



民主黨立法會議員秘書處

Secretariat of Legislative Councillors
The Democratic Party香港中環雪廠街 11 號
政府合署西翼 401-409 室
Rm. 401-409 West Wing
Central Government Offices
No.11 Ice House Street Central HK網址:Website www.dphk.org
電郵:E-mail dpweb@dphk.org
電話:Tel 2537 2319
傳真:Fax 2537 4874

民主黨對為精神病康復者提供的社區支援服務的意見

前言

香港政府按照國際趨勢把治療精神病的方針由住院服務轉為社區及日間護理服務照顧，無疑是有助精神病患者更易於融入社區。政府於 2008-2009 年度修訂預算 4000 床位下調至 2009-10 年的 3607 床位；明顯地住院服務逐步減少，而以 08-09 年為例，整體精神科住院服務病人平均住院時間為 2 個月，當中急性精神科病人住院病人平均住院時間不足 1 個月。然而，就最近發生多宗涉及精神病患者的暴力事件，他們能否在社區上得到適當的治療及復康服務成為疑問。政府每年就（包括精神科醫療服務及社區復康服務）的開支連額外撥款總額約為 35 億元，佔 08 年本地生產總值不足百分之 0.2。而有研究指出，外國的同樣數字達百分之 1，是本港的 4-5 倍。

精神科醫療服務及社區復康服務	整體開支 (09-10 年預算)	國民生產總值 GDP (08 年)
\$3,500,000,000	\$262,931,890,000	\$1,676,929,000,000

欠缺長遠的精神健康政策

根據世衛 2004 年指出精神健康政策用於統籌所有有關精神健康的服務。而沒有足夠的精神健康政策及計劃，精神病的處理方法會像碎片一樣，十分沒有效率。（“A mental health policy and plan is essential to coordinate all services and activities related to mental health. Without adequate policies and plans, mental disorders are likely to be treated in an inefficient and fragmented manner.”）¹目前，香港沒有長遠的精神健康政策，醫院管理局及社會福利署同時參與提供精神健康服務，但因此卻帶出很多計劃及前線工作者的困難及問題。此兩機構彼此在服務上互不從屬、互相割裂、彼此競爭，沒有在整個政策上作出協調及宏觀的處理，令服務支離破碎、欠缺統一。

方針與服務政策的不符

目前，政府仍依從以醫院為主體及舊有的覆診模式作現行的主要治療方向；然而，在政策上，政府把病人轉為接受社區服務時，中間並沒有任何一個政府部門擔當在社區統籌精神復康的服務（包括醫療，社會福利，家庭問題，就業等）的角色。現在的服務彼此分割，沒有良好的承接，服務只是由社署批出的非自願機構所承辦的社區精神健康服務計劃（如 CoMHIP，

¹WHO(2004) Mental Health Policy and services guidance package :Mental Health policy,Plans and Programmes World Health Organization: Switzerland pp.cover

ComCARE, ComLINK), 中途宿舍等。在整個社區承接中, 出現了嚴重的問題。過去, 病人在醫院接受醫治; 在治療後, 回到社區繼續康復; 鑑於政府方針上的改變, 社區所擔當的不再是一個「復康」的角色, 乃在於一個「治療」的角色。而綜觀現有的服務, 他們只是一個復康的配套服務而不是一個治療服務。

整體精神科專業人員嚴重不足

根據醫院管理局的資料顯示, 2008-09 年度共有 647 862 人次曾接受精神科門診服務, 而其中有 26 746 人次為首次接受精神科門診服務, 以 2007-2008 年的曾接受精神科服務的病人共有 147 557 位。目前香港有 288 名精神科醫生, 133 名精神科社康護士及社署 197 名精神科醫務社工。與此同時, 現行輪候接受臨床心理學家所提供的治療服務, 病人平均需要 1 年的時間。由此可見, 當中病人及專業人員的比率相當懸殊。

醫務社工角色名存實亡

精神病患者病發的原因有的是來自遺傳, 有的是因為生活環境、處理壓力等。然而, 研究指出, 不論嚴重或輕微的精神病症, 除了定時服藥外, 心理治療對於他們的病情都有正面影響。社工的角色不僅在於了解病者生活的實際需要(如經濟及住屋等問題), 同時, 協助病者處理個人情緒, 家庭關係等反倒是在跨專業合作中, 社工應該擔當的一個獨特位置。然而, 現時醫務社工的工作多以協助病者處理經濟及住屋等問題為主, 本末倒置地把社工的主要功能和角色削弱。

精神復康服務前線問題

1. 前線服務之設計漏洞

雖然目前政府正於天水圍籌辦一所精神科綜合服務中心, 但現時已在推行的精神健康協作計劃(ComHIP)、精神健康照顧服務(ComCARE)、精神健康聯網(ComLINK), 在協調上、計畫設計上均出現不少問題, 猶以“有 CASE 有人做, 有人有 CASE 做”的情況最為荒謬。

2. 前線服務彼此割裂

ComHIP, ComCARE 及 ComLINK 的服務上, 沒有連續性, 彼此割裂。病人由 ComHIP 的社工轉介看精神科醫生, 入院, 出院由醫務社工/ComCARE 的社工跟進, 中間可以轉換不同社工。不論病人需要入院或接受專科門診服務, ComHIP 的社工便會結束個案。ComCARE 的服務指標乃為服務使用者提供一年服務, 個案一般都會在一年內結束。ComLINK 的社工沒有上限地接收服務使用者, 實不一定能回應他們的需要。然而, 精神病人很需要在穩定、信任及有安全感的關係下接受治療。服務間轉換和承接的斷層, 明顯會為病者增加適應上的困難, 政策不能照顧他們真實的需要。雖然社署以天水圍一區試辦綜合服務中心處理情況, 然而在其他十區內並沒有提供抒緩的措施。

缺乏支援病患者家屬

照顧精神病患者家屬每天面對大小不同的壓力；不論是他們對病人本身的情況，或是對精神病的認識、服藥後的反應等都非常重要。家人的支持或誤解，會成為病患者能否早日康復的其中一個重要因素。目前，只有一間由政府資助的精神病家屬資源中心，對全港超過十五萬的精神病患者家屬而言，資源極度不足。一些組織如家連家精神健康倡導協會支援有需要家屬十分有效，卻長期缺乏政府的支持。

民主黨建議：

1. 訂立長遠的精神健康政策

根據世界衛生組織的指引，一個完善的精神健康政策必須包括：

1. 立法與人權(Legislation and human rights)
2. 財政(Financing)
3. 統籌服務(Organization of Services)
4. 計劃及預算服務(Planning and budgeting for service delivery)
5. 政策提倡(Advocacy)
6. 質素改善(Quality improvement)
7. 工作地方的政策及活動(Workplace policies and programmes)
8. 改善及管理藥物(Improving access and use of psychotropic medicines)
9. 資料系統(information systems)
10. 人力資源訓練(Human resources and training)
11. 兒童及青年精神健康(Child and adolescent mental health)
12. 研究及檢討(Research and evaluation)

故此，民主黨強烈建議政府盡快成立政策及訂立清晰的行政架構，有效地執行各方面的需要。

2. 立法

由於，方向上的調整，病患者不一定需要入院接受治療，同時，床位減少，實需要確立他們在社區中治療的效果。參考國際間的配套服務，政府有必要立法<<社區治療的條例(Community Treatment Order)>>，研究顯示，以加拿大多倫多為例，在接受條例下的病患者不論在完成各種社區治療或他們定時服藥的情況也比沒有接受條例者更佳；同時，在出院後的6個月至1年內入院次數也明顯比沒有接受條例者為少。

3. 成立跨專業社區精神治療小組

美國，澳洲，加拿大等國在社區中皆有設立跨專業社區精神治療小組(Assertive Community Treatment)，由不同的專業人士(如：精神科醫生，臨床心理學家，社工，精神科護士，職業治療師及物理治療師)外展跟進個案。小組可打破傳統的醫療模式，進入社區讓病患者在社區接受治療，病患者及家人與治療小組建立關係，了解他們的需要，配合不同的社會服務。而目前跨專業小組多為危機個案介入，有別於長遠的治療

計劃及治療小組的目的。政府可考慮吸取過去的跨專業經驗，**成立試驗計劃，在每區設立最少3隊負責為中、高危病者深入跟進他們的個案。**

4. 以個案經理模式跟進個案

推行個案經理模式，由一位專業人士跟進病者由入院、出院、覆診及他們的家庭經濟及環境的需要，協助他們得到有效的服務，同時，有助病患者及其家屬的需要。重新調整社工在醫院的角色，成立醫院的「保障部」，讓病者在實際需要及心理治療分開，恢復社工在其位置上發揮應有的功能。

5. 增加資源

現時香港投放在精神康復上的資源佔國民生產總值的 0.2%，與國際平均的 1%相比少 4 倍有多，而美國投放在精神康復的資料佔國民生產總值 1.24%，較香港多 6 倍。增加培訓精神科醫生、護士及社工等相關專業，增加人手，減少他們的個案量，以達到質量平衡的治療效果非常重要。除了為專業人士提供培訓外，成立資料庫也十分重要；政府亦應為病患者家屬提供更多資源，例如設立「照顧殘疾人士津貼制度」，讓每名需要長時間照顧殘疾人士的家人申領每月一千元「照顧殘疾人士津貼」，紓緩他們的經濟需要。

6. 就業支援

現時政府為精神病人提供的就業配套措施並不足夠，民主黨建議當局應訂立聘用殘疾人士的指標，由政府部門、公共機構及受資助機構帶頭實施，以及推動各機構制訂殘疾人士招聘政策及程序，讓殘疾人士得到就業機會，發展潛能。並且增加輔助就業名額，加強殘疾人士的就業培訓機會，讓殘疾人士獲得真正的平等對待。

7. 夜診服務及藥物配給制度

在 2005 年 12 月，全港唯一一間的精神科專科門診的夜診服務被取消，為有工作的康復者帶來不便，與政府指「致力協助和促進殘疾人士，包括精神病康復者的就業」明顯相違背。而精神科藥物的副作用問題亦同樣令人關注，我們要求政府檢討現時配藥的制度，令精神病患者獲得合適、有質素的藥物，減少服藥所產生的副作用，令他們更容易融入社會。

8. 目前計劃建議

針對目前前線服務的問題，民主黨建議：

1. 設立中期檢討，彈性處理

2. 增加部門間的溝通和合作

以紓緩前線同工及服務使用者的需要。

民主黨福利小組成員

羅健熙

二零零九年七月十一日

Reference

Alison M. H. , Angela D. S. , Steve L. & David S. G. The community Treatment Orders in Toronto:The Emerging Data. Canadian Journal of Psychiatry, Oct 2007;52, 627-656

Chen F.P, Working with Families in Assertive Community Treatment (ACT):The Case Manager' s Perspective. American Journal of Orthopsychiatry Oct 2008;78, Iss. 4:456

Insel T R (2008) Assessing the Economic Costs of Serious Mental illness The American Journal of Psychiatry 2008;165;663-665

Rosen, A. , Kim T & Maree T., Assertive community Treatment—Issues from scientific and clinical literature with implication for practise. Journal of Rehabilitation Research & Development 2007;44:813-826

World Health Organizaton (2004) Mental Health Policy ,Plans and Programmes—Rev. ed. (Mental health policy and services guidance package) Switzerland: Geneva

Yip S. Y. Controversies in Psychiatric Services in Hong Kong: Social workers' Superiority and Inferiority Complexes Journal of International Social Work 2004;47;240