



独自在家没有支援

背景情况介绍

家居支援服务是:

- 专门设立来协助患有慢性病或病情越来越严重的人士独立而又安全地留在家中或社区中。
- 用于支援及补充由家人、朋友和社区机构所提供的帮助。
- (原则上) 根据健康状况和需求作出评估。

2003年, 82%的家居支援客户扣税之前的年收入低于\$15,000; 80%是在75岁以上; 10%是65岁以下的残疾人士; 70%是妇女, 她们大多数是独自生活。(CCPA – 从支援到孤立 – 2006年6月)。

家居支援服务包括:

- 起床
- 穿衣
- 洗澡
- 上厕所
- 准备就寝
- 协助服药
- 协助做医生规定的治疗性锻炼
- 缓解家人护理负担
- 提供情绪及心理支持
- 观察健康状况

在卑诗省, 人们常常把家居支援同家居护理混淆。家居护理是由注册护士、物理治疗师、职业治疗师等提供的服务。

最近几年, 本应属于家居支援的部分服务, 例如穿戴梳洗、清洁卫生、料理家务和准备膳食等都被削减了。



获得家居支援的资格:

获得家居支援的资格是根据需求而定的，过去曾向所有下列人士提供：由于他/她的精神或身体健康状况，需要支援和协助才能够在他/她自己的家中过有功能、安全和独立的生活。

只需要支援服务，例如料理家务和帮助准备膳食，就可以在他们自己家中独立生活的长者和残疾人士，将被迫过没有良好卫生和适当食物的生活，有些人将被迫搬进医疗护理设施。

削减家居支援:

- 从 2000/2001 年到 2004/2005 年，卑诗省接受家居支援的人数下降了 24%；家居支援的小时总数下降了 12%。
- 如果考虑到不断增长的长者人口，家居支援服务的下降就更加严重。尽管住院时间缩短了，这种情况仍有发生。
- 对临时（即非长期）职员依赖的增加，不规律和间隔的排班意味着客户不再有规律地接受同一个人的护理。这就限制了工作人员了解其客户、观察他们健康状况的改变、防止危机的发生。

(CCPA – 从支援到孤立 – 2006 年 6 月)

家居支援服务的弱点:

- 老年人尤其很难适应家居支援服务的不一致性，即由不同的人提供服务，而不是由一位服务提供者连贯地帮助一位病人。
- 此外，当一位病人搬家之后，就会出现另外的不一致性，因为卑诗省所有的卫生局对家居支援的承诺没有统一的规定。
- 有些家居护理和家居支援服务的接受者表示，这些服务是匆忙完成的，没有根据需要彻底地完成，主要是由于工作人员密集的工作时间表。
- 紧张的工作时间表使得家居支援服务的提供者倍受压力，疲劳不堪。
- 家居支援的申请、驳回和上诉程序十分艰难、令人精疲力竭，而且对病人没有必要地不公正。
- 护理提供者缺乏一致性。
- 缺乏统一的培训模式。
- 拨款的不稳定性影响了所提供服务的品质，当合同重新投标之后，提供护理的人员就要经常改变。



省政府向各卫生局拨款，分别用于各种各样的项目。然而，这种方式既无效果又无效率，由于家居支援是我们卑诗省医疗护理系统中如此必要的一项功能，不同卫生区域所作的不同承诺严重地挑战着它的一致性和公平性。

取消家居支援服务的影响:

根据马卡斯·何兰德 (Marcus Hollander) 博士 2001 年的一项研究，“那些被取消了以前提供的家务支援的卑诗省民，其死亡率增加了 50%，还有其他骤降的健康后果”。

这项研究还发现，那些被取消了家居支援的人最终：

- 感到被忽视、孤独、受挫和绝望。
- 不得不自己去做他们原本感到有困难的一些事。
- 很多人（大多数为长者）感到难以承受，结果可能会依赖家人支援，这也会导致觉得是他人的负担。
- 清洁服务或护理服务被取消，不再作为家居护理的一部分之后，老年人可能会发现他们家的状况，而更严重的是他们的健康变差了，造成对医疗护理系统的进一步依赖。
- 取消家居支援服务对急诊病房和其他急性护理服务造成额外负担。

由于削减支出的策略，再加上医疗技术的新发展和对私营护理不断增长的关注（这明显不是切实可行的选择），更多的病人被更快地送回家、病情更加严重、更加需要帮助。此外，在卑诗省患有慢性病的人数，包括患有艾滋病 (HIV/AIDS) 的人数，已有所增加，但协助他们、满足他们需要的服务却几乎完全被削减了。

家居支援服务在健康方面的益处:

家居支援服务减轻家人的压力，并减轻对急性和长期护理服务的压力，因此创造了一种更加健康、有人性的环境。家居支援服务向原本不能在家过正常生活的人，提供了我们很多人都认为是理所当然的日常方便。

这些服务的接受者都是老年人、残疾和/或患有慢性病的成人和年轻人，他们可能在工作、上学、参加社会活动及社会项目和/或做义工。

家居支援是健康的一个重要决定因素，因为它改善住房和营养的质量。



家居支援服务在经济方面的益处:

- 家居支援比急性和长期护理的成本低很多。
- 家居支援起到了预防性医疗护理服务的作用，减低了对医院和医护人员的依赖。
- 家居支援减少了去急诊室的次数，空出急诊病床给急性病人使用。

家居支援推广活动:

家居支援的危机在危害和限制着无数卑诗省民的生活，对家人和医疗护理工作人员都造成压力。在进一步的危害发生之前，省政府和各卫生局一定要介入，并对此情况作出应对。

推广活动的目标和要求:

卑诗省卫生联盟家居支援推广活动邀请各团体和机构动员起来，反对卑诗省政府和地区卫生局的行动，他们的行动实质上是在摧毁本省的家居支援。这次的推广活动也是代表所有支持这次活动的卑诗省民，向省政府和各卫生局直接提出要求，立即实施下列步骤恢复家居支援:

- 1) 省政府必须指示各卫生局立即停止对家居支援服务级别的进一步削减，恢复到1994年的级别。
- 2) 省政府必须确保家居支援是一个普遍的项目，将项目拨款落实到个人；加强省政府的指导方针，使各卫生局都提供公平、相等的服务；通过有保障的专款、取消使用费和抑制私营化，确保为这个项目提供足够、专用和稳定的拨款；并确保建立一个人们可以根据需求得到服务的系统。
- 3) 省政府必须建立全省范围的、公平的上诉机制，供人们对其家居支援的评估进行辩论。上诉调查委员会必须包括足够的残疾人士和长者代表。
- 4) 各卫生局必须确保所作出的评估独立于预算管理之外，而削减费用不属于评估员明确或不明确的工作范围。医疗模式评估收费必须由根据独立生活原则制定的全盘个人支援计划所取代，而且必须取消洗澡协助作为接受其他服务的基本最低要求。



术语汇编:

有协助的生活(ASSISTED LIVING):

有协助的生活是一种住宿选择，这种选择是在多人住宅或居所提供住宿和招待服务。这种项目主要是提供给长者和一些残疾人士。它适合需要一些日常生活协助，但又不够要求全天医疗护理的人士。

“招待服务”这个词包括膳食服务、家务服务、洗衣服务、社交及娱乐机会，以及一个 24 小时紧急救援系统。

护理级别(CARE LEVELS):

持续护理服务按护理级别划分服务对象。这个划分系统包括三组：个人护理、中级护理和扩展护理。在这三组中，中级护理被分为 1、2、3 级。护理级别逐次递增，从个人护理较低的护理要求，通过中级护理，到扩展护理较高的护理要求。

社区卫生工作人员/家居支援工作人员

(COMMUNITY HEALTH WORKER/HOME SUPPORT WORKER):

这些是一线的工作人员，他们在客户自己家中提供家居支援服务。到 1990 年代中期，这些工作人员被称为“家政工作者”或“家居支援工作者”，他们几乎没有正规培训。现今大多数社区卫生工作人员都已完成一门大约六个月的大专课程，其中包括个人护理培训和为身体虚弱的长者和残疾人士提供支援的培训。

持续护理(CONTINUING CARE):

也被称为家居和社区护理。持续护理指的是一系列的项目，从家居卫生服务到护理院，其目的是维持、恢复或改善身体虚弱的长者和残疾人士的健康和功能。当前的项目包括设在家中的服务（家居支援、康复和家居护理）、设在社区的服务（成人日托和缓解护理）、有协助的生活和护理院。

每个卫生局都有一个持续护理（或家居和社区护理）部门。获得这些服务的资格是根据持续护理评估员所作的评估。评估员决定所需服务的类型和级别、监督进行中的护理并作出必要的调整。

卫生局(HEALTH AUTHORITY):

卫生局管理并提供卑诗省的医疗护理服务，直接隶属于卑诗省卫生厅。卑诗省有五个卫生局：北部卫生局、内陆卫生局、温哥华岛卫生局、温哥华沿岸卫生局和菲沙卫生局。



护理院/长期护理(RESIDENTIAL/LONG TERM CARE):

为病人或日常生活活动需要协助的居民提供康复、恢复和/或进行中的技术性护理的设施。

欲了解更多资讯:

www.bchealthcoalition.bc

点击卑诗省卫生联盟有关家居支援的主页。

<http://www.policyalternatives.ca/Reports/2006/06/ReportsStudies1380/>

“从支援到孤立 – 卑诗省下降的家居支援服务所造成的高额成本”之全文。
2006年6月发表。

<http://www.hollanderanalytical.com>

包括由何兰德 (Hollandar) 集团所作的有关家居护理和家居支援的几项研究。

<http://www.bccpd.bc.ca/i/pdf/new/HomeSupportandHomeCareAct.pdf>

一篇要求设立“全国家居支援和家居护理法案”的文章。

