



工聯會認知障礙症關注組

「為認知障礙症患者提供的護理服務」意見書

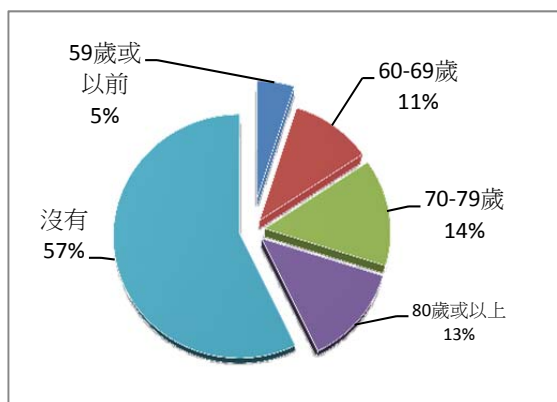
認知障礙症又稱腦退化症、失智症或老人痴呆症，是多種引致腦部功能不正常地衰退的病患之統稱。目前認知障礙症不能根治，患者的認知能力、記憶力、判斷力、分析力及自理能力等均會日漸衰退，到最終結果依靠家人或社區照顧。隨著人口老化，情況更形迫切，預計到了 2036 年，香港患者的數目將接近二十九萬人。根據世界衛生組織在 2011 年發表的認知障礙症報告，明確提出認知障礙症必須成為優先的公共健康議題 (A PUBLIC HEALTH PRIORITY)，估算全球在應對和照顧患者所花的社會資源達世界總生產總值之 1.01%。

面對認知障礙症對未來醫療、福利需要增加，「工聯會認知障礙症關注組」於 10 月中至下旬進行了一項關於認知障礙症的社區調查，成功訪問了 247 名 50 歲或以上市民，調查發現有超過 43% 受訪者之親屬患有認知障礙症，當中更有 5% 受訪者家屬患病時不足 60 歲；而全部受訪者中更有 80% 受訪者認為政府至今仍沿用之「老人痴呆症」名稱存有負面標籤，此外不同團體對此病症有不同的稱呼而造成若干混亂等，多項調查結果均反映政府在處理認知障礙症上力度不足，我們促請政府盡快制定長遠的醫療和社福政策，支援患者及照顧者的需要。

問卷分析：

一) 受訪者家屬患有認知障礙症的年齡分佈：(圖一)

在 247 份問卷中，有 43% 的受訪者表示有家屬患有認知障礙症，情況令人關注。而當中在 59 歲或以前患病者佔 5%、60-69 歲患者佔 11%、70-79 歲佔 14%、80 歲或以上佔 13%。

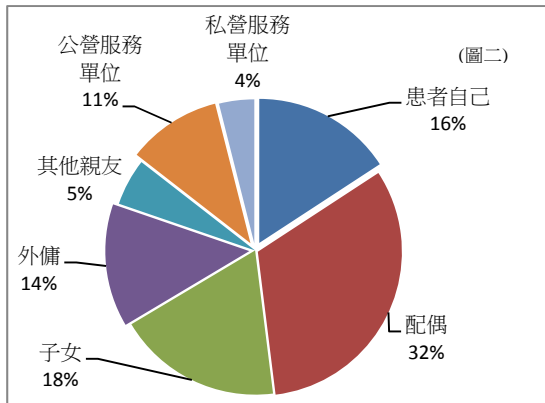


(圖一)

雖然在 59 歲或以前患病者僅佔當中 5%，但調查証明了認知障礙症並不會發生在長者階段。同時有鑑於政府的安老服務政策現時是以 60 歲為基線，因此，所有 60 歲前的患者基本上無法得到正規的社區支援服務。

二) 認知障礙症主要照顧者分佈方面：

如上文所述，認知障礙症患者的各項認知方面的能力將日漸衰退，到最終必須依靠他人或社區照顧。從問卷調查中按主要提供照顧的排列次序為：患者配偶(佔32%)、子女(佔18%)、患者自己(佔16%)、外傭(佔14%)、公營服務單位(佔11%)、其他親友(佔5%)及私營服務單位(佔4%)。

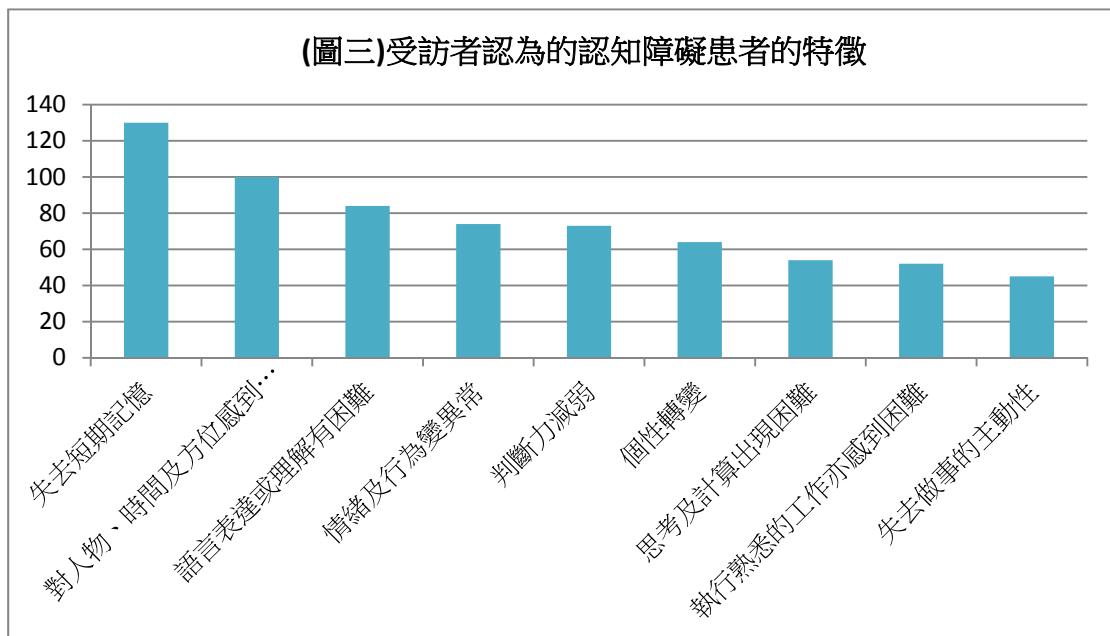


從調查結果顯示，可見在照顧患者的責任絕大部份落於患者的個人支援網絡上(佔整體85%)；而公私營服務單位合共只佔有15%，反映支援患者的服務十分貧乏。

值得關注是，調查發現有16%患者竟完全沒有他人或機構關顧，隨著患者身體機能隨歲月下降，情況更令人憂慮。

三) 受訪者認為認知障礙症患者的主要特徵：

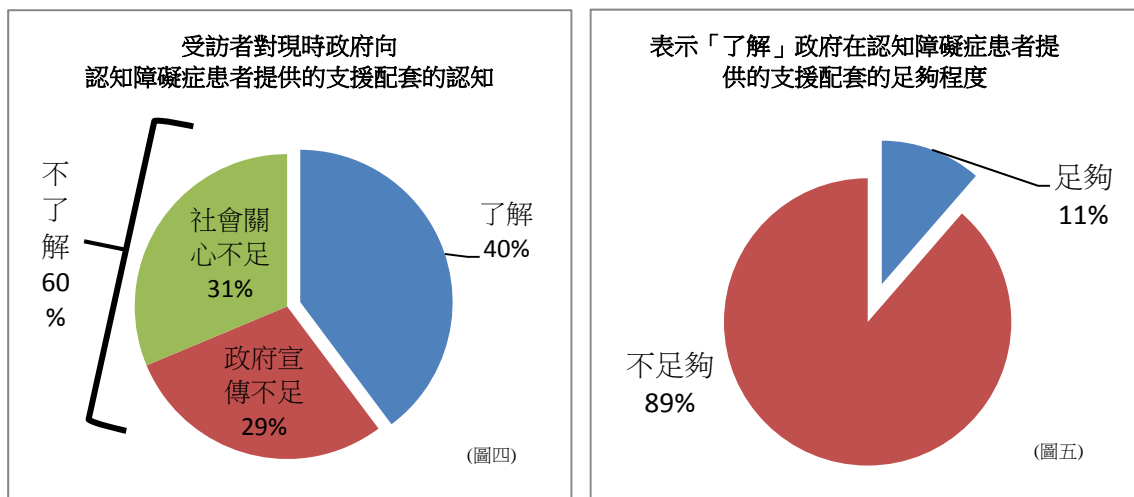
在缺乏社區教育下，公眾一般對認知障礙症者缺乏認識，在以下「九種特徵」均為患者的特性之一，公眾對患者的認知如下。(圖三)



調查發現，一般受訪者認為認知障礙症患者的主要特徵，依次序如下：1)失去短期憶力、2)對人物時間及方位感到混亂、3)語言表達或理解能力有困難、4)情緒及行為變得異常、5)判斷力減弱、6)個性轉變、7)思考及計算出現困難、8)執行熟悉的工作亦感困難、9)失去做事的主動性。

四) 受訪者對現時政府在支援患者配套上的意見：

在調查中，只有 40% 受訪者表示「了解」政府的支援配套，表示「不了解」的佔 60% (圖四)。表示「了解」受訪者當中有 89% 受訪者認為政府的支援配套十分不足夠(圖五)，可見服務不足的嚴重；而表示「不了解」的受訪者中有 29% 認為主要原因是政府宣傳缺乏力度，31% 則認為社會關心不足。

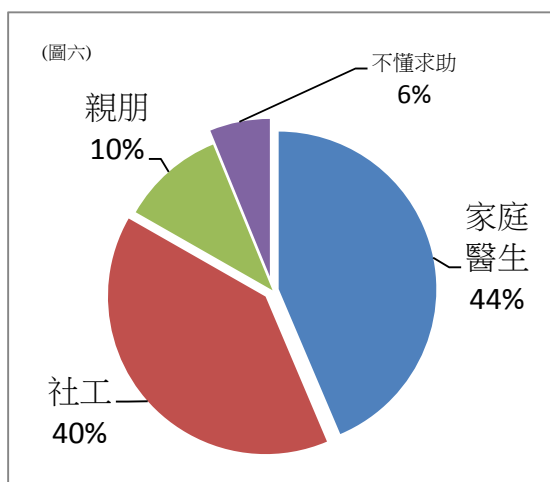


為解決支援配套問題，有受訪者建議可邀請外國專家訓練本港醫生、開設講座、增加照顧者的支援、在長者中心提供認知訓練和加強宣傳如電視廣告等。

五) 有關受訪者如發現家人疑患上認知障礙症，最先求助途徑的情況：

調查發現，如受訪者發現家人有認知障礙症的徵狀，最先會尋求家庭醫生協助(佔 44%)、其次為社工(佔 40%)、親朋(10%)，而不懂任何求助(佔 6%)。

調查結果雖反映患者家屬會率先尋求家庭醫生協助。但據香港理工大學於 2010 年有一項關於認知障礙症對醫生之調查顯示，當中僅更有 30% 的醫生表示有信心

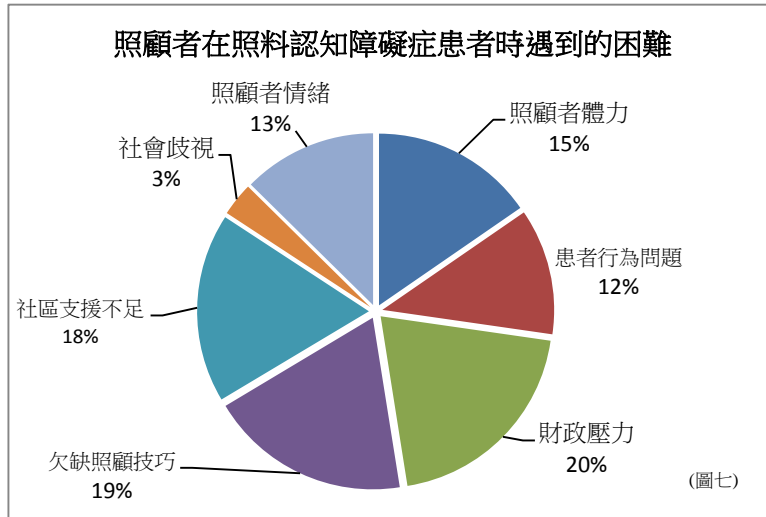


可診斷認知障礙症，而只有 21.7% 受訪醫生表示有信心處理認知障礙症患者，反映有醫療培訓的急切需要。

另一方面，雖然調查結果當中有 40% 受訪者亦會尋求社工協助，但事實上，一般社工甚少接受過有關認知障礙症訓練，如評估個案有認知問題，最終亦只會轉介醫生診斷。

六) 有關受訪者對照顧患者的困難之了解情況：

要照顧認知障礙症患者，困難無疑是多方面的、長期性的。據本調查結果發現(圖七)，受訪者中表示最大的困難依序為：財政壓力(20%)、欠缺照顧技巧(19%)、社區支援不足(18%)、照顧者體力(15%)、照顧者情緒(13%)、社會歧視(3%)。

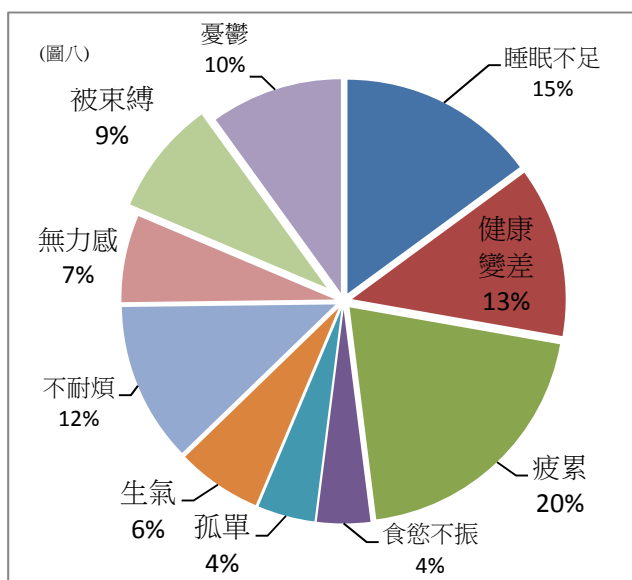


根據(圖二)，由於照顧認知障礙症患者方面，只有15%來自公私營服務單位，因此大部份照顧壓力和責任均落於家人身上。

七) 有關受訪者認為認知障礙症的照顧者，在身心造成的影響情況：

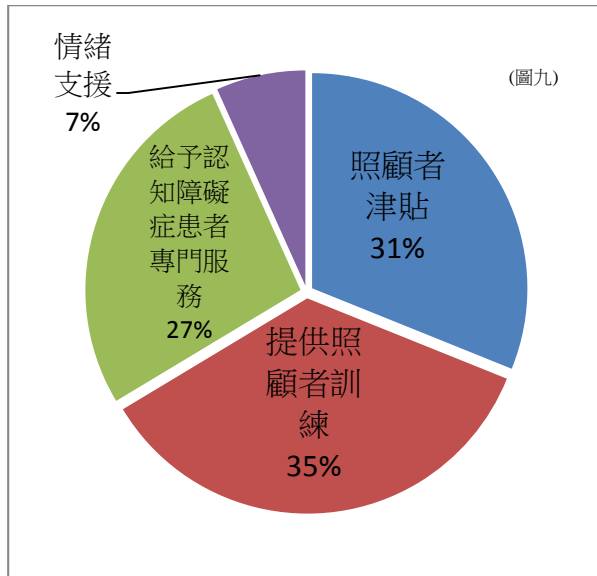
調查發現，照顧認知障礙症患者的責任，佔有五成落於配偶(32%)及子女(18%)身上(圖二)，由於患者身體機能不一定有嚴重的缺損程度，但逐漸失去判斷能力和理解能力，例如患者有機會未能分辨日夜，對很多生活細節未能處理而構成危險等，這些均會加重照顧者的身心負擔。

從調查結果顯示，照顧者產生不同的生活困擾，其中以疲累(20%)、睡眠不足(15%)及健康變差(13%)為三大問題。(圖八)

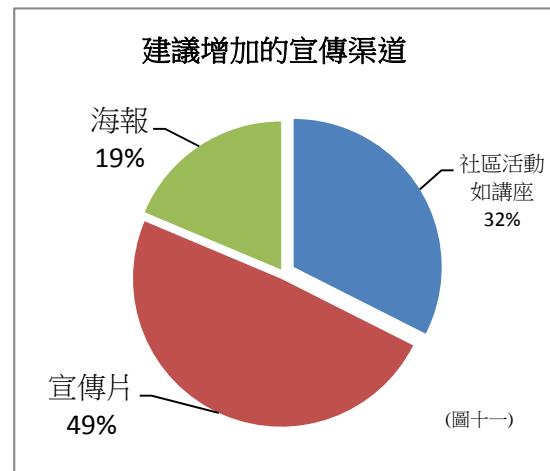
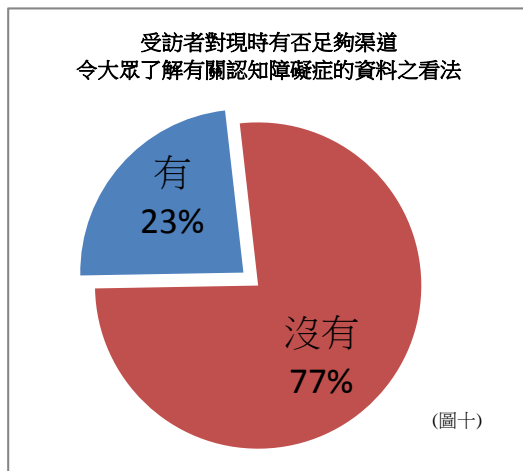


八) 有關受訪者認為對支援照顧者的最有效的措施情況：

照顧認知障礙症患者時刻面對各方面的困難，據調查顯示(圖九)，大多受訪者提出給與照顧者訓練，是最有效的支援措施，佔當中 35%；其次為提供照顧者津貼，佔 31%；第三為給予患者專門服務，佔當中 27%；最後為情緒支援，佔整體的 7%。在回應支援措施上，有患者認為各方面的措施同等重要。

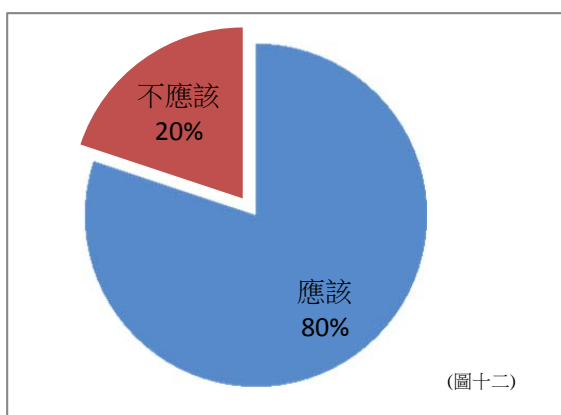


九) 有關受訪者認為社會有否足夠渠道讓大眾了解有關認知障礙症的資料：



從調查顯示，有 77%受訪者表示對於了解認知障礙症，並沒有足夠的渠道去認識，反映政府在公眾教育上，無論力度和宣傳皆十分不足(圖十一)。為讓公眾加深對認知障礙症的了解(圖十一)，受訪者認為以「宣傳片」為最直接有效的渠道，佔當中 49%；其次為透過社區活動或講座，佔 32%；最後為海報宣傳，佔建議的 19%。

十) 有關受訪者對政府沿用「老人痴呆症」名稱的看法：



在 247 名受訪者中，有 80% 受訪者認同政府現仍用「老人痴呆症」，名稱存在負面標籤，認為應該與業界加強合作，統一名稱。

(見圖十二)

綜合來說，政府一直以來提倡居家安老政策，鼓勵長者在家安老，接受家人照顧。然而從上述調查結果可見，政府在處理有關問題上出現漏洞和真空，尤其在照顧者面對的經濟和精神壓力上，更可說杳無支援。鑑於認知障礙症患者的特性和需要有別於一般長者，考慮到人口急速老化等問題，本關注組要求政府各部門積極跟進認知障礙症作為重要社會性問題，制訂專門應對認知障礙症的政策或策略，以提供各種支援患者和照顧者措施。

我們有五項建議如下：

一) 立專責部門制定針對性策略

隨著人口老化，認知障礙症問題將日益嚴重。但對於處理此症一事，政府內部主要由食物衛生局帶領策劃，但在相關社會服務的規劃上，勞工及福利局的參與相當被動，建議政府應仿效外國例子，成立專責部門或小組制定針對性策略和研究，作為發展相關醫療、社會服務、教育宣傳及制定法規的藍本。我們同時建議政府採納社聯「認知障礙症 2012-2017」策略行動方案，詳情可參閱附件。

二) 增加資源，改善服務

現行安老服務的提供主要針對長者身體機能下降，提供不同類型的社區照顧服務，卻杳無公營針對「認知能力」下降之照顧和訓練。因此政府應考慮成立專門的認知障礙症日間中心及院舍，為患者提供全面的訓練及照顧服務。同時必須盡快增加暫托宿位，支援認知障礙症患者家屬的暫託需要。

三) 改善早期檢測及醫療服務

社會對認知障礙症的資訊和教育不足，家人很難察覺此病症的徵狀，常誤以為患者只缺乏記性，再加上患者輪候確診時間長，延誤藥物及認知治療，

故此政府應及早制定一套簡單評估工具供醫護人員使用，加速早期檢測程序，從而有效作出轉介和治療。

四) 提高人材培訓

即使從事安老服務多年的同工，對處理和治療此症患者也缺乏知識和經驗。政府一方面應檢討和修訂「長者及家居護理評估」(MDS-HC)工具，加強評估認知障礙症患者的自我照顧能力，同時就各樣有關安老照顧訓練，也應加入訓練認知障礙症患者的元素。

五) 給與患者及照顧者津貼

治療認知障礙症除了使用藥物外，更要配合認知訓練。而無論是藥物或是訓練服務，均牽涉到可觀的金錢。因此建議政府容許確診者獲批傷殘津貼，同時亦給予照顧者津貼，讓照顧者為患者安排服務或應付特殊需要。

工聯會認知障礙症關注組

2013年11月28日

召集人：黃德智 先生