatsu, H., Zhang, W., Chao, Y.-F., Kim, K., Kim, G., et al. (2010). Comparison of the Hospice Systems in the United States, Japan and Taiwan. **Asian Nursing Research**: 163-173.
- Leichsenring, K. (2014). Performance measurement in long-term care in Australia. In V. Mor, T. Leone and A. Maresso. **Regulating long-term care quality**. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lin, H. (2014). Revisiting the relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: An instrumental variables approach. **Journal of Health Economics**, 37, 13-24.
- Literature review development of staffing quality measurement phase I**. Available from:
<http://www.dhcs.ca.gov/services/medical/Documents/SNF%20Quality%20Workgroup/Phase%20Literature%20Review.pdf>, retrieved on 5 February 2015.
- Malley, J., Holder, J., Dodgson, R., and Booth, S. (2014). Regulation the quality and safety of long-term care in England. In V. Mor, T. Leone and A. Maresso. (eds.). **Regulating long-**

- term care quality: An international comparison.** United Kingdom: Cambridge University Press.
- Marie, J. E., Sandrine , K. D., Catherine , D., & Mathilde , M. (JUNE 2010). **The long-term care system for the elderly in France.** Brussels, Belgium: Centre for European Policy Studies (CEPS).
- Masterson, A. (2004). Towards an ideal skill mix in nursing homes. **Nursing Older People** 16(4): 14-16.
- Medicare and you.** (2014). <http://www.medicare.org/pubs/pdf/10050.pdf>, retrieved on 6 March 2014.
- Mei, Y. Y. et al. (2013). Designing and evaluating an electronic patient falls reporting system: Perspectives for the implementation of health information technology in long-term residential care facilities. **International Journal of Medical Informatics**. Available from: http://ac.els-cdn.com/S1386505611000748/1-s2.0-S1386505611000748-\main.pdf?_tid=7b6d70c2-aca1-11e4-9da4-00000aacb360&acdnat=1423077208_4c007a0b54e9b6a726da5545e113e271, retrieved on 4 February 2015.
- Michigan Government Home. Division of Health Facility Standard and Licensing. (2011). **Nursing home and nursing care facilities.** Available from: http://www.hpm.umn.edu/nhregsplus/NHRegs_by_State/Michigan/MI%20Complete%20Regs.pdf, retrieved on 5 February 2015.
- Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité Décret no 2008-821 du 21 août 2008 relatif au guide de remplissage de la grille nationale AGGIR [Book]. - Paris : **JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**, 2008.
- Ministry of Health and Long term Care. (2014). **A guide to the long-term care homes Act, 2007 and Regulation.** Available from: http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ltc/docs/ltcha_guide_phase1.pdf, retrieved on 04 Mar 2014.
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2004). **Commitment to care: A plan for long-term care in Ontario (Spring).** Available from: http://catalogue.iugm.qc.ca/GEIDFile/ontario.PDF?Archive=194321391250&File=Ontario_PDF, retrieved on 04 Mar 2014.

- Mot, A. D. (2010). **The Long-Term Care System for the elderly in the Netherlands**. CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis.
- Mot, E., Aouragh, A., Groot, M. D., and Mannaerts, H. (2010). **Report of long-term care system for the elderly in the Netherlands**. Netherlands: CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis.
- New Zealand Treasury. (2003). **Unpublished presentation to the guideline for specialist health services for older people**. Technical advisory group.
- Nitz, J. C. et al. (2015). **Enhancing functional balance and mobility among older people living in long-term care facilities**. Available from: http://ac.els-cdn.com/S0197457210005446/1-s2.0-S0197457210005446-main.pdf?_tid=131dfdde-aca1-11e4-9683-00000aabb0f27&acdnat=1423077033_64459fe44013c21ac2d9919347d99586, retrieved on 4 February 2015.
- OECD. (2011). **Help wanted? Providing and paying for long-term care**. Paris. Retrieved from <http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/3/41413/Grundy.pdf> [2014, March 12, 2014]
- OECD. (2011). **Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care** [Report]. - Paris : [s.n.].
- OECD. (2012). **Questionnaire on Long-term Care Quality**. Retrieved from www.oecd.org/health/longtermcare, May 23, 2014.
- OECD. (2013). **A good Life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care**. Paris: OECD.
- OECD. (2013a). Long-term care in Sweden (pp.3-51). In **OECD Reviews of health care quality**. OECD publishing.
- OECD. (2013b). **A good life in old Age**. European commission: OECD.
- Oleson, M., Heading, C., Shdick, K. M. and Bistodeau, J. A. (1994). **Quality of life in long-stay institutions in English: nurse and resident perception**. *Journal of Advanced Nursing* 20: 23-32.
- Organization for Economic Co-operation and Development. (2014). **Health care quality indicators project conceptual framework paper**. Available from: <http://www.oecd.org/health/health-systems/36262363.pdf>, retrieved on 04 Mar 2014. retrieved on 04 Mar 2014.

- Overview of Long-Term Care in Five Nations: Australia, Canada, the Netherlands, Norway and the United States.** (1995). Available from <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/1995/5overvie.pdf>, retrieved on 5 February 2015.
- Overview: **Development of staffing quality measures – phase I.** Available from: http://www.dhcs.ca.gov/services/medical/Documents/SNF%20Quality%20Workgroup/Overview%20of%20SOM%20Phase%20I%20documents%20MW_101306.pdf, retrieved on 5 February 2015.
- Saliba, D. and Buchanan, J. (2012). Making the investment count: Revision of the minimum data set for nursing homes, MDS 3.0. **JAMDA**, 13: 602-610.
- Sasat, S., Long, C.O. and Miel, R. (2012). **Research report on “Knowledge, attitude and practice of nursing staff onto older people residents in long-term care facilities.”** The Higher Education Research Promotion and National Research University Project of Thailand, Office of the Higher Education Commission.
- Schäfer, W., Kroneman, M., Boerma, W., Berg, M., Westert, G., Devillé, W., et al. (2010). **The Netherlands Health system review.** 12(Health Systems in Transition).
- Schols, J. M., Frijters, D., Kempen, R., & Hamers, J. (2014). Quality monitoring of long-term care for older people in The Netherlands. In V. Mor, T. Leone, & A. Maresso, **Regulating Long-Term Care Quality: An International Comparison** (pp. 211-240). Cambridge University Press.
- Scott, J. and Riley, K. (2004). **Development of staffing quality measures phase I stakeholder meeting summary final report.** Available from: <http://www.dhcs.ca.gov/services/medical/Documents/SNF%20Quality%20Workgroup/Final%20Report%20of%20Stakeholder%20Meeting%20to%20CMS%204%207.pdf>, retrieved on 5 February 2015.
- Scott, J. and Riley, K. (2005). **Development of staffing quality measures phase I creation of the nursing home staffing database & data dictionary.** Available from: <http://www.dhcs.ca.gov/services/medical/Documents/SNF%20Quality%20Workgroup/SOM%20Creation%20of%20the%20NH%20Staffing%20DB%20and%20Data%20Dict.pdf>, retrieved on 4 February 2015.
- Scott, J. C. et al. (2005). **Development of Staffing Quality Measures Phase I Final Report.** Available from:

- <http://www.dhcs.ca.gov/services/medical/Documents/SNF%20Quality%20Workgroup/Final%20Report%20and%20Appendices.pdf>, retrieved on 5 February 2015.
- Smith, P. W., et al. (2008). **SHEA/APIC guideline: Infection prevention and control in the long-term care facility.** Available from: http://www.apic.org/Resource_/TinyMceFileManager/Practice_Guidance/id_APIC-SHEA_GuidelineforLTCFs.pdf, retrieved on 4 February 2015.
- Sovinsky, M. and Stern, S. (2012). **Dynamic modelling of long-term care decisions.** Available from: <http://www.econ.uzh.ch/faculty/sovinsky/research/dynamicsreview.pdf>, retrieved on 4 February 2015.
- Srithamrongsawat, S., Bundhamcharoen, K., Sasat, S., Odtan, P., and Ratkjaroenkhajorn, S. (2009). **Research report on “The projection of demand and expenditure for institutional long term care in Thailand.”** Finance management component, Health care reform project, Thai-European Cooperation for Health.
- Statistics New Zealand. (2009). **Disability and Informal Care in New Zealand.**
- Tatara, K. & Okamoto, E. (2009). Japan Health system review. **Health Systems in Transition**, 11.
- Tatara, K., & Okamoto, E. (2009). Japan: Health system review. Health Systems in Copenhagen. **European Observatory on Health Systems and Policies** 11(5): 1-164.
- Temkin-Greener, H., Ladwig, S., Caprio, S., Norton, S., & et al. (2015). Developing palliative care practice guidelines and standards for nursing home-based palliative care teams: A delphi study. **JAMDA**, 16, 86e1-86e7.
- The Manitoba Nurses’ Union. (2006). **Long-term care in Manitoba. (December).** Available from: http://www.cbc.ca/manitoba/features/nursinghomes/union_report.pdf, retrieved on 04 Mar 2014.
- The Canadian Committee on Antibiotic Resistance. (2014). **Infection prevention and control best practices for long term care.** Available from: http://www.cpsa.ab.ca/Libraries/Pro/IPAC-Best_Practices_general.pdf, retrieved on 04 Mar 2014.
- The Centers for Medicare & Medicaid Services. (2013). **MDS 3.0 quality measures user’s manual.** Available from: <http://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/NursingHomeQualityInits/Downloads/MDS-30-OM-User%E2%80%99s-Manual-V80.pdf>, retrieved on 4 February 2015.

- The Nursing Home Checklist. Available from: <http://www.medicare.gov/files/nursing-home-checklist.pdf>, retrieved on 4 February 2015.
- Tsutsui, T. & Muramatsu, N. (2005). Care-needs certification in the Long-term care insurance system of Japan. **Journal of the American Geriatrics Society**, 53: 522-527.
- Venturato, L., Kellett, U, Windsor, C. (2006). Searching for value: The influence of policy and reform on nurses' sense of value in long-term aged care in Australia. **International Journal of Nursing Practice**, 12: 326-33.
- Willemijn Schäfer, M. K. (2010). **The Netherlands Health system review**. 12(1).
- Winnipeg Regional Health Authority. (2013). **Personal care home standards**. (June). Available from: <http://www.wrha.mb.ca/ltc/pch/files/MBHealthStandards.pdf>, retrieved on 04 Mar 2014.
- Wright, F. (2005). Lay assessors and care home inspections: Is there a future? **British Journal of Social Work**, 35: 1093-1106.