

立法會福利事務委員會特別會議
回應天水圍家庭悲劇
精神健康服務上的建議

精神健康論壇
2007年10月30日

引言: 各體系資源嚴重不足，影響識別、評估、治療及復康的過程

在**識別及評估**方面，目前精神科門診部的需求越來越大，醫生平均只能用幾分鐘時間面見每名病人，因此，醫生便不能深入地了解病人的病情，對病人面對的生活壓力難以充份掌握，更難以作出全面及適切的評估。此外醫務社會工作兼顧個案數目眾多，甚少能提供家訪給服務使用者，以了解他們的生活處境，再加上輔導時間亦十分不足，只能集中在支援服務轉介上(tangible service)，但其他綜合家庭服務、學校社工或其他社區支援服務社工，又不能與醫務社工共同處理同一個案，令服務使用者無法獲得適切的評估服務，如何改善現時狀況，令用家者能獲得全面的關懷和支援？

我們理解醫院管理局(醫管局)限於資源不足，引入緩急分流三級制，以善用有限資源，但即使加上分流三級制後，部份病人仍需輪候一年或更長時間才能接受精神科的評估或診治，部分病情因而惡化，故此輪候期間病人的支援遂成為服務的一大缺口，可見現時服務資源的嚴重不足情況，不是以行政或管理的改進而可舒緩。亦由於現時服務的嚴重資源不足，工作量大增，醫生或醫務社工經常更替，令有需要人士難於與服務提供者建立穩固的工作關係，有關專業社工亦難以真正了解病者的需要，只能集中在服務層面協助，對於較深入的個人問題則難以處理，究竟我們如何能改善現有的局面呢？

在**治療**方面，據悉醫院管理局為了減少醫院開支，單是青山醫院，由去年同期 1300 張病床減至 1200 張病床，床位不足情況，使一些有需要留院接受治療或觀察的病人，被逼提早離開醫院，伏下精神科病人容易復發的危機。

在**復康**方面，精神科醫務社工平均每人每年服務超過一百個個案，超額兩至三倍，社工面對沉重的工作壓力時，往往變得有心無力，因此，不能作出適當的復康跟進，及早辨識有危機的家庭，容易造成慘劇。對於高危家庭有何政策支援？如何能平衡受助者的個人選擇及其他成員的安危？

建議一: 政府盡快改善割裂式的規劃及全面檢討精神健康政策

政府各政策局一向只管其政策範圍以內的事宜，割裂地統籌各政策局推出的政策、服務及資源，而服務傾向忽視個人與家庭的關係，故政策除支援個人以外，也支援整個家庭。因此政府應盡快改善割裂式的規劃及全面檢討精神健康政策，並決心讓

政策、資源與服務互相配合。

建議二: 改善協調不足，設立『家庭為本』個案管理系統

現時有不少有需要家庭是同時接受不同服務單位的社工服務，但是，卻欠缺整體的統籌。現時社會福利署聲採用「一個個案由一位社工跟進」的政策，因此往往拒絕非政府服務機構的主動提出協助分擔工作，我們覺得無論主要處理案主的社工來自甚麼機構及合作的社工有多位，在各合作社工之間應設立「家庭為本個案管理系統」為有危機的家庭作資源調配的工作，更為當事人及其家庭訂立適當的福利計劃，倘若社會福利署之社工能容納其他非政府機構的社工一起通力合作，更全面及深入地提供情緒及實質支援，相信日後可避免同類型慘劇發生。

建議三: 促進跨界別合作，善用個案會議

為促進跨界別合作，醫務社工、其他專業人員及精神科醫生應善用個案會議機制，協調各不同界別專業人士的分工，就高危家庭個案定期進行跨專業個案會議，不時檢視病人的康復進度，與及在社區康復的支援需要。此外，應設立機制以監察作出病人出院後的情況，當中需為專責個案管理社工調節工作量，並給予時間及空間以進行個案管理工作。

建議四: 強化公眾教育及社區支援服務

由於大眾對精神病患存有很大的誤解，即使出現徵狀也不願求助，結果延醫下影響醫療效果及增加醫療成本；此外青少年及其家長，均認為在接受服務時會被標籤，所以不願意求助，據社聯的調查分析，有四成多(43.8%)青少年或其家長是因此理由不去求助。反映現時標籤效應及畏疾忌醫的心態影響求助意欲，公眾教育及共融理念有待改善。

現時的服務提供模式均以醫療體系作為藍本，求助人需要長途地去當區醫院或診所求醫，加上等候時間長，以及上述的不利因素，大大降低求醫的意欲，結果不少慘劇會突然發生，而社會付出的代價更難以計算。**建議將初步評估及跟進支援服務交社區內社會服務單位協助提供，定期有醫療專業人士展外駐診或評估，減低標籤效應及畏疾忌醫的心態，及早識別所需及跟進治療前後的適應，有助最終減少醫療成本，促進全民身心健康。**

建議五: 建立社區支援網絡，增強居民建立互助精神

現時，天水圍及其他偏遠地方，往往居住了不少新移民及低收入家庭，有不少家庭在日常生活中，會遭遇不同問題及困難，他們實在需要以鄰舍為基礎的互助支援網絡，發揮守望相助，互助互愛的精神，建立和諧的社區，相信能發揮防患未然的作用，減少社會問題的發生。