

立法會

調查政府與醫院管理局 對嚴重急性呼吸系統綜合症爆發的處理手法 專責委員會

第十九次公開研訊的逐字紀錄本

日期： 2004年3月2日(星期二)

時間： 上午9時正

地點： 立法會會議廳

出席委員

羅致光議員, JP (主席)
梁劉柔芬議員, SBS, JP (副主席)
丁午壽議員, JP
朱幼麟議員, JP
何秀蘭議員
陳國強議員, JP
陳婉嫻議員, JP
鄭家富議員
麥國風議員
勞永樂議員, JP

缺席委員

李柱銘議員, SC, JP

證人

第一部分

瑪嘉烈醫院深切治療部顧問醫生

殷榮華醫生

(殷榮華醫生拒絕對其證供的逐字紀錄本置評或提出任何更正。)

第二部分

瑪嘉烈醫院深切治療部部門主管
Thomas Anthony BUCKLEY醫生

第三部分

瑪嘉烈醫院內科及老人科部門主管
唐國隆醫生

(唐國隆醫生拒絕對其證供的逐字紀錄本置評或提出任何更正。)

第四部分

九龍西醫院聯網行政總監／瑪嘉烈醫院行政總監
趙莉莉醫生

(趙莉莉醫生拒絕對其證供的逐字紀錄本置評或提出任何更正。)

Legislative Council

Select Committee to inquire into the handling of the Severe Acute Respiratory Syndrome outbreak by the Government and the Hospital Authority

Verbatim Transcript of the Nineteenth Public Hearing
held on Tuesday, 2 March 2004 at 9:00 am
in the Chamber of the Legislative Council Building

Members present

Dr Hon LAW Chi-kwong, JP (Chairman)
Hon Mrs Sophie LEUNG LAU Yau-fun, SBS, JP (Deputy Chairman)
Hon Kenneth TING Woo-shou, JP
Dr Hon David CHU Yu-lin, JP
Hon Cyd HO Sau-lan
Hon CHAN Kwok-keung, JP
Hon CHAN Yuen-han, JP
Hon Andrew CHENG Kar-foo
Hon Michael MAK Kwok-fung
Dr Hon LO Wing-lok, JP

Member absent

Hon Martin LEE Chu-ming, SC, JP

Witnesses

Part I

Dr YAN Wing-wa
Consultant, Intensive Care Unit, Princess Margaret Hospital
(*Dr YAN Wing-wa has declined to make any comments on or propose any corrections to this verbatim transcript of his evidence.*)

Part II

Dr Thomas Anthony BUCKLEY
Chief of Service, Intensive Care Unit, Princess Margaret Hospital

Part III

Dr Matthew TONG Kwok-lung
Chief of Service, Department of Medicine and Geriatrics,
Princess Margaret Hospital

(Dr Matthew TONG Kwok-lung has declined to make any comments on or propose any corrections to this verbatim transcript of his evidence.)

Part IV

Dr Lily CHIU Lee-lee
Cluster Chief Executive (Kowloon West)/Hospital Chief Executive,
Princess Margaret Hospital

(Dr Lily CHIU Lee-lee has declined to make any comments on or propose any corrections to this verbatim transcript of her evidence.)

主席：

首先歡迎各位出席調查政府與醫院管理局對嚴重急性呼吸系統綜合症爆發的處理手法專責委員會的第十九次公開研訊。

提醒各位委員，整個研訊過程必須有足夠的法定人數，即連主席在內，共4位委員。

我亦要藉此機會提醒今天旁聽研訊的公眾人士及傳媒，在研訊過程以外場合披露研訊中提供的證據，是不受《立法會(權力及特權)條例》所保障。因此，如有需要，各位列席人士應就他們的法律責任，徵詢法律意見。另外，委員會亦決定證人須在宣誓後才開始研訊。我在研訊開始時，會根據《立法會(權力及特權)條例》第11條監誓。

我現在宣布研訊開始，今天研訊分上、下午兩部分。上午的研訊取證範圍主要包括：瑪嘉烈醫院成為指定SARS醫院的決定及準備、瑪嘉烈醫院的感染控制措施及醫護人員受感染的情況。

今天第一位證人是瑪嘉烈醫院深切治療部顧問醫生殷榮華醫生。

殷榮華醫生，多謝你出席今天的研訊。專責委員會傳召你今天來到委員會席前作證及提供證人陳述書。委員會亦決定證人需要宣誓作供，我現以專責委員會主席的身份負責為你監誓。

你可選擇以手按聖經以宗教形式宣誓，或以非宗教形式宣誓。請你站立及依照放在你面前的誓詞宣誓。

瑪嘉烈醫院深切治療部顧問醫生殷榮華醫生：

本人殷榮華，謹對全能上帝宣誓，我所作的證供全屬真實，及為事實之全部，並無虛言。

主席：

多謝你，請坐。殷醫生，你曾經分別在2003年12月23日及2004年2月14日向專責委員會秘書提供證人陳述書，你現在可否正式向專責委員會出示這兩份證人陳述書作為證據？

殷榮華醫生：

可以。

主席：

謝謝你。殷醫生，為了方便列席人士瞭解證人陳述的證供，我們會派發你的第二份陳述書給今天在場的公眾人士和記者。你對閣下這一份陳述書有沒有一些地方想即時補充？

殷榮華醫生：

沒有。

主席：

謝謝你。應專責委員會的要求，你向專責委員會提供了閣下專業資格及經驗的資料，你現在可否確認這些資料都是正確的？

殷榮華醫生：

是。

主席：

謝謝。殷醫生，我首先想問你一個問題，就是你可不可以告訴委員會，你何時才得到那個訊息，在去年3月27日，關於指定SARS……即瑪嘉烈醫院作為SARS指定醫院一事，你是何時知道的？在26日抑或在27日知道？

殷榮華醫生：

27日早上……

主席：

嗯。

殷榮華醫生：

……HCE，也是CCE——她是九龍西的CCE——召開了一個meeting，召集所有部門主管、部門運作經理去一個meeting，CCE在會上宣布的。

主席：

當時知道何時開始接收病人嗎？

殷榮華醫生：

當時仍未清楚知道日子是幾號，但估計都會是很快的。

主席：

當天，你的意思是……

殷榮華醫生：

沒有exactly說是哪一天，但估……

主席：

即是沒有說過是在29日？

殷榮華醫生：

沒有說過。

主席：

沒有說過，但是將會很快了。

殷榮華醫生：

但估計都會是很快的。

主席：

哦。當時有沒有說過病人的數字？例如可能會接收多少。有沒有估計數字的討論？

殷榮華醫生：

那時沒有詳細討論過數字，不過，曾經 —— 我也不記得是當時還是事後 —— 提過1 000個SARS病人。

主席：

不過，你不記得是否當時CCE講……

殷榮華醫生：

對，不是很記得是不是當時CCE講的。

主席：

OK，謝謝。我把時間交給我們的委員。陳國強。

陳國強議員：

早晨，殷醫生。

殷榮華醫生：

是。

陳國強議員：

我想知道，在去年3月29日，你們開始接收新的SARS病人……

殷榮華醫生：

是。

陳國強議員：

……那麼，由哪些人決定接收的呢？還有，根據甚麼基礎決定在3月29日接收這些病人呢？

殷榮華醫生：

為甚麼會在3月29日開始接收呢？這個決定我就不太清楚了。我們都是由CCE趙醫生通知我們，瑪嘉烈醫院將會在3月29日上午9時正式開始接收SARS病人。

陳國強議員：

即你都是奉命行事而已？

殷榮華醫生：

是。

陳國強議員：

事先你都有做計劃的，有沒有？

殷榮華醫生：

當我在27日知道了PMH，即瑪嘉烈醫院將會成為指定接收SARS病人的醫院之後，當然立即要做準備。但是，接着便……差不多在翌日，接着便說29日將會接收了。

陳國強議員：

在你的證人陳述書第4條，你表示，“The plan was to prepare for a total of 64 adult ICU beds”。

殷榮華醫生：

對。

陳國強議員：

我想問你，你用甚麼準則來釐定這64張深切治療部的病床，即是有這些設備、有這些病床呢？你用甚麼準則來釐定64張？

殷榮華醫生：

64張，其實就是……我想根本應該是CCE和我初步估計大概……如果1 000個，大概十分之一需要深切治療，即需要深切治療的大概有100個左右。開始的時候，如果只計算成人，即adult的ICU，估計大概可以有64張，分別在正座的2樓A、B、C、D，即是2樓這4個病房，當時估計會收到64個病人。

陳國強議員：

即是這個釐定，你是用1 000張……1 000個病人來釐定的。即是說，你當時的釐定，是用1 000個SARS病人來釐定的，對嗎？

殷榮華醫生：

真正的數字最主要是CCE，即……

陳國強議員：

你剛才說用1 000個病人來釐定這64張的，對嗎？

殷榮華醫生：

其實那個決定，詳細的計算方法，例如多少張病床等，我想是CCE她自己的盤算……

陳國強議員：

她也會給你指示，即是說有1 000個這些病人會收進來，是不是這樣？

殷榮華醫生：

估計吧……

陳國強議員：

她也會給你指示的？

殷榮華醫生：

……估計是in phases，即是我在27日初步接收的訊息是將會要開，即是……

陳國強議員：

即是將會有1 000個收進你的醫院，是不是這樣plan？

殷榮華醫生：

對了，對了。

主席：

不過，陳議員，我想問清楚一點。殷醫生，因為剛才你回答我的問題時，你說你不是很記得當時——在27日早上開這個會時，有沒有說過1 000這個數字。

殷榮華醫生：

嗯。

主席：

你剛才回答陳議員時，你又說計算64張病床是基於收1 000個病人。那是不是即是說，那天早上已經說了是1 000個病人？

殷榮華醫生：

我真的不是很記得那天早上有沒有說過1 000人，但是64，差不多一開始都是……即由開始plan……

主席：

那……

殷榮華醫生：

第一步就是將會開64……

主席：

那即是說……

殷榮華醫生：

……當然……

主席：

……換言之，你不是很肯定這64是不是基於1 000這個數字計算出來的。

殷榮華醫生：

是了，可以這樣說。

主席：

那麼，你是肯定還是不肯定？

殷榮華醫生：

呃……不是很肯定。

主席：

OK。陳國強議員。

陳國強議員：

是。你預計了這64張病床，即ICU的病床……

殷榮華醫生：

是。

陳國強議員：

……何時才可以全面使用呢？你有一個plan，而當時是沒有的，我聽你們當時說都是沒有的。

殷榮華醫生：

嗯。

陳國強議員：

但是，你預計這64張是用多少時間來準備和何時使用？

殷榮華醫生：

真正來說，我們其實都要視乎當時的情況，但我們都知道當時社區開始爆發，我們其實……所有事情根本都是盡快安排。其實，我們原本的深切治療部是在C2病房；至於D2病房，本身的設計已是一個high dependency unit，即類似深切治療部的病房，其實裏面已經有那些儀器了，只不過如果有人能夠調配進來的話……即首32張便相對地可以比較快開，但是，另外那32張可能需要各方面的資源配合。來到的時候，我們就可以開了。

陳國強議員：

剛才你說當時你已經知道社區爆發SARS了，是嗎？

殷榮華醫生：

是的。

陳國強議員：

那麼，當時深切治療部的設備和人手，你認為是否足以應付當時的社區爆發呢？

殷榮華醫生：

我們當時深切治療的人手，只不過是……原本只有14張，只能應付到14張——即我們原本的數目。你說當時那天來說，就肯定不行了，是需要各方的資源配合才行。

陳國強議員：

你都知道當時是不行，那麼……

殷榮華醫生：

所以我們便立即預備安排調配人手進來，因為將會接收傳染病，即SARS這個傳染病，所以我們在設備方面要做一些改動。在infection……即感染控制方面，亦做了一系列的工作，而且在人手調配和儀器方面，即各方面都立即安排如何調配，去應付加開的深切治療病床。

陳國強議員：

那麼，你當時用了多少時間增加這些深切治療病床和增加了多少？

殷榮華醫生：

其實，根本在27日已經開始plan和有些根本已經開始……已經開始做的了。譬如人手調配，已經和其他部門商討；儀器方面，當然亦立即要看看那些specification，即要go through那個過程，亦要看看那些儀器會不會能夠從其他部門調過來用呢？在人手方面，我最主要是負責醫生；護士和其他supporting的人員，就由部門運作經理和GM——即我們醫院的護理總經理負責。除此之外，我們在設施的改良方面亦都要做，譬如要加裝一些抽氣扇、在一些原本不是深切治療病房的地方加裝一些門、要再做一些changing room，以及在感染控制方面相對地要加強。我們要再提醒員工有關感染的重要性，以及要在深切治療病房劃分一些乾淨……即clean和dirty的區域等，方便進行感染控制。

陳國強議員：

剛才我想問，由14張加到18張……即再加18張，一直加上去，你需要多少時間；調配人手，你又需要多少時間呢？你記不記得需要多少天才能達到你的需求？

殷榮華醫生：

我想要講清楚一點，其實，根本由29日開始，當我們一知道……即已經開始成為SARS指定醫院之後，已經發覺病人不停地湧進來，所以我們在當時來說，根本在一個計劃的過程，在27日才知道，29日已經開始一直進來，那些病人已經進來了。原先——我想大家都應該會知道——我們原先的計劃就是想……我們在3月左右直到27日，即知道成為指定醫院的時候，每天ICU大概接收一至兩個SARS病人入深切治療部，但當我們估計——當時的估計——做了SARS指定醫院之後，每天醫院大概會接收50、60個人，大概10%需要深切治療的話，大概每天ICU可能會接收5個左右。但是，如果大家都知道……對SARS當時的認識就是，通常……根據我們當時在3月醫治過SARS的經驗就是，那些SARS病人不會……大多數有了……即入了醫院之後，有了病徵之後，在第二個星期，即7至10天，情況才開始轉壞，需要深切治療。所以我們當時估計，在我們指定做SARS醫院之後，我們估計高峰將會是在一個星期或者第二個星期之後，但事實上卻不是這樣。事實上，根本在第一天，我們便立即已經接收了5個，而接着在3天之後，有一天接收了10個。所以在人手調配方面，如果看看我們的調配，在第二個星期之後，即大概在9日、10日之後，人手根本已經可以調配進來，實際上已有人手調到深切治療部，這正正顯示出我們立即做事，但根本估計不到社區爆發來得那麼急，而且很多病人差不多一進醫院便已經需要深切治療，兩邊肺已經全白了，所以作為指定醫院的初期，我們完全面對着一個完全事先沒有辦法估計到的情況。當然……

陳國強議員：

剛才……

殷榮華醫生：

……是了，我們知道……見到病人已經湧進來，我們惟有盡量將計劃的過程盡量加快。

陳國強議員：

是。剛才你說人手會從另一間醫院和瑪嘉烈醫院本身調動。

殷榮華醫生：

是。

陳國強議員：

那麼，當時ICU正常編配的人手跟你要求編配的人手相差多遠？

殷榮華醫生：

當然，其實我的要求，譬如醫生方面，我原本有14張床，大概有.....當時有6個醫生，一個很簡單的比例，如果是64張，我想大概.....當時也說了，大概一共需要28個醫生。但是，在當時來說，頭幾天遠遠未達到這個數目。

陳國強議員：

你的意思即是相差很遠，對嗎？何時才可以達到你這個數目呢？

殷榮華醫生：

第二個星期左右，大概4月.....其實，我想大家都可能從報章得知，我大概在4月7日病倒了，我後來才知道大概在4月.....*exactly*我想大概是在4月10.....*around* 10日左右，大部分醫生已經可以調配。至於.....

陳國強議員：

即大部分醫生已調配過來。

殷榮華醫生：

.....是了，至於護士方面，最初那幾天都有緊張的情況。在我未病倒之前，大概在5日左右，開始見到護士由外面的部門可以調配進來。

陳國強議員：

我想問一問，你在plan這些數目，即病床的數目時，有沒有參考威爾斯醫院深切治療部當時的情況？

殷榮華醫生：

我們沒有exactly看看威爾斯的紀錄，因為本身來說，我們在3月.....其實在3月6日，我們已經開始接收SARS病人，即是在3月，其實我們亦醫治過不少這些病人，所以我們當時是根據我們自己所累積的經驗。

陳國強議員：

即當時你沒有參考過威爾斯ICU的情況？

殷榮華醫生：

那些數據.....

陳國強議員：

數據沒有.....他們有沒有給你呢？

殷榮華醫生：

我也有看過專責委員會問過的其中一條問題，但其實是關於他們ICU的admission那個比率。但這一方面，我也想指出，進入ICU與否其實基本上是一個.....當然有一些admission criteria，但基本上也是一個專業的判斷，即是很clear-cut，一定要ICU，我想不會有甚麼異議，但也有相當程度的灰色地帶，由深切治療部的醫生憑當時的專業判斷，亦憑當時深切治療部還有沒有深切治療的病床來決定那病人是否可以進入。所以，在數字方面而言，可能有些少出入，一點也不為奇，所以我們當然會因應我們自己瑪嘉烈醫院的經驗來作出判斷。

陳國強議員：

你的意思是，威爾斯可能.....

殷榮華醫生：

即可以.....是了。

陳國強議員：

他們的判斷是因為威爾斯醫院有很多ICU的病床，所以醫生們的判斷是早一點讓他們進入ICU，是否這個意思，所以它的數字便會大了？

殷榮華醫生：

即有這可能。

陳國強議員：

是否有這可能？

殷榮華醫生：

而且，事實上這個數字可以有所參差，譬如各間醫院在相同的SARS情況下，ICU admission rate可能會不同。

陳國強議員：

所以你那時的planning並不認同他們那個……數……

殷榮華醫生：

沒有，完全沒有，我們沒有參考他們的……

陳國強議員：

即是完全不必參考他們的，因為你也覺得……

殷榮華醫生：

……因為我們根本已經……

陳國強議員：

……因為你也覺得有偏差……

殷榮華醫生：

……其實我們根本已經知道，是的，一來是有所偏差，二來我們本身正着手醫治，在3月便一直都在醫治那些SARS的病人。

陳國強議員：

你的數據跟他們的數據有所偏差？

殷榮華醫生：

其實是差不多，我再看3月我們還未作為指定醫院時，醫院大概接收了85名，ICU接收了11名，roughly大概是超過10%，12%、13%左右。當然我事後再看，威爾斯醫院大概有20%，即是有一點參差。

陳國強議員：

如果你用20%來作為planning，當時ICU會否較為好一點？

殷榮華醫生：

就planning而言，實質上真正的數據，我在最初時可以這樣說，我不太exactly記得那個64的數目是由誰提供的，因為那時在A、B、C、D-2，即是同一個正座的2樓，我們計算過大概只可以接收64個，接收64個ICU的病床，即如果A、B、C、D在同一個floor，沒有可能再增加床位，如果要再增加ICU床位，便可能要到其他地方，這一點在當時我也向CCE指出，如果再超出64，便可能要找另一team來負責。

陳國強議員：

所以你當時的planning只是.....

殷榮華醫生：

只是接收.....

陳國強議員：

當時的planning只是“睇餸食飯”而已。

殷榮華醫生：

即是.....主要是64張，我們.....

陳國強議員：

即是“睇餸食飯”，只會這樣，不會再多plan出來的意思，是嗎？

殷榮華醫生：

是，我們在A、B、C、D……我們基於地理因素，其實我們一個team，一個team不可能在A、B、C、D——在一個正座、在一個floor中間，多建第二個floor，即再開一個ICU，那可能又會……我想在安排方面，可以預計會出現很大問題，所以我們最初預計在A、B、C、D-2開64張。

陳國強議員：

殷醫生，我想問一問，當時深切治療部的醫護人員，你覺得他們的個人裝備是否足夠？

殷榮華醫生：

其實個人裝備方面，我們是嚴格遵照醫管局的指引。In fact，大概2月的時候，我們瑪嘉烈醫院的ICU已經開始接收一些嚴重的社區肺炎個案，後來那個案證實是因為禽流感所致，當時，其實我們ICU的醫護人員的個人裝備已經開始提升。

陳國強議員：

那麼你……

殷榮華醫生：

我相信那套裝備……

陳國強議員：

你的意思是足夠還是未夠，是足夠的？

殷榮華醫生：

是。

陳國強議員：

即感染機會應該很微？

殷榮華醫生：

提起感染機會，大家要知道，SARS在當時而言，感染的威力是具有極度傳染性的，我們只可以提供足夠的個人保護裝置。是否真的可以防治SARS，這還要視乎很多其他因素。

陳國強議員：

我另外還想問，你是深切治療部的主管吧？

殷榮華醫生：

是。

陳國強議員：

你覺得那些醫護人員需要甚麼經驗和需要接受甚麼訓練，才可以正式合資歷擔任深切治療部的醫護人員呢？

殷榮華醫生：

我相信當時也要視乎情況而定，在開始調配人手的過程之中，我們在醫生而言，當然會找譬如麻醉科醫生，他們相對有這個ICU.....通常麻醉科也有一部分在訓練過程之中，會接受一些ICU的訓練，以及他們對呼吸機各方面也有認識。所以在計劃的初期，我們原本打算調配一些曾經在ICU工作的同事，立即調配回來，而且還在一些其他部門，譬如心臟的深切治療部、腦外科加護病房的同事，最初那批，我們原本打算找一些對ICU有經驗的，或者對管理呼吸機各方面有經驗的同事回來幫忙。但是，當然大家要知道，我們在最初幾天，人手各方面比較緊張，所以陸續調配回來時，我們不可能一定要求他們經過全套深切治療部的訓練才可以調來，根本不能應付那個情況。所以他們在還未真正接觸病人、照顧病人之前，我們ICU的專責護士——nurse specialist——會提供一個course——one-day course，提供一些深切治療部的訊息，即有關知識和感染控制的知識給他們。而在最初他們真正調配到臨床治理病人時，他們也會受到監管，即是supervise，由一些舊人來supervise。

陳國強議員：

深切治療部也有很多醫護人員受感染，是嗎？

殷榮華醫生：

是。

陳國強議員：

那些受感染的人是調配回來的人，還是現存的人呢？

殷榮華醫生：

就醫生而言，大概有6名醫生病倒了，其實有3名，包括我自己，是深切治療部的專科醫生；有一名是深切治療部的trainee，其實他已經在深切治療部有很多經驗，還有一名根本是從麻醉科調派上來的，他也任職了差不多半年的.....exactly我不太記得，但他大概最少有半年的ICU的experience。所以可以這樣說，在醫生方面，絕大多數根本是一些experienced的醫生“中招”，也有部分是由於.....因為我們知道他們有些調進來的，相對地不太熟悉ICU的環境，所以在一些可能的情況之下，一些高危的動作、步驟，如插喉等工作，絕大多數由我們一些專科醫生負責，這也在在顯示出有感染的pattern，為甚麼有這麼多specialist都會“中招”，受到感染。

陳國強議員：

那比例是.....即你們自己深切治療部人員的感染比例，與外來.....

殷榮華醫生：

譬如.....

陳國強議員：

.....調來的比例大概是多少？

殷榮華醫生：

護士方面，大概有12名，exactly大概有12名.....你等一會兒。

是，護士方面有12名受感染，有5名本身是ICU的護士。

陳國強議員：

哦。

殷榮華醫生：

有7名是由外面調配來的，而7名中有4名具ICU的經驗，只有3名沒有ICU的經驗。以所有護士而言，12名全是瑪嘉烈醫院的同事。所以可以說，從受感染的pattern得知，絕大多數都不只是沒有experience的同事。

陳國強議員：

即有experience的同樣受感染？

殷榮華醫生：

是。

陳國強議員：

殷醫生，我想問一問，你被感染了，那時候你很辛苦，做很多工作，又在不夠人手的情況下，因而令你受感染，還是當時的設備、醫院的環境令你受感染呢？

殷榮華醫生：

坦白說，我真的不太清楚我在甚麼情況下受到感染，我本身亦要提醒同事要做足個人防染裝備，千萬不要鬆懈。但是，我也同樣“中招”，我想那原因是多方面的，最主要的是病人的數目超過我們所預計的，而且他們來得很急，以及在我們plan——計劃之中不是像第一、第二天那樣，那麼快便來到。而最巔峰是在4月1日，有10名，這是遠遠超過我們當時所預計的。當然這也跟病房中的viral load有關。大家都要記得，其實在淘……我們作為指定SARS醫院之後所接收的，很多都是淘大的病人，就他們的症狀而言，其實很多都有腹瀉。正常的，即不是SARS的病人在普通病房，他們的大小便可以在廁所中進行；但是在深切治療部，他們的大小便會在床上。所以在病房中，大家可以估計到，病房中的viral load相當嚴重。當然，那些病人的情況、ICU的情況很差，需要很多治療，譬如插喉，可能要急救，做身體檢查時也要接觸他們，所以造成受感染的機會很大。

陳國強議員：

另外一個.....你這麼說，另外一個原因，可能是病房的設施也
不足，因為這麼多人在那裏排泄，充滿了病菌、病毒，所以是否.....

殷榮華醫生：

我想不是.....

陳國強議員：

.....設計上有問題？

殷榮華醫生：

我想不是設計的關係，是病人本身的病狀有大量的腹瀉。

陳國強議員：

我知道，剛才你也說過了，那是否設計上有點問題呢？如果
是那原因，即設計上沒有預備病人會是.....

殷榮華醫生：

那設計是.....

陳國強議員：

.....那樣子，所以便會.....

殷榮華醫生：

.....我想最主要是.....

陳國強議員：

.....有這麼大量的病毒。

殷榮華醫生：

即大多數的病人，譬如接駁呼吸機，他們已經接駁好filter，
而且抽氣方面，也會把病人從呼吸機排出的氣抽走，也會用closed
suction system，即在抽痰時防止病毒可以走出病房的環境。其實
我們盡量已經減低病毒在病房的數量，但是病人腹瀉所排出的，

當然我們會立即替病人抹身，清理大便，立即拿去消毒。但當我們人手緊張時，可能處理完一個又要處理另一個，也可能有部分時間還未來得及處理，因此間接影響病房內病毒的數量。

陳國強議員：

即當時的人手和環境都有影響，即你事後分析出是那種情況，是嗎？

殷榮華醫生：

是，是。

陳國強議員：

主席，我沒有問題了。

主席：

謝謝，有幾位委員已經舉了手，勞永樂、何秀蘭和陳婉嫻。勞永樂。

勞永樂議員：

主席。殷醫生，歡迎你來立法會。你剛才回答陳國強議員時說，在瑪嘉烈醫院成為指定醫院時，已經有一定治理SARS病人的經驗，大概接收了85名病人，有12至13個百分點可能要使用深切治療部。你剛才也提及不知道1 000名病人的數目是何時公布的。

殷榮華醫生：

是。

勞永樂議員：

但作為一個計劃時，你是否真的取12至13個百分點的病人——這個百分比來作為計劃的準則？

殷榮華醫生：

可以這樣說。

勞永樂議員：

也可以這樣說。當時同事之間有否真的想過，即使不大記得1 000人是何時公布的，有否想過大概瑪嘉烈會接收多少病人？

殷榮華醫生：

沒有，當時估計大概每天接收50至60名，大概超過10%進來，當時我們估計大概會有5人進入ICU。

勞永樂議員：

是。

殷榮華醫生：

而且最主要的問題是第二個星期。

勞永樂議員：

嗯。

殷榮華醫生：

即不是一作為指定醫院之後便立即可以開始。

勞永樂議員：

嗯，你說50至60人，10天便收600人了。

殷榮華醫生：

嗯。

勞永樂議員：

如果600人乘12%或者13%，都已經是80了，即大概需要80個床位了。

殷榮華醫生：

這點需要澄清，64所指的是成人的。

勞永樂議員：

是。

殷榮華醫生：

即成人的深切治療病床數目，當然也有兒科的，也要計算在內。

勞永樂議員：

是，你的意思即是加上兒科便可能湊夠八十幾了。

殷榮華醫生：

是，是。

勞永樂議員：

即是說，如果按照這樣的規劃。但在你一開始時，你只得14個病床。

殷榮華醫生：

是。

勞永樂議員：

如果以14，不計算兒童而言，升至六十幾已經是4倍多了。

殷榮華醫生：

是的。

勞永樂議員：

4倍多，也可能在10天之內要升至4倍多。那時有沒有想過那個可能性？

殷榮華醫生：

當時的可能性.....瑪嘉烈醫院作為指定SARS醫院這個決定，我本人沒有參與，但我們都知道當時根本社區已經在爆發。所以，

我自己也可以理解，即我們瑪嘉烈醫院一直都是一個傳染病院——即是傳染病的醫院。

勞永樂議員：

嗯。

殷榮華醫生：

而員工和各方面對於醫治傳染病以及在防感染方面的意識都很高。所以，我們醫院從2月開始一直有向同事介紹一些infection control的知識，而在3月份之中，大家都可以看得我們沒有感染。所以當時來說，我是理解他們為何作出這個決定的。但是我亦沒有強烈……沒有反對瑪嘉烈醫院作為SARS的指定醫院。當我知道這件事後，我亦知道——剛才也說過——知道社區有爆發。那我當時的做法便是盡量，即盡快去計劃多開深切治療的病房，盡量去安排一切。

勞永樂議員：

我們都理解這個決定的背景，但我的問題是，你覺得10天內將深切治療的病床提升4倍多的可能性——這個可能你們做這個決定，做指定醫院，可能是一個很勇敢的決定，很當仁不讓的決定，但是不是一個可能的決定呢？即你都計算過那個數字給我們看，要提升4倍多——10天可能要提升4倍多，是否一個可能的決定？做得到的決定？

殷榮華醫生：

當時來說，那個形勢大家都知道，根本社區已在爆發了。我們當時的想法就是，盡可能去做，即只要有人，有resources等各方面，我們當時的想法是，覺得這是可以的。

勞永樂議員：

是，盡可能去做？

殷榮華醫生：

是的，沒錯。

勞永樂議員：

但是可以的 —— 你覺得是可以做得到的？

殷榮華醫生：

是。

勞永樂議員：

10天提升4倍多是可以做得到的？

殷榮華醫生：

呃……10天就未必一定說……即在10天之內全部開設，但是我們會盡量去安排。

勞永樂議員：

但是你剛剛才對我說，一天可能收50至60個病人，一乘10天便已經有600個，600個再乘百分之十三，都已經60多、70張 —— 需要，有可能。

殷榮華醫生：

嗯，嗯。

勞永樂議員：

那是否有這個可能呢？即除了是盡量做之外，是否真的是一個可能做得到的目標呢？

殷榮華醫生：

我想最主要是當時我們根本沒有甚麼選擇，只可以盡量做，對嗎？

勞永樂議員：

如果……

殷榮華醫生：

即不能說絕對不可能。

勞永樂議員：

嗯，如果沒有 —— 如果是盡量做，沒有選擇，當時有否想過，如果是盡量做仍然做不到，可能出現的危險性，有否考慮過這一點？

殷榮華醫生：

那時候，我們都要回看當時的環境，即是社區有爆發，又加上我剛才所說瑪嘉烈醫院的背景，在3月份的時候亦是零感染。我自己覺得在當時來說 —— 即是瑪嘉烈醫院，我不會去反對……即是我不會反對瑪嘉烈醫院作為一間指定醫院。當時的想法是，尤其是在planning那方面，我們只可以這樣說，我們一邊plan，根本那些病人已經在進來了。

勞永樂議員：

嗯。

殷榮華醫生：

我們只可以 —— 當時來說，唯一可以做的就是盡量。但我亦看到，在這個過程中，其實很清楚地體驗得到同事們很拼命。

勞永樂議員：

是。

殷榮華醫生：

那說真的，我們遇到一些這麼突然而來的情況，可以這樣說，跟着做designation之後，我都沒有放過假。

勞永樂議員：

嗯。

殷榮華醫生：

亦跟同事們一起在最前線打這場仗。因為我知道，當時來說最重要的是士氣。如果我在最前線的話，對於整隊、整個部門的士氣那方面都會很有影 —— 都會大大提升的。

勞永樂議員：

我們……

殷榮華醫生：

所以……

勞永樂議員：

是。我們全香港都看到瑪嘉烈醫院的士氣。

殷榮華醫生：

嗯。

勞永樂議員：

看到瑪嘉烈醫院員工的“拼搏”。但現在我們討論的是那個決定的問題。你剛才說瑪嘉烈醫院那個傳染病的傳統，其實其他證人也告訴過委員會，瑪嘉烈醫院的傳染病房主要是5E、F病房，加上一些兒科病房。其實計算得到的床位，一天便已經收滿了——如果你說一天有5、60個病人，對嗎？那又憑甚麼——憑甚麼說瑪嘉烈醫院的傳染病傳統，加上那些人力、物力、經驗，可以做得得到一間一天接收5、60個SARS病人的指定醫院呢？是憑甚麼呢？

殷榮華醫生：

這個我想你便要去問CCE了。當時來說，即是在27日，我所知的就是，我盡量要安排開64張ICU。當然不是說立即在第一天便可以——即是在28日或者27日就已經做得到。當然這個要……是一個過程，我可以這樣說，我只可以盡量安排人手、安排資源、安排在防感染，即infection control那方面一些設施上的配合之類。

勞永樂議員：

好的。你剛才在回答陳議員時，或在你的證人陳述書裏你都說過，在決定將瑪嘉烈醫院做指定醫院之前，沒有人諮詢過你。在27日開會的時候宣布——你亦對我們說，你是瞭解、理解這個決定，但是你對這個決定有否作過任何的質疑？

殷榮華醫生：

質疑這個決定？

勞永樂議員：

瑪嘉烈醫院成為SARS指定醫院。

殷榮華醫生：

沒有。

勞永樂議員：

沒有質疑過？

殷榮華醫生：

沒有。因為大家，即我自己都知道，當時本身，已經可以這樣說，是一個disaster，即是災難的應變階段。

勞永樂議員：

嗯……

殷榮華醫生：

如果我們都有 —— 譬如“上頭”已經作了一個這樣的決定，如果在一個災難的情況之下，如果大家不能夠一起一條心地工作的話，可能後果 —— 那個結果可能會更差。

勞永樂議員：

沒有說過任何一個“不”、“不行”，沒有說過？

殷榮華醫生：

“不”就沒有說過，不過就知道是會很難，但是我們會盡量做。

主席：

勞議員，提醒你時間而已，因為你在這個指定醫院的問題已經花了頗多時間，我想你有很多問題還要問是嗎？

勞永樂議員：

沒錯，主席。

主席：

我只是提醒一下你時間。

勞永樂議員：

好的。我會繼續用這麼多時間。如果你要停止我，你便現在停止我好了，好嗎？

殷醫生，除了你沒有質疑，沒有說“不”，有沒有其他任何同事對這個決定說過“不”，說過“不行”，有沒有發生過任何這樣的情況呢？

殷榮華醫生：

在當時我沒有聽過。

勞永樂議員：

當時那一天，在27日沒有聽過，但是在接近27日，或者在28日，或者在29日，有沒有任何你的同事，顧問級的、高級醫生級的……

殷榮華醫生：

嗯。

勞永樂議員：

……或是醫生級的，跟你說過這個決定是不行的，我們不可能做得到的，要向聯網總監反映呢，有沒有呢？

殷榮華醫生：

我沒有聽過。

勞永樂議員：

你沒有聽過？

殷榮華醫生：

是。因為當時一知道之後，已經要第一時間去安排各方面的事務。

勞永樂議員：

一個人都沒有向你反映過？一個都沒有？

殷榮華醫生：

那時候，可能勞議員不知道當時的情況是很忙很忙的。

勞永樂議員：

是。

殷榮華醫生：

嗯。

勞永樂議員：

一個都沒有向你反映過？

殷榮華醫生：

沒有。

勞永樂議員：

是。

殷榮華醫生：

即是我在那幾天沒有聽過。

勞永樂議員：

那幾天沒有聽過。你甚麼時候有聽過呢？

殷榮華醫生：

在我病癒之後。

勞永樂議員：

在你病癒之後有聽過。

殷榮華醫生：

是。

勞永樂議員：

好。當時有沒有討論過，在你的層次，或是跟你同事的層次，有沒有討論過，究竟有沒有其他的選擇呢？醫管局有這麼多間醫院，或者有兩間指定醫院，或者有3間指定醫院，都會比只有1間指定醫院好。有沒有想過或者討論過呢？

殷榮華醫生：

當時我們沒有討論過這件事，大家都在接到這個指令之後，便盡量去安排、盡量去做。

勞永樂議員：

盡量安排、盡量去做。其他的選擇沒有想過？

殷榮華醫生：

這個……

勞永樂議員：

我再提一提你，你剛才告訴我說，10天之內要提升ICU的病床4倍多，你沒有想過有其他的選擇？

殷榮華醫生：

我只知道是會——是會很艱鉅。但問題是，我當時覺得是可以做得到的，而我亦有積極地去做，對嗎？

勞永樂議員：

實際上做不做到？

殷榮華醫生：

實際上根本沒有人知道。實際上因為，根本那個預算在第一天已經……即是在頭幾天，我們的ICU已經不停地接收SARS病人，所以最終我們加上我們的——即包括我自己——那些受到感染的員工，最終ICU來說，最高是接收到44個病人。

勞永樂議員：

嗯。

殷榮華醫生：

即是開到44張病床，就要被迫停止。

勞永樂議員：

嗯。

殷榮華醫生：

這個其實最主要的因素，我想是員工在頭幾天——如果你回看感染那個pattern，即員工受到感染的pattern，剛剛好跟ICU admission那個pattern是一樣的。不過是延遲了大概一個星期左右，即一個incubation period。

勞永樂議員：

嗯。

殷榮華醫生：

所以最主要是，即我們ICU的員工為甚麼有這麼多受到感染呢？是因為——其中有一個很大的原因就是那個patient load。

勞永樂議員：

好的。其實我想跟你談一談深切治療部採用的呼吸器。

殷榮華醫生：

嗯。

勞永樂議員：

在你未染病之前……

殷榮華醫生：

是。

勞永樂議員：

……那段時間……

殷榮華醫生：

是。

勞永樂議員：

……深切治療病房有多少個呼吸器？

殷榮華醫生：

大概17個左右。

勞永樂議員：

17個左右。

殷榮華醫生：

嗯。

勞永樂議員：

是甚麼牌子的呼吸器？

殷榮華醫生：

大部分都是Servo。

勞永樂議員：

大部分都是Servo。

殷榮華醫生：

西門子Servo，是。

勞永樂議員：

西門子Servo。有沒有其他牌子的呼吸器？

殷榮華醫生：

最主要是這個牌子的。

勞永樂議員：

這個牌子，其他牌子的呢？你說最主要，即是有一些其他牌子的？

殷榮華醫生：

有些其他牌子的，不過都是屬於transport那些ventilator，即是transport用的，譬如Oxylog那些。

勞永樂議員：

是。

殷榮華醫生：

如果你把那些亦計算在內的話，就是這些了。

勞永樂議員：

是。

殷榮華醫生：

嗯。

勞永樂議員：

固定放在ICU的就是……

殷榮華醫生：

就是Servo了。

勞永樂議員：

就是Servo，十幾個……

殷榮華醫生：

Servo有900C和300等型號。

勞永樂議員：

是，那你在回覆我們的第7條問題那裏說，這些呼吸器都是有過濾器的？

殷榮華醫生：

是。

勞永樂議員：

可否向我們解釋是哪一些過濾器、是怎麼樣的過濾器？

殷榮華醫生：

是一些 —— 那些過濾器是HME加filter。

勞永樂議員：

嗯。

殷榮華醫生：

而這個filter的efficiency是high efficiency，是可以阻隔到那些bacteria和virus的。

勞永樂議員：

是。

殷榮華醫生：

那個efficiency是 —— 我查過是大過99.999%的。市面上會不會有一些比這種更好的呢？我相信 —— 我不知道，即有可能有也不一定。

勞永樂議員：

嗯。

殷榮華醫生：

但這個是合規格的。

勞永樂議員：

這個是高效率的過濾器。

殷榮華醫生：

是。

勞永樂議員：

High efficiency filter。.

殷榮華醫生：

是。

勞永樂議員：

是可以過濾那些病毒和細菌的。

殷榮華醫生：

是。

勞永樂議員：

百分之九十九點.....

殷榮華醫生：

999。

勞永樂議員：

999。

殷榮華醫生：

是的。

勞永樂議員：

是。那你指的這個過濾器是放在甚麼位置的呢？或者有多少個過濾器——每一個這些呼吸機？

殷榮華醫生：

當時是放在patient的ET Tube那個Y位那裏，即不論病人吸入或是呼出空氣，都要經過這個過濾器。

勞永樂議員：

是。這些呼吸機除了用這個設置在病人那條喉那個位置的過濾器之外，有沒有一個叫做exhaust filter的呢？

殷榮華醫生：

沒有，當時沒有設置。

勞永樂議員：

當時沒有設置的？

殷榮華醫生：

是。

勞永樂議員：

是，即是說17個呼吸機都沒有exhaust filter的？

殷榮華醫生：

其實根本最主要有一個filter——其實當時來說，看回醫管局的指引，根本第一、就沒有說要在ventilator設置filter，但是，我們亦根據我們的專業知識，就一定知道病人呼出來的氣是有fil.....即是有病毒的。所以亦設置了那個filter在patient的Y位那裏，即那個ventilator circuit的Y位那裏，根本所有病人呼出來的氣都會隔濾

了。至於你說在exhaust的時候，是否需要設置多一個，或者甚至設置多兩個，這個亦沒有文獻證實到它是有additional的好處。

勞永樂議員：

你可否向委員會解釋exhaust和exhaust filter究竟是甚麼呢？為甚麼那個呼吸機會有exhaust，是用來幹甚麼的？

殷榮華醫生：

呼吸機當然是有氣由呼吸機轉入病人那裏，病人之後呼出來的氣亦會經過一個expiratory limb，返回那個呼吸機，接着排出去那個環境中。但是，我們在病人的ET Tube那裏設置一個filter，而這個filter就肯定使病人呼出來的氣一定要經過這個filter。至於勞議員說，是否需要在filter —— 即filter過濾過的氣 —— 經過前面第一個filter之後，是否需要再設置第二個呢？我自己就覺得沒有這個需要，對嗎？

勞永樂議員：

嗯。

殷榮華醫生：

亦沒有文獻證實設置兩個，或者甚至3個會對於環境較為安全一點。

勞永樂議員：

是……

殷榮華醫生：

即我想大家都要知道……

勞永樂議員：

是否，我想問你是否那些呼吸機是有這樣的設計，可以設置一個exhaust filter呢？

殷榮華醫生：

其實，那個filter你想放在哪裏都可以的，不過我們……

勞永樂議員：

不是，你先回答我的問題。

殷榮華醫生：

嗯。

勞永樂議員：

是否那個呼吸機的設計，在exhaust那裏，排出廢氣那裏……

殷榮華醫生：

是。

勞永樂議員：

……是可以設置一個exhaust filter，是否可以的？

殷榮華醫生：

是可以的。

勞永樂議員：

是。為甚麼會有這樣的設計？

殷榮華醫生：

我想最主要是……

勞永樂議員：

如果是沒有用的，為甚麼會有這樣的設計？

殷榮華醫生：

這當然是有 —— 即如果你在前面沒有設置filter的話，你當然要在exhaust那裏設置filter。但問題是我們在前面已經設置了filter，即已經肯定病人呼出來的氣一定會經過那個filter。問題不是我們沒有設置filter，我們是設置在前面……

勞永樂議員：

嗯。

殷榮華醫生：

……而不是設置在後面，對嗎？

勞永樂議員：

我想問你，購買一部呼吸機，一個型號是可以設置exhaust filter的，跟一個型號是不可以設置exhaust filter的，有沒有價格上的分別。

殷榮華醫生：

每部機，我相信根本你想設置filter一點也不困難。

勞永樂議員：

嗯。

殷榮華醫生：

每部機都可以設置exhaust filter。

勞永樂議員：

嗯。

殷榮華醫生：

不過，我想大家都要——這個可能是比較專業的，即你設置任何一個，即多設置一個filter，其實我們也要考慮，可能會加大了病人circuit的resistance，令病人的airway，即氣管內的壓力可能增加，Bell trauma risk的機會亦會增加，所以不是擺放超過一個就一定是好的。我們治理SARS的時候，我們所有病人呼出來的空氣，也會經過一個high efficiency的bacterial/viral filter。

勞永樂議員：

你剛才提到，瑪嘉烈醫院這間傳染病醫院的傳統，譬如瑪嘉烈醫院預了需要接收一些患有很高傳染性疾病的病人，或甚至一

些受未知原因的病菌或病毒感染的病人，在設計上，你覺得在感染控制方面，是否應該比其他醫院或其他ICU更加嚴格？

殷榮華醫生：

當然是這樣。但是再看看我們當時的設計，已經有一個single bed的cubicle，亦有exhaust fan等，所以.....當然嚴格來說，不算是第一流的感染.....不屬於第一流，但是也可以接受。

勞永樂議員：

但瑪嘉烈醫院是香港僅有的一間，如果我們不要求它達到第一流，難道我們要求仁濟醫院達到第一流嗎？所以，你是否同意我的說法，其實在這些呼吸器的設計上，最高規格的要求，以及製造商的指明規格指出，在排氣口——即exhaust那裏擺放一個高效率的過濾器，是控制傳染病的高規格要求之一？

殷榮華醫生：

我自己覺得沒有這個需要。

勞永樂議員：

你自己覺得沒有這個需要，但是根據國際經驗或製造商製造時的設計，又是怎樣？

殷榮華醫生：

就filter來說，基本上是可以隨時加上去的。

勞永樂議員：

但實際上有沒有加裝？

殷榮華醫生：

我們接收SARS病人之前，不是每個也加裝的。一些完全不是傳染性的病人，我們根本無需加裝filter。如果病人有傳染性，我們當然要加裝filter。至於擺放在哪個位置呢？其實這不是最大的問題。是否一定要擺放在尾部呢？即擺放在exhaust ventilator的exhaust那裏？其實不是一定的。可以擺放在patient的Y那裏，而事實上，現時市面上有一些把那個.....簡稱叫做HME，可以連filter一起使用。我們每隔一、兩天更換一次，是很方便的。如果把它

放在呼吸機的尾部，其作用：第一，所有病人無論是感染性或非感染性，也需要使用。我剛才亦已提到，這做法不是沒有risk的。一些病人若接受過一些噴霧治療，例如Ventolin，可能會塞了。那麼氣管內的壓力可能會增加，便會產生危險……

勞永樂議員：

嗯，我們……

殷榮華醫生：

……所以，關於擺放filter的位置，這是深切治療部每個專科醫生也一定會看到的問題。

勞永樂議員：

你是否知悉最終在瑪嘉烈醫院深切治療部的呼吸機都被擺放exhaust filter？

殷榮華醫生：

每個也會有。每個在深切治療病房的病人，在SARS period，都有擺放filter。不過，filter擺放在較近病人的位置，而不是擺放在exhaust那個位置。這做法一樣可以完全過濾由病人的呼吸道所噴出來的空氣。

勞永樂議員：

Exhaust的位置在呼吸機的尾部，還有沒有其他作用？在感染控制方面，我們還可以做些甚麼額外工夫，確保那些exhaust不會流入病房？

殷榮華醫生：

那時候，我們也在呼吸機加裝scavenging system，令那些空氣不會直接排入病房內，而會被suction，即抽掉。這只不過是在環境方面加強保障，不會因病人所呼出來的空氣而受到感染。其實病人所呼出來的空氣，已經過一個high efficiency的bacterial/viral filter，那個問題根本已經不大。

勞永樂議員：

是否每一部機都會駁到scavenging system？

殷榮華醫生：

開始的時候，我們大概有7部左右，但當我們知道了我們作為指定SARS醫院之後，我們已立即與Siemens公司聯絡，我們所有的呼吸機都要裝上。

勞永樂議員：

即是有10部並沒有的？在你們的17部呼吸機之中.....

殷榮華醫生：

開始的時候是沒有的。但問題是，正如我剛才也提到，那個filter根本已filter了絕大部分的virus。所以，在病房中因病人經呼吸機所噴出來的，根本是極少。可以這樣說，其實最大的危險性，反而是病人嘔出來的東西、糞便等。我相信與那個問題相比，一些病人經過filter所噴出來的空氣污染病房的機會較低。

勞永樂議員：

10部呼吸機沒有裝上，但當時已經.....只有7部呼吸機裝上，那時候ICU已經接收了10多個.....超過10個SARS病人？

殷榮華醫生：

可以這樣說，在這個安排中，我們已第一時間要求加裝，但問題是，在加裝的時候，製造商需要有這些零件，而且安裝scavenging system，根本WHO或醫管局的指引，完全沒有提到是一定必需的。只不過我們想令員工更加安心，所以才要求全部裝上。我相信其實在香港的大多數醫院，這個scavenging system根本不是必要的，只不過我們為了更加減低患病的機會，所以才安裝這個東西。

勞永樂議員：

我明白，但我想.....

殷榮華醫生：

那不是最主要的一項，最主要的是filter。

勞永樂議員：

我想提一提，你談及瑪嘉烈醫院傳染病的傳統，也說到把瑪嘉烈醫院作為SARS醫院，所以HA對其他醫院的指引及做法，那個規格亦未必符合傳染病醫院或SARS醫院的規格。我想問一問你，你提到一知道要將瑪嘉烈醫院作為SARS醫院的時候，你已經安排有關人士來安裝。整個過程實際需時多久？即其他10部呼吸機也裝上。

殷榮華醫生：

我相信大概在4月4日……4月3日就已經有9部了。在4月10日，19部也有了。

勞永樂議員：

4月10日。

殷榮華醫生：

接着在16日，就有39部。

勞永樂議員：

嗯。那時候最大危機的頂峰已過去，才每一部也有？

殷榮華醫生：

是的。

勞永樂議員：

是的。如果我這樣問你：由於那些呼吸機的感染控制規格，包括排氣的過濾器及scavenging system的不足，以致呼吸機排放病人所呼出的空氣，導致病房污染，導致在那個環境中有人感染了SARS。你是否同意我的說法？

殷榮華醫生：

我不同意。因為所有……

勞永樂議員：

你為何那麼肯定？

殷榮華醫生：

.....所有病人來說，他們當時所噴出來的空氣，一定已經經過filter，而那個filter是high efficiency的，達99.999，根本是完全符合規格的一些filter。所以，我真的不明白為何勞議員你會make剛才的statement？我們那些每個也有裝上filter。

勞永樂議員：

我想問你，容許呼吸機的空氣直接排放出病房的环境，這是否符合規格的傳染病醫院應該有的安排？在17個呼吸機中，10個沒有scavenging system，容許空氣直接排放在病房的环境。

殷榮華醫生：

我想可以這樣說，最主要的是有filter，這是一定需要的。至於有沒有scavenging system，這只是令員工安心一些，但不是必需的。

勞永樂議員：

不是主要或不主要的問題，亦不是會否令員工安心的問題，那個問題是.....

殷榮華醫生：

如果一些可以做到的，我們也會做。但是我們已預先知道那個絕對不是最重要的東西。

主席：

對不起，勞議員和殷醫生，我希望兩位.....我們現在不是進行一個科學的辯論，一問一答，清清楚楚便可以了，無需大家像辯論一樣。勞議員，如果你有其他問題，便繼續問吧。

勞永樂議員：

那個問題是 —— 我提醒殷醫生 —— 那個問題是，瑪嘉烈醫院是傳染病醫院、SARS醫院，也是接收一個不太瞭解和不太清楚的傳染病的醫院。在這個情況下，規格上的需求是否需要做到最高呢？或者可能上的最高呢？

殷榮華醫生：

其實，你所說的規格，根本WHO或醫院管理局所頒發的指引，根本沒有提到這一方面，我們根據自己的專業做到最好。我自己覺得，其實最主要是一定要把病人所呼出來的空氣，一定要經過filter。最主要就是這一項.....

勞永樂議員：

我再想.....

殷榮華醫生：

.....至於有沒有scavenging system，這不是最重要的。我亦相信，本港的醫院並不是全部也有安裝這東西。

勞永樂議員：

我再想多問你一次，病人排出來的空氣，就算經過一個過濾器，但是最終亦經過呼吸器的排氣口釋放在病房內，散播全個病房。你覺得這是否剛才你所說的專業決定？是否一個合適的決定呢？當我們正在面對一個不知名的傳染病。

殷榮華醫生：

我想最重要的是有filter，但我們並不是叫員工在那個環境中，不做足自己的保護裝置。我們亦會叮囑他們戴帽、眼罩、面罩、mask、gown、glove，這些全部都重要。所以，我們再看看.....即你現在再問我，當時的感染控制措施是否做得足夠？我覺得我們已經做足。

勞永樂議員：

嗯。我只是想指出一點，你容許那些空氣從病人那裏直接釋放出整個病房。

殷榮華醫生：

我也要再指出一點，那些病人所噴出來的空氣，並非直接.....沒有經filter排放出來，而是已經經過一個bacteria.....一個high efficiency的filter排放出來。所有病人噴出來的空氣，是經過一個filter才排放出來。

主席：

勞議員，開始……

殷榮華醫生：

不是沒有經過filter而排放出來。

主席：

殷醫生，差不多了，我想那個問題和答案也重複過了。

勞永樂議員：

主席，我再說最後一次。在呼吸機的設計、製造方面，是有排氣口的過濾器，排氣口那裏也有收集所排出來的廢氣的設施，但是瑪嘉烈醫院當時的17個呼吸機——最初的時候——都沒有排氣過濾器，在17個呼吸機中，10部沒有收集廢氣的系統，這是事實。主席，我沒有其他問題發問。

主席：

何秀蘭議員。

何秀蘭議員：

謝謝主席。是否需要先讓殷醫生回答最後一條呢？

主席：

那不是一個問題。

何秀蘭議員：

OK。多謝殷醫生來到向我們提供資料，我亦希望殷醫生能夠盡快完全康復。剛才你提到，由3月27日你知道瑪嘉烈醫院要成為接收醫院之後，你沒有放過假。

殷榮華醫生：

是的。

何秀蘭議員：

我相信醫生不放假好似也很平常，但是我也想問，你當時每一天工作多少個小時？

殷榮華醫生：

可以這樣說，由6時起床，大概7時回到醫院，看看那些email等，接着可能要即時做一些決定，然後會到病房。大部分時間會在病房，直至6、7時便會返回office，再看看一些文件。午飯的時候，可能會在午飯後——如果有時間吃午飯的話，根本當時大部分時間，也沒有時間吃飯——回到office，看看一些較緊急的email。接着再plan一下……有沒有甚麼還要plan或計劃的，或者有甚麼要回覆的，每天大概8、9時才下班。回家後，小朋友已經睡覺了。因為那時候，我自己也要家居隔離，所以我自己在一間房獨個兒睡。在那個過程中，其實每天也會做一些總結，想想在那個過程中，我們有些甚麼還可以做得更好，根本在那10天，大致上就是這樣過活。

何秀蘭議員：

主席，我知道臨床和管理這兩項工作，殷醫生也要做，在3月27日至4月7日他染病這段期間，臨床和管理兩方面，有沒有其他人與你分工？還是全部由你自己負責？根據你剛才所說，似乎全部由你自己負責。

殷榮華醫生：

管理方面，例如負責購買儀器、醫生的調配這些或傳染病infection control measure、facility conversion，這些大多數都是我自己負責。至於護士或其他supporting staff，則由部門運作經理與護理總經理負責。我剛才也說過，在當時那麼危險的環境，其實大家都很害怕，大家同事都很害怕，我亦知道同事很害怕，我自己也很害怕。但是，我當時也感覺到，部門士氣很重要，其實，我自己一人兼任兩個身份，我是一個manager，也是一個醫生。其實，我可以只是擔任manager，可能會做得更好，但是，我一定要在……因為當時的醫生與護士的人手很緊張，我自己as a role model也好，一定要在前線幫忙，我相信由我自己負責一些臨床工作，即最前線的臨床工作，對於部門或激勵部門的士氣起到很大的作用。

何秀蘭議員：

其實，當時，我相信證人都想每天多8小時……

殷榮華醫生：

是的。

何秀蘭議員：

……可以有30小時給你運用。但是，當時十分緊急，事情發生又迅速。

殷榮華醫生：

是的。

何秀蘭議員：

你有否想過要向你的上司求救，或如果你要求救的話，應該向誰提出求救，又有誰能幫助你呢——在當時？

殷榮華醫生：

其實人手方面，當然會向HCE匯報我們的人手，尤其是junior醫生等各方面非常不足，而護士方面的調配，也是……尤其是開始時，根本29日、30日、31日及4月1日這幾天，收症多到不得了，我亦有協助他們，除了與HCE外，我亦親自與九龍西聯網其他醫院的ICU Director商議過可否即場或在短時間內調配一些人手協助我們。

何秀蘭議員：

這是否通常的做法，即由你自己直接與其他聯網的ICU Director商議？本來正常的做法是否你在自己醫院內已經有一名上司可以幫助你呢？

殷榮華醫生：

其實最主要的安排是，會與瑪嘉烈醫院的麻醉科部門商量，但他們在調配人手方面並不可以即時調配，即在頭幾天。這個情況亦對HCE說過，亦知道她已很努力地幫忙尋找人手。但是，我亦不能只坐着而不積極的尋找，所以我自己本人亦有親自打電話

給其他的聯網醫院，譬如仁濟、明愛、廣華的ICU Director都有商議過。

何秀蘭議員：

但這些正常渠道，HCE努力協助你，你是理解的，但是有關的調配已遲了，你自己亦致電幾間醫院，看看有沒有人手可以調配過來，但是，這些人手調配，你是否覺得都是緩慢，都不是立刻可以做得到呢？

殷榮華醫生：

其實，即時也不是完全沒有effect，沒有效果，是有效果的。譬如仁濟，它的Director也帶了一些醫生過來，也是能協助得到的；當時，多一個人，真的是得到一個人的幫助，是嗎？當然，其實當我染病後，接着，一大隊人手便開始可以調配過來，情況便是這樣。

何秀蘭議員：

你是否知道為何一大隊人手調配到過來，要那麼晚才發生的原因呢？

殷榮華醫生：

這點我不知道。

何秀蘭議員：

主席，我也留意得到，殷醫生給我們的文書中，他回答第4條時，對不起，不是第4條；他回答第11條時，他提到“其實，由瑪嘉烈醫院作為一個接收醫院，已經是一個緊急計劃”，這個“was already a contingency plan”。這是回應我們瑪嘉烈醫院有沒有其他緊急計劃去處理一些看不到或預計不到的事件。其實，這個答案是否告知委員會，當時並沒有其他後備計劃呢？

殷榮華醫生：

當時？可以這樣說，瑪嘉烈醫院作為一個SARS的指定接收醫院，本身來說，我們已經覺得，當時的處理手法已經覺得是一個contingency plan。但事實上，真的突然在開始的幾天已經湧到來，

我們將contingency plan有所改動，便是將所有的東西盡量、盡快可以實現得到。

何秀蘭議員：

殷醫生，你作為一位病房前線的工作人員，再制訂這些後備緊急計劃時，請問你有否參與呢？

殷榮華醫生：

沒有了，根本沒有時間讓我們可以再制訂，根本上plan已經存在，我剛才已經說過，但是，病人已經開始不斷地湧進來，我們唯一只可以.....即當時的想法是，盡量將這個plan內所有的東西看看可否盡快完成。

何秀蘭議員：

但以你的理解，你的上司，譬如HCE，亦與其他甚麼人一起為這個忽然那麼急劇增加的需求而制訂緊急的應變計劃呢？

殷榮華醫生：

這點我則不太清楚了。

何秀蘭議員：

主席，我亦留意到，在答案第12提到在4月1日之後有第一個醫護人員被感染，接着便在這段的最後一句說：“There were further upgrading of facilities”。我想問殷醫生，可否向我們解釋，在這項設施進一步提升之前及之後又有何分別呢？

殷榮華醫生：

我想最主要是說，其實，在我染病後，根本上有大量生力軍到達，當時亦產生了另外一些問題，譬如staff room，原本我們的staff room根本是預算不會有那麼多人使用的，但突然多了那麼多後備的生力軍到來，以致原有的staff room已不足夠，因此，我們在這過程中，實際上在6日及7日已經將.....譬如staff room已經搬遷到1樓手術室，亦因為多了那麼多staff，洗手盆等各方面可能亦要再加裝，亦要看看changing room，因為那麼多人更衣，因此要將這個changing room的位置，因應當時的需要而改遷往lift

lobby，這些都是further upgrade那些facilities，是因應當時的環境而設立。

何秀蘭議員：

是否因應人手的增加，所以立即會設置這些設施，並不是保護衣物的規格……

殷榮華醫生：

這些都是的。其實還有一些facilities，譬如我們之前在接收指定為SARS，即3月29日之前，我們都希望加強病房內的通風，即抽氣扇，其實已經裝置了，但其實在我染病後，我也想一想，有甚麼可以再做而令同事可以減低感染的機會。會否是ventilation不足呢？所以我在7日真的很辛苦，但我在8日的情況，已經稍為好轉，我也盡量……當時真的可以靜靜地坐下來或躺下來想想，還有甚麼可以再做，當時，我亦已傳真fax給醫院，研究可否加大、再加裝病房內的抽氣扇，亦建議可否將病房內的病床更擺放疏一點，希望可以減低viral load。這些亦可以說，也是一些further upgrade那些facilities。

何秀蘭議員：

主席，剛才殷醫生說他4月7日有機會停下來，可以自己靜靜地思考，於是便想出一些進一步的設施改變，譬如病床增加距離；這些想法在4月7日之前是沒有時間可以想出來嗎？

殷榮華醫生：

當時並沒有時間思考，因為其實根本抽氣扇——提到抽氣扇——根本已裝置了。

何秀蘭議員：

都足夠。

殷榮華醫生：

但問題是希望再減低，因為也知道一些同事，譬如自己也“中了招”，也希望研究可否再減低，我也不希望同事會繼續“中招”，所以才會提出這些建議。

何秀蘭議員：

殷醫生是否知道，當你剛剛受感染而自己都需要住院時，頭幾天管理方面的工作，有否順利的轉移給其他人員？你有沒有被通知有關病房的管理工作現時會如何分配、由誰接替你，然後，你可以將手上處理的東西順利地交給他呢？

殷榮華醫生：

可以這樣說，我即時已經將一些我還未.....即在4月7日早上，我已經知道自己染上SARS後，我也只是一個人留在office，交回所有我未完成的工作給當時調進來的同事，即CMC —— 明愛的ICU Director，亦將一些.....當然戴着口罩，我亦告訴當時已經在瑪嘉烈醫院ICU幫忙的仁濟ICU Director，給他們做這些交接的工作。

何秀蘭議員：

主席，我已全部問完我的問題。

主席：

陳婉嫻議員。

陳婉嫻議員：

殷醫生，早晨。

殷榮華醫生：

早晨。

陳婉嫻議員：

你身體已經全部復原嗎？

殷榮華醫生：

還有一點點。

陳婉嫻議員：

是的，我覺得你的面色好像白了點。

殷榮華醫生：

是。

陳婉嫻議員：

要注意身體啊。我們的研訊有需要取得一些資料。

殷榮華醫生：

嗯。

陳婉嫻議員：

以總結有關SARS的問題。

殷榮華醫生：

嗯。

陳婉嫻議員：

我希望你明白我們。

殷榮華醫生：

行。

陳婉嫻議員：

對於你們，我們是很尊重的。

殷榮華醫生：

嗯。

陳婉嫻議員：

殷醫生，我剛才一直聽你說，我有一系列問題想提問。你本身擔任深切治療部部門主管。

殷榮華醫生：

是。

陳婉嫻議員：

但當瑪嘉烈成為指定SARS醫院時，你作為前線的一名主管並沒有被諮詢，我看你的陳述書說，你並沒有被諮詢，對嗎？

殷榮華醫生：

對。

陳婉嫻議員：

你覺得沒有被諮詢，有否感覺到不足夠呢？

殷榮華醫生：

我不知道，我會覺得這個決定是一個災難應變的計劃，因此，我亦理解到他們為何會那麼快便做這個決定。

陳婉嫻議員：

但你是一名很重要的ICU主管，他們沒有向你徵詢，例如問你人手是否足夠、人手的培訓是否足夠，這些我覺得他們應該要問一問你，但他們完全沒有問過你，你認為都可以接受嗎？

殷榮華醫生：

當時，大家都知道香港的社區，我是能夠理解的。

陳婉嫻議員：

即你能夠理解？

殷榮華醫生：

是的。

陳婉嫻議員：

如果他們曾向你徵詢，又是否會好一些呢？

殷榮華醫生：

如果問我，我當然會提出一些意見。

陳婉嫻議員：

嗯。此外，我剛才亦聽到你回答勞醫生問題時，你很強調，認為由於有個filter，所以空氣應該沒有問題。但勞醫生也認為，這些空氣仍然在病房內呼出，你覺得這點都不成問題？究竟這是你的經驗，還是你在後來得到證實是沒有問題呢？

殷榮華醫生：

我可以這樣說，這些空氣經過一個high efficiency的filter，根本上，即使有病毒，數量及各方面已經很低了。

陳婉嫻議員：

嗯。

殷榮華醫生：

其實我也要.....剛才我其實已說過，根本SARS這種病毒當時已經知道的，根本並不只是.....即空氣其實根本並不是一個最主要的傳播媒介。

陳婉嫻議員：

嗯。

殷榮華醫生：

當時醫管局的指引是，最主要是說SARS是一個droplet及經contact傳染，是嗎？

陳婉嫻議員：

嗯。

殷榮華醫生：

所以當時我自己個人覺得，病人排出來的排泄物所含SARS病毒的數量，才是最多、最決定性，是嗎？

陳婉嫻議員：

嗯。

殷榮華醫生：

Instead of已經經過一些filter所噴出來的空氣。再者，所有醫護人員進入病人的地方，一定要做，即穿着所有保護裝置。

陳婉嫻議員：

嗯。我剛才亦留意到你的回答，你剛才已回答我並說，實際上，有關的排泄物反而是最大問題。我亦看到你在陳述書說，你回答說：當時已作了一些準備的，包括一些更換衣服的地方也設了一些裝置。但如果按照你剛才所說，很明顯在工作準備會中，那些的所謂裝置，實在不足以應付突然有那麼多病人排出那麼多的排泄物的，會嗎？

殷榮華醫生：

在裝置方面，即那些裝備、譬如linen的供應、醫護人員的PPE等，我則完全聽不到有甚麼短缺的現象。

陳婉嫻議員：

嗯。

殷榮華醫生：

至於.....反而其實人手在開始的幾天來說，是相當緊張。

陳婉嫻議員：

嗯。

殷榮華醫生：

譬如可以這樣說，即使知道有一個病人已經排了排泄物出來.....

陳婉嫻議員：

嗯。

殷榮華醫生：

不是可以立即第一時間.....

陳婉嫻議員：

.....處理.....

殷榮華醫生：

.....處理。可能要處理完一個後，才接着處理第二個。因為當時淘大那羣病人的病狀，差不多有70%出現肚瀉的現象。你知道，所有ICU的病人，根本是躺在床上的。

陳婉嫻議員：

是。

殷榮華醫生：

那些東西便會放在床上。

陳婉嫻議員：

嗯。即這種情況，很明顯是人手問題，即你.....

殷榮華醫生：

人手是最主要。

陳婉嫻議員：

一個排出來，你們完成處理後，可能同時間有幾個病人已經排泄了出來，便沒有人手來處理，是否這樣呢？

殷榮華醫生：

也有這種現象，是的。

陳婉嫻議員：

與你們原來預計的人手，即在你的陳述書也說，你們有一批預計的人手，即28名醫生、200名護士，在你陳述書第5段說到的那部分。

殷榮華醫生：

嗯。

陳婉嫻議員：

後來，給你增加足夠的人手，即最後提供足夠人手的數字。但如果在這種編制下，人手是很明顯的不足夠，是嗎？

殷榮華醫生：

即是你說在……其實最不足夠應該在開始的幾天。

陳婉嫻議員：

是的，即你最初在29日接收到的，我主要是說，你原來的準備人手是不足以應付最初的高峰期，對嗎？

殷榮華醫生：

對。

陳婉嫻議員：

實際上，這樣的情況，當時你們做了一些……我先問一個問題是，實際上這個預計，你們以甚麼來預計人手的數字呢？

殷榮華醫生：

醫生方面，我們其實最主要是，我們有14張病床，有6名醫生。

陳婉嫻議員：

嗯。

殷榮華醫生：

我們當時就是這樣的一個很簡單proportion。

陳婉嫻議員：

嗯。

殷榮華醫生：

如果64，便需要28。

陳婉嫻議員：

嗯。

殷榮華醫生：

至於護士方面，當然亦有一個比例。

陳婉嫻議員：

嗯。

殷榮華醫生：

這個亦計入部門運作經理，即護士的head nurse work out出來。

陳婉嫻議員：

實在這樣的計算出來，有沒有參考威院的狀況計算出來，還是你們只從一般常識計算這樣的人手數字呢？

殷榮華醫生：

數字最主要是看我們預計會開多少病床，即人手最主要是看有多少ICU的病床而定的。

陳婉嫻議員：

嗯，但是沒有預計到病人大家都在肚瀉的.....

殷榮華醫生：

當時沒有預計.....

陳婉嫻議員：

正常的預計便不是SARS的預計，對不對？

殷榮華醫生：

這是.....譬如正常的一張病床，一張ICU病床通常大約的指標是4.2，即一張病床會有4.2個護士，這些是指標，照理根本應該大致上可以處理一些譬如肚瀉的問題。

陳婉嫻議員：

你說4.2，是同一時間4.2，還是分更制的4.2？

殷榮華醫生：

總之開多少……譬如開10張病床，便要42個nurse。

陳婉嫻議員：

嗯，即按照這樣計數。

殷榮華醫生：

是了，是了。

陳婉嫻議員：

就不是按照威院出現了災難性，即3月10日災難性的情況來計算。

殷榮華醫生：

沒有。

陳婉嫻議員：

沒有人告訴你？

殷榮華醫生：

沒有。

陳婉嫻議員：

亦沒有把威院的情況告訴你？

殷榮華醫生：

威院的情況，沒有。

陳婉嫻議員：

沒有，即你們只是從常理推斷人力資源，是嗎？

殷榮華醫生：

威院的數字，其實我們計算人手時，我們最主要考慮開多少ICU床，即最決定性是考慮開多少張床就開多少……

陳婉嫻議員：

……嗯，明白。我問題的中心是……

殷榮華醫生：

……當然，可能譬如瑪嘉烈的ICU接收了很多，譬如七成需要ICU，可能根本我們當時的planning最多只可接收64，如果再多一些的話，便可能要開另一個team，或到其他醫院。

陳婉嫻議員：

嗯。當計算人手時，你們有否作出幾手的準備？因為你們不是最早的一間醫院，前面已有一些醫院出現了一些頗災難性的事情，實在你們有否作出幾手準備？如果一開一收“唔掂”，會再加人手，有否這樣的想法呢？

殷榮華醫生：

其實如果真的提供充足的人手，即如果resources及其他equipment等各方面沒有問題，我相信問題是不大的，問題最主要是在頭幾天，我們已經接收了很多，這根本是out of我們原先的估計。

陳婉嫻議員：

殷醫生，你可否這樣總結這個問題，因為沒有這樣的經驗，估計不到最初會有這麼多人湧來，是否這樣呢？

殷榮華醫生：

是。

陳婉嫻議員：

你們有否把這情況馬上告知你的聯網或“上面”的人呢？

殷榮華醫生：

我相信他們.....我亦有說過我們的情況，即人手及各方面都很緊絀，我亦知道他們一直緊緊地看着瑪嘉烈醫院接收SARS病人的情況。

陳婉嫻議員：

嗯。我亦想問一問，有關你剛才說排泄物是一個最大的問題，實際在處理個人當中，我剛才說你告知“上面”，實在在這麼緊張的情況下，你們都是一批有經驗的醫生，你剛才回答勞醫生是這樣說的，面對着很多病人都在排泄時，當你們有經驗覺得這也是一個感染的機會時，實在就這個部分，你有否對你醫院的管理階層說需要增加人手？即在這個部分，好像一些健康服務員這類人，增加這些人，有否這樣提出呢？

殷榮華醫生：

有，有。

陳婉嫻議員：

有否立即提供給你呢？

殷榮華醫生：

也是調配.....開首的幾天.....

陳婉嫻議員：

即你病了後才有，是否這個意思？

殷榮華醫生：

是。

陳婉嫻議員：

你在29日接收，高峰期是4月1日.....

殷榮華醫生：

就護士而言，應該似乎是早在4月5日、6日已開始調進來。

陳婉嫻議員：

嗯，即是說沒有即時向你提供人手。

殷榮華醫生：

是，在調配方面，最初是有問題的，是很緊張的。

陳婉嫻議員：

另外，我剛才亦聽到你回答我們的同事時，說你覺得你們的filter起了作用。

殷榮華醫生：

是。

陳婉嫻議員：

你的PPE亦有保護作用，它們是足夠的，對不對？

殷榮華醫生：

是。

陳婉嫻議員：

不過我們收到一些意見，是瑪嘉烈的醫護工作者告訴我，他們說當時的人是很恐慌性，到處找個人裝護，有否這情況呢？

殷榮華醫生：

你是說ICU？

陳婉嫻議員：

當然是，ICU和其他都是，我是說恐慌性，有否這情況存在呢？

殷榮華醫生：

我看不見，因為在ICU來說，根據我一直所知，即我染病之前，我沒有聽說過PPE的供應有問題。

陳婉嫻議員：

沒有人投訴過？

殷榮華醫生：

我沒聽說過有問題。

陳婉嫻議員：

你是管方，沒有接過投訴？

殷榮華醫生：

我沒有接過。

陳婉嫻議員：

完全沒有投訴？

殷榮華醫生：

我沒有接過。

陳婉嫻議員：

OK，好，你剛才亦說由於有filter，再加上醫護工作者有足夠的PPE，應該是沒問題的，但是你也“中了招”，那麼你自己如何評估你自己也“中了招”呢？

殷榮華醫生：

其實你問我為何會“中招”，我亦不知道，你問我有否“做足”PPE，我是有做足的，有完全依照guideline，我剛才都說了，我自己估計最主要是與workload有關，我想大家可能都有經驗，即戴過N95，如果戴過N95的人都會知道是很氣悶的，戴着N95長時間在病房工作，我自己都不敢說100%在這8個鐘頭，in fact不止，在10個鐘頭內……

陳婉嫻議員：

不止，我計算過時間是很長。

殷榮華醫生：

會否曾觸動過N95呢？我也不敢一百之一百肯定，當然，我已一直自己提醒自己一定不可以觸摸N95，亦不可以做一些小動作，其實我是知道的，但是我也不敢100%肯定我自己沒有觸動過。

陳婉嫻議員：

你有戴眼罩的，是嗎？

殷榮華醫生：

有。

陳婉嫻議員：

嗯。

殷榮華醫生：

即眼的鏡片，即那些保護裝置是戴齊的。

陳婉嫻議員：

戴齊。我最後有一個問題想問一問，你剛才提及你的工作時間，我便立即想起一個問題，因為我當時被人警告，因為我當時天天都到醫院，因為當時我病了，我入院進行我的康復過程，政府呼籲我們要有充分的休息，有合理的運動，很明顯，你們是沒有休息，這是否等於打仗的前線戰士沒有子彈呢？

殷榮華醫生：

可以這樣說，我也知道你剛才說的話很對，所以我在安排人手方面，我也盡量讓員工——我的同事——有休息的機會，我希望我自己其實能夠捱得到，但是因為我想當時我亦很希望盡自己的辦法，即盡自己的能力，做到多少便多少，因為當時的人手很緊張，而我自己是一個醫生，亦可以幫忙，我覺得自己在當時來說，我是責無旁貸，亦是我自己的責任。

陳婉嫻議員：

對於一班這麼勇敢的人，我們很敬佩，不過都要有科學，等於打仗沒有子彈，很淒涼，所以我便說是否基於沒有人手，你和

你的整個team都被迫這麼長時間工作呢？這會否亦導致瑪嘉烈有六十幾，我沒有看錯的話，應有很大數字的醫務工作者——62名的醫務工作者感染呢？這會否是一個主因呢？

殷榮華醫生：

我相信這是一個原因，因為員工當時是很大stress，我絕對同意。

陳婉嫻議員：

嗯，多謝你。

主席：

我不知是否最後一位議員，有否其他議員想發問？麥國風議員，你會用多少時間？

麥國風議員：

10分或者8分鐘吧。

主席：

那你盡量爭取時間。

麥國風議員：

OK。殷醫生，我想看一看你證人陳述書的第2頁回答我們的第4條答案，你說“Crash courses were arranged for the newly deployed staff”，這些deployed staff，我估計很多是沒有ICU經驗的同事，這些crash courses，你剛才回答陳國強議員時，似乎是說向ICU的專科護士提供1天的課程，是否便是指這些所謂“crash courses”？

殷榮華醫生：

詳細是的，我應該是指這些，一天……

麥國風議員：

一天的。

殷榮華醫生：

即before他們真的進入病房前。

麥國風議員：

一天的濃縮課程，這濃縮課程教了甚麼？

殷榮華醫生：

應該是關於.....以我所知，即詳細我不大清楚，但是我知道一定是有cover，即有包括感染控制，以及ICU，尤其是呼吸機的護理。

麥國風議員：

嗯。

殷榮華醫生：

至於其他的，我便不大清楚。

麥國風議員：

這種一天的課程，尤其是主要沒有深切治療部工作經驗的同事，你認為是否適合.....

殷榮華醫生：

當然，最好給他們一個full course和一張cert，這是最好的，亦最好在開始進去工作的數個星期一直有人帶領和指引，但是我們都要考慮到當時的情況是不容許我們做到這點，所以每個newly deployed經過一天的crash course，接着到病房，據我所知，會有一些有經驗的ICU同事帶領着他們的。

麥國風議員：

嗯，這可否如陳婉嫻議員剛才所說，上戰場沒有子彈，只是一天而已，雖然你剛才的統計數字是，你說有幾個同事.....讓我看，如果說護士，有12個護士感染了SARS，有3個是沒有ICU經驗，有5個是有的。

殷榮華醫生：

嗯，嗯。

麥國風議員：

你覺得這會否導致他們感染的機會高了？因為沒有足夠的培訓，你剛才說最好是很長，有一張證書，正常應要這樣做。

殷榮華醫生：

但是如果由員工感染的數目來看，根本沒有ICU經驗的是屬於少數，32個中有3個，是嗎？即大多數其實是有經驗的，有經驗的都染上SARS，我亦很難pinpoint沒有經驗的便特別多SARS。

麥國風議員：

OK，接着請證人看一看H18文件，文件是“Report on designation of PMH as SARS Hospital”，是由醫管局作出的報告，有了，殷醫生，請你翻到第17段，“Staff Infection”的一段，中間部分“With gradual stabilization of ICU’s management structure, effective infection control measures as well as arrangements by HAHO to decrease the number of ICU patients in PMH, staff infection rate dropped.”，其實我想主要瞭解這個叫“effective infection control measures”，你怎樣評論呢？因為如這句所說，即是說穩定了ICU的管理架構及有效的感染控制的措施，加上醫管局總部把ICU病人調走了，那職員的感染率便下降了，我其實想瞭解你對於“effective infection control measures”這東西怎樣判斷。

殷榮華醫生：

我自己重看這份報告，我沒有份撰寫，但是我自己回看ICU由疫症開始，在我們來說，infection control measures是完全依照HA的指引，亦積極地令員工可以跟得上。

麥國風議員：

OK，即你認為當時是做得好的，是嗎？

殷榮華醫生：

是的。

麥國風議員：

即最少是在你感染之前.....

殷榮華醫生：

至於做得好的意思，我也有些補充，infection control的其中一點，當然亦要提醒同事不要摩擦或觸動mask，即不要觸摸這些，但問題是，我想也要提出，員工這麼長時間在一個工作環境，在這麼大的stress中，是否真的可以完全在上班的8個鐘頭內一點也不觸動，完全遵照指示，這點我便不能擔保，但是至於在措施和PPE的供應等各方面，我覺得在我們可以做得到的範圍內已做齊。

麥國風議員：

請翻看你自己的證人陳述書的第12個答案，最後一段你說“The staff were further reminded to observe all the infection control measures. There were further upgrading of facilities.”，這與你剛才說做齊措施，這是甚麼意思？繼續提點他們.....

殷榮華醫生：

是了，因為其實大家都知道PPE已經完全遵照，亦已做足，但問題是仍有同事染病，那麼唯一可以估計的，可能是同事未必或不小心觸動了mask，當時，我們已叫他們一定要盡量依照感染措施和建議，多洗手，當時只可以這樣做，further remind的意思便是這個意思。

麥國風議員：

你當時remind了他們甚麼呢？是否多數都是叫他們不要觸摸口罩.....

殷榮華醫生：

口罩，盡量一觸摸了，便洗手。

麥國風議員：

你有否印象當時你講了那幾項所謂提點、忠告呢？

殷榮華醫生：

最重要的是進去便要穿齊，即戴齊所有的PPE，出來之前立即脫下，即從病人的cubicle出來，便一定要完全脫下gown、glove和洗手，在摘下mask方面要小心，因為摘下時亦可以感染到手，摘下後，便一定要洗手。

麥國風議員：

嗯，我們上星期有位證人是你們醫院的感染控制主任伍醫生……

殷榮華醫生：

伍醫生。

麥國風議員：

他說在你們的深切治療部有感染後，他沒有上來提供任何意見，但是找了一些感染控制護士上去幫忙，其實你當時有否請伍醫生上去呢？

殷榮華醫生：

當時，我最主要的一點要make sure的，便是在29日之前，我們定下了一系列的措施，要先讓感染控制的team看過，他們認為沒有問題，我們才可以開始。至於他們由誰來看，即派誰來看，我們沒有考究。

麥國風議員：

嗯。

殷榮華醫生：

總之，我知道他們approve了，即覺得沒有問題。

麥國風議員：

不是，我是說由第一名同事感染開始，即4月1日開始，你印象中是否應該伍醫生沒有上過去，但是……

殷榮華醫生：

.....應該沒有。

麥國風議員：

是了。

殷榮華醫生：

沒有聽說過，是的。

麥國風議員：

我想問你，你有否曾經找伍醫生幫忙或看看.....

殷榮華醫生：

沒有。

麥國風議員：

.....就感染控制措施方面，給予一些專業意見？

殷榮華醫生：

我所知道的，其實我沒有直接找伍醫生，但我知道他們一直有來我們的病房，可能是他的同事或者醫生.....

麥國風議員：

即那些ICNs，是嗎？

殷榮華醫生：

.....那我就不知道，但總之他們一定有來過。

麥國風議員：

哦，他們曾經到來。他們有沒有給予一些特別.....

殷榮華醫生：

但是否伍醫生本人呢？那我就.....應該.....

麥國風議員：

伍醫生表示沒有……

殷榮華醫生：

是嗎？那麼……

麥國風議員：

……他表示派了一些ICNs，即感染控制護士。但他們最終有沒有給予你們一些專業意見？例如那些ICNs，有沒有就感染控制方面給予你們一些專業意見？因為你剛才提到，提醒同事不要觸摸口罩，其他還有很多關於可能令自己受感染機會的小動作，或者一些措施做得不太好。他們有沒有給你們一些專業意見？

殷榮華醫生：

專業意見方面，我想最主要都是提醒我們要完全做足所有PPE，但其實在5日，即4月5日左右，已經開始有新的護士deploy進來。我亦開始發覺staff room、changing room等可能未必足夠，所以我們亦曾跟他們商量，可能需要將我們的staff room、changing area改變，這亦是跟ICN、ICT的team聯絡。

麥國風議員：

你剛才跟我們幾位同事說過，很多病人腹瀉，很多有diarrhoea，對嗎？腹瀉當然會弄污床單等，你其實何時開始察覺他們的情況與你初期所想的有所不同，即有腹瀉的情況？何時開始的？

殷榮華醫生：

你現在問我exact date……

麥國風議員：

大概呢？

殷榮華醫生：

大概的時間，我想是開始的幾天。

麥國風議員：

即是29日？

殷榮華醫生：

29日左右。

麥國風議員：

29日，即大約4月初。

殷榮華醫生：

Around那段時間。

麥國風議員：

那些.....

殷榮華醫生：

情況頗為不同，與威爾斯的浪潮和淘大的浪潮頗為不同。

麥國風議員：

那些床單的處理，你覺得當時做得好不好？即是主要弄污了床單。

殷榮華醫生：

這方面我就不清楚，但我知道同事按照醫院的指引去做。

麥國風議員：

OK。請你看一看H6(C)，SARS Roundup Meeting的minutes。

殷榮華醫生：

H6.....可以了。

麥國風議員：

請你翻到4月4日.....080580。

殷榮華醫生：

請等一等，還未找到。哦，這裏。

麥國風議員：

SARS Roundup Meeting，4月4日，serial number 080580。在第5點 —— 5d，“d” for dog，那裏載述，“To look into waste handling in PMH”。4月4日才提出似乎waste handling有問題，我不知那些是否屬於waste handling，即弄污床單，我不知你對這方面有何評價？

殷榮華醫生：

這方面我不清楚。

麥國風議員：

你不清楚？好的，沒問題，或者我稍後問問趙醫生。

在你的證人陳述書最後一段，你表示你入院之後，“I made some suggestions in the first few days of my hospitalization when my condition was still stable”。可不可以告訴我，當時 —— 在頭幾天，就ICU日後的運作，你給了甚麼建議？

殷榮華醫生：

其實剛才我也說過了，我在7日病倒，大概在8日或9日，那時候已經退燒，我開始比較清醒，可以思考，亦可坐下來慢慢再想一想還有甚麼可以改進。那時候，我make了一個suggestion，就是在病房內再多加一些抽氣扇，以及減低ICU的病床數目。

麥國風議員：

甚麼？減少，是嗎？

殷榮華醫生：

減低，譬如一個cubicle原本容納6個病人，我們要減至4個。

麥國風議員：

有沒有提到人手方面？有沒有向醫院或Dr BUCKLEY提出關於人手方面的建議？

殷榮華醫生：

Dr BUCKLEY.....人手方面，其實before我病倒，一直也有inform他。In fact，所有.....我亦知道，4月6日有兩個同事——兩個醫生病倒，我亦有告訴他，打電話告訴他，當天是星期日，亦有即場告訴他我們的人手問題，希望他再關注這個問題，所以我的further suggestion，我最主要是提出一些.....看看可否.....怎樣減低viral load的措施。我的意思是，那時候我把我再可以想得到的提出來而已。

麥國風議員：

是口頭還是寫下來？有沒有以書面把建議寫給對方？

殷榮華醫生：

我利用fax。

麥國風議員：

哦，fax給有關人士。你給了誰人呢？後來我再看看，你應該不是給Dr Tom的，應該給了其他人，是嗎？你給了誰？

殷榮華醫生：

應該是Dr CHIU。

麥國風議員：

給了你們的醫院行政總監，是嗎？

殷榮華醫生：

是。

麥國風議員：

其實你現在手上有沒有那份建議書？

殷榮華醫生：

沒有。

麥國風議員：

沒有了，是嗎？

殷榮華醫生：

那是在病房裏的東西。

麥國風議員：

即沒有那份建議書了？

殷榮華醫生：

那份……我自己並沒有keep。

麥國風議員：

你剛才提到那份傳真。

殷榮華醫生：

傳真？對，對。

麥國風議員：

現在沒有“留底”？

殷榮華醫生：

沒有，我自己沒有“留底”。

麥國風議員：

肯定沒有“留底”？

殷榮華醫生：

因為之後我曾轉院，這些在病房裏的東西，我沒有“留底”。

麥國風議員：

你有沒有印象你的建議有否實踐？所指當然是改善建議，之後……

殷榮華醫生：

有加裝抽氣扇。

麥國風議員：

那麼其他呢？減少病床呢？

殷榮華醫生：

減少病床方面，接着亦有做到。即6張減至.....

麥國風議員：

那麼人手呢？

殷榮華醫生：

人手方面，我沒有提出.....

麥國風議員：

哦，即是你沒有提出增加人手.....

殷榮華醫生：

病倒的時候，我沒有提到人手方面。

麥國風議員：

即是沒有提出增加人手？

殷榮華醫生：

嗯，嗯。

麥國風議員：

那麼你覺得當時的人手.....你曾向我們多位同事表示，人手十分緊張，是嗎？當你病倒的時候，你覺得人手.....

殷榮華醫生：

他們知道的。

麥國風議員：

.....不緊張嗎？

殷榮華醫生：

人手緊張，其實每個人都知道，我相信他們都知道。

麥國風議員：

哦，你相信他們都知道，所以無需再提出，是嗎？當你病倒的時候，你覺得與你認為合理的指標相差多遠？護士方面，我想主要說說兩批人員，護士和醫生，與你.....大概相差.....

殷榮華醫生：

即事後.....

麥國風議員：

讓我舉例，是否只有一半或四分之三？

殷榮華醫生：

事後我知道，其後增加了很多人手，即是真的來到那裏，找到一些人進來工作。至於我病倒那天，仍是未必.....

麥國風議員：

相差多遠？可否告訴我們大概相差多遠？

殷榮華醫生：

因為我病倒那天，接着明愛醫院的張敬安醫生和另外一個醫生過來幫忙。那天還有沒有找到其他人？我offhand就沒有.....

麥國風議員：

可不可以告訴我們相差多遠？你認為相差多遠？可以是兩方面，一是說出數目；一是說出百分比。你認為相差多遠？你能夠說出嗎？

殷榮華醫生：

我想如果有多.....譬如在7日.....在6日我還未病倒之前，就醫生來說，如果能夠多幾個醫生，例如3、4個，其實對於運作方面.....當時來說，每一個醫生.....如果能夠多得到.....已經非常.....對於紓緩當時的情況，已經有很大差別。但我知道，他們在我病倒之後，接着的數天才找到人幫忙。那時候.....

麥國風議員：

那麼護士呢？在你病倒當日，護士又相差多遠？

殷榮華醫生：

護士方面，我現在.....其後我都知道，in fact在5、6日，即清明節和接着的星期日，來了一批護士。當然不是ideal，但對於紓緩情況，我相信是有幫助。

麥國風議員：

但你還是不肯告訴我們相差多遠。醫生方面，你說相差3、4.....數個吧。那麼護士呢？

殷榮華醫生：

醫生方面，我想最起碼要多幾個.....

麥國風議員：

起碼相差數個，應該是這樣吧。那麼護士又相差多少個呢？

殷榮華醫生：

我想offhand我就無法回答.....

麥國風議員：

大概吧，你也不肯說嗎？

殷榮華醫生：

大概數字，我都要.....我不.....或者讓我看一看.....

主席：

我們等待證人看看資料的時候，麥議員，你的10分鐘已經變了20分鐘。

麥國風議員：

完了，完了。

主席：

請你爭取時間，好嗎？

麥國風議員：

快要問完了，還有兩、三條問題。

主席：

麥議員，真的不好意思，因為我們進行研訊，也應該較為人道一點，證人已經坐在這裏兩個多小時。我詢問你的時候，你說10分鐘，我當時是希望從人道方面作出考慮，即需否休息一會，如果你再需要多10分鐘……

麥國風議員：

不，不，我想再多兩至三分鐘便可以了。我只需再問一條問題以作澄清。讓他先回答我這個問題，究竟他是否肯說出當時護士人手大概相差多遠？

殷榮華醫生：

因為那時候，我知道人手方面，情況最差的時候，那個ratio與當時實際已經開設的病床相比，大概是3點幾percent……3點幾，即一個護士對……

麥國風議員：

3點幾？

殷榮華醫生：

一個病人……一張床有3點幾個護士。

麥國風議員：

即是與4.2相差很遠，最少相差一個。

殷榮華醫生：

是，是。

麥國風議員：

如果64張病床，那麼便相差64.....

殷榮華醫生：

不，不，那時候even不是採用64來計算，是以當時實質上開了多少張病床來計算。

麥國風議員：

當時開了多少張病床？

殷榮華醫生：

那時候的數字.....

麥國風議員：

當時開了多少張病床？

殷榮華醫生：

在那.....

麥國風議員：

你還未病倒之前，當時開了多少張病床？

殷榮華醫生：

在4月6日的時候，已經差不多達到最頂峰，43.....

麥國風議員：

43，即最少相差大約40個護士。如果根據你那個.....

殷榮華醫生：

但到了4月5日、6日，那個ratio已經接近4。

麥國風議員：

接近4，但還是相差很多，可以這樣說，是嗎？OK。我主要多問一條問題，又是關於H6(C)，也是SARS Roundup Meeting，4月1日，number是080577。4月1日的.....

殷榮華醫生：

請等一等。

麥國風議員：

.....SARS Roundup Meeting的第1點 —— 1c，“c” for cat。

殷榮華醫生：

請等一等。我不知你在說哪一份。

麥國風議員：

H.....其實就是剛才你曾看過的那份文件，關於to handling waste的那份文件，不過.....

殷榮華醫生：

就是那一份嗎？

麥國風議員：

嗯。不過現在是看看4月1日的，080577，第1點 —— 1c。我想證實一下，為何當時曾提到“To arrange for 100 ICU beds in PMH”？但根據你們的計劃，其實也只是64張。你知不知道為何有這個分別？

殷榮華醫生：

實質上，我不知道為何Dr CHIU會安排100張，但據我估計，這不單是計算我們64張adult —— 即成人的ICU，還包括兒科，即paediatric ICU，也可能還有其他的，譬如如果我們ICU的64張病床

真的住滿的話，可能會再加開譬如CCU、Neuro裏面的HDU等，加起來可能.....

麥國風議員：

可能有100張，但我.....

殷榮華醫生：

關於這方面的詳細情況，我想你可能要問問趙醫生。

麥國風議員：

無所謂，其實我只是想清楚瞭解箇中的分別。我還有一個問題，主席。

剛才你回答何秀蘭議員時，你表示很害怕。當時你害怕甚麼呢？

殷榮華醫生：

我想大家都有同一個感覺，當時我們對這個病毒的認識不深，尤其是開始的時候。當然，我們知道它的名稱，知道是冠狀病毒，但它exactly的傳播途徑，可以說到現時還未真正清楚，而且它可以致命。我想大多數人在那個情況下，亦會感到害怕。

麥國風議員：

不，我想知道你害怕甚麼？害怕生命受到威脅，還是害怕服務會崩潰，或者害怕.....

殷榮華醫生：

包括各方面。

麥國風議員：

包括各方面。讓我告訴你，當時我亦很害怕，現在回看，仍然很害怕。多謝主席。

主席：

各位委員，如果沒有問題，我們很多謝殷醫生今天出席研訊。如果我們日後有需要的話，可能會再找你幫忙。各位委員，我們

休息10分鐘。我們會告知第三位證人，下午才需要到這裏來，因為上午也未必可以完成第二位證人。我們休息10分鐘，11時25分回來。

(研訊於上午11時15分暫停)

(研訊於上午11時26分恢復進行)

主席：

下一位證人是瑪嘉烈醫院深切治療部部門主管，即暫代剛才那位殷醫生的Dr Tom BUCKLEY。

Dr Tom BUCKLEY, thank you for attending today's hearing. The Select Committee has called upon you to appear before the Committee today to give evidence and present the witness statement. The Committee has decided that the witness should testify on oath. I, in the capacity of the Chairman of the Select Committee, now administer the oath to you. You may choose to take an oath by putting your hand on the Bible or make an affirmation. Would you please stand up and take the oath by saying the words of the oath placed in front of you.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY, Chief of Service, Intensive Care Unit, Princess Margaret Hospital:

I, BUCKLEY Thomas Anthony, solemnly and sincerely and truly declare and affirm that the evidence I shall give shall be the truth, the whole truth and nothing but the truth.

Chairman:

Thank you. Dr BUCKLEY, you have provided your witness statement to the Clerk to the Select Committee. Now, are you going to formally produce the witness statement to the Select Committee as evidence?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes, I would like to formally produce that.

Chairman:

Thank you. Your statement will be made available to members of the public and the press attending the hearing today for the purpose of assisting them to follow the proceedings of the Committee. In order to protect privacy and for

other legal reasons, some part of the contents of the statement has been blacked out. Do you have anything to add to your statement at this point of time?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I would like to apologise for two mistakes that I have made. The first one is to do with the date, 19th of March 2004 should read as.....

Chairman:

Excuse me, can you point out which part of the answer?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Sorry, it's on the first page.

Chairman:

OK, date of the letter.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

My apologies and the last, the second mistake I can actually deal with when I present my evidence. It's just a typing error.

Chairman:

OK. Thank you. Dr BUCKLEY, in response to the request of the Select Committee you have also provided to the Committee information on your professional qualification and experience. Now, will you confirm the information to be accurate?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes, I confirm that.

Chairman:

Thank you. First of all, may I pose a question to you first. Dr BUCKLEY, you are deployed to the Princess Margaret Hospital from outside the cluster. Can you tell the Committee when did you know about this arrangement? Is this a normal arrangement?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

No, it's not a normal arrangement at all. I was asked the day before I went which was.....I think I was asked on the 9th of April if I would be prepared to go.....

Chairman:

The next day?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes.

Chairman:

And you arrived at PMH on the 10th?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes, I was asked to go immediately.

Chairman:

But you.....

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I needed to discuss the situation with my family.

Chairman:

OK.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

And make arrangements.

Chairman:

So you had to consult your family?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes.

Chairman:

OK. Thanks. So I pass the questions to the Committee Members, Dr LO first.

Dr Hon LO Wing-lok:

Thank you, Chairman. Dr BUCKLEY, we've met.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes.

Dr Hon LO Wing-lok:

On the 15th of March and on the 16th of March. I can recognize your eyes but I have never been able to see your full face because you were on mask. Please let the Committee know how long have you been a doctor?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I qualified in 1980 from the Otago University in New Zealand.

Dr Hon LO Wing-lok:

So, 24 years?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes.

Dr Hon LO Wing-lok:

And you have been a Consultant Intensivist since 1991.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I have been a Consultant since about 1994, 1995. I was a Senior Medical Officer prior to becoming a Consultant.

Dr Hon LO Wing-lok:

Yes. And you have also been a Member of the Core Planning Team for North District Hospital, Tseung Kwan O Hospital and Pok Oi Hospital.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

That's correct.

Dr Hon LO Wing-lok:

So tell me a little about the work as a Member of Core Planning Team for those hospitals.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I was basically involved in helping to design the Intensive Care Units that were going to be appropriate for these particular hospitals, bearing in mind the caseload that will be presented to the Intensive Care Units.

Dr Hon LO Wing-lok:

So you are not only involved in patient care, you are also involved in planning.....

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

That's correct.

Dr Hon LO Wing-lok:

.....in at least three hospitals in Hong Kong. Do you consider yourself among one of the most experienced intensivists in Hong Kong?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes.

Dr Hon LO Wing-lok:

OK. Now, I have gone through your statement very, very carefully. Now, on the first page of your letter dated the 19th of March, you stated that "It seemed illogical that PMH could be requested to admit up to 1000 cases." Can you explain that statement to the Committee?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, basically, when this was announced to the Prince of Wales Hospital, bearing in mind that at that stage, there had been 200 cases at the Prince of Wales Hospital and that the Prince of Wales Hospital as it is seen had been brought to its knees. It was generally greeted with disbelief that another hospital, any hospital in Hong Kong, could be asked to take 1000 cases.

Dr Hon LO Wing-lok:

OK. You also commented that 100 ICU beds would not be enough. Now, you have also stated that your “next response was disbelief that the Hospital Authority (HA) could find enough experienced ICU staff to care for critically ill patients.” Can you also explain that statement to the Committee?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

There are basically two statements there based on the cohort, the expected cohort of 1000 cases. It was generally felt that at the Prince of Wales Hospital, and this has been documented in the minutes from the Prince of Wales Hospital, 20 percent of cases required admission to the Intensive Care Unit and that 100 beds would not be enough to cater for that number of patients. The second response in terms of disbelief that the Hospital Authority could find enough experienced ICU staff. There is a shortage of nursing staff in the Intensive Care Unit. Experience takes years to accumulate. It’s not something that can be developed over a very short period and where the Hospital Authority was going to find these staff, apart from other Intensive Care Units around Hong Kong, was treated with disbelief.

Dr Hon LO Wing-lok:

Well, is it still your opinion that designating PMH as a SARS hospital admitting 1000 patients at that particular stage of time is impossible to implement?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I felt at the time that with 1000 cases, the PMH or any hospital in Hong Kong was going to be overwhelmed by the sheer numbers and that was based on my experience at the Prince of Wales Hospital where in the Intensive Care Unit, there had been enormous pressure placed on our limited resources in terms of the number of ICU beds that we had and our potential to expand beyond the 22 beds which was normally at the Prince of Wales Hospital. And at the Prince of Wales Hospital, we had spent an enormous amount of time in the Anaesthesia and Intensive Care Department discussing how far we could expand the 22 beds and yet maintain a suitable standard of care for patients.

Dr Hon LO Wing-lok:

Would you consider designating PMH a 1000-patient SARS hospital at that particular stage a dangerous decision?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I don't know if I would call it a dangerous decision. I think it was a decision that was made without thought to the consequences and where a lowest common denominator was going to be in terms of the major impact on resources. And I think the decision was made without due regard to the number of intensive care beds that would be needed.

Dr Hon LO Wing-lok:

OK. Now, it is a difficult decision to make and it was a very difficult time. Now, with hindsight, do you think that there are other options that the Hospital Authority and the government can take at that particular stage without designating PMH a 1000-patient SARS hospital?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, I think, in hindsight and hindsight's all very well, but in hindsight, I think the contingency plans that have been developed now where the load is spread throughout the clusters within Hong Kong is a suitable approach.

Dr Hon LO Wing-lok:

And that could also be the approach at that particular stage of time?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, I can't answer that in particular because I am not part of the Hospital Authority Board. At the time, there was a major influx of cases. From my own personal records, there were 40 to 50 cases per day of SARS presenting to hospitals and the plan that needed to be made was obviously. There must have been considerable amount of discussion but obviously, I am not a party to those discussions.

Dr Hon LO Wing-lok:

But if I put it to you now, instead of designating one hospital as SARS hospital admitting all the patients, they could have instead designated two, three hospitals, each admitting for example 300 patients. Would that be a more workable proposal?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, at the time that PWH was enveloped by SARS, I made one comment at the HMC meeting that the Hospital Authority needed to be thinking about the second hospital and then the third hospital but at that stage, I had given no

thought to how many patients should obviously be admitted to any one hospital. I just thought that the Hospital Authority should have been more pro-active and a contingency plan going beyond the second hospital.

Dr Hon LO Wing-lok:

But spreading patients to two, three hospitals is a much more preferable option than this particular plan of designating PMH as 1000-patient hospital.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes, I mean I even commented that perhaps PWH could be re-opened to admit SARS patients.

Dr Hon LO Wing-lok:

Earlier?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes.

Dr Hon LO Wing-lok:

OK. Good. Now, on the second page of your letter, you have given a very detailed account on the why PMH ICU couldn't possibly be expanded to a 60-bed ICU within such a short period of time. You have given the reasons of medical staff level, nursing manpower and deployment from other areas, training. Can you tell the Committee how long would it take to train, say, a doctor to become, say, reasonably independent in taking care of critical patients?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

It depends at what stage of the training the doctor is. The more junior the doctor, the longer they would require. Specialists, on the other hand, require six years of training and within that six years, two years will have been spent entirely with an Intensive Care Unit. At a more junior level, the Medical Officer level, the Hong Kong College of Physicians, the Hong Kong College of Anaesthesiologists rotate doctors from their respective specialties through the Intensive Care Unit, the minimum would be three months. Obviously, when we actually start training and I can only talk within the authority of the Hong Kong College of Anaesthesiologists, the trainees usually come after they have had one to two years' experience as a Medical Officer in Anaesthesia. They have passed the primary exam in anaesthesia and they have sufficient skills with regards to airway management and resuscitation from the operating theatre before they actually come to the ICU, so they are generally quite experienced.

For even less experienced Medical Officers, I would think that probably six months would be required but it very much depends on the individual.

Dr Hon LO Wing-lok:

So you have mentioned the three months minimal requirement. How many doctors altogether in HA were with those minimal three months of experience in ICU care at that particular time?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I'm sorry I don't know that, I don't know the answer to that.

Dr Hon LO Wing-lok:

Well, now, take the example of the hospital that you are very familiar with, the PWH, how many doctors there were with this kind of basic three months' training?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, the approximate figure will be 30 Medical Officers from Anaesthesia because they all at some stage during their time at PWH would rotate through the Intensive Care Unit and having rotated through the Intensive Care Unit, these doctors will then come back to the Intensive Care Unit to help out with the night call. So they became very, very familiar with the routines, the procedures within the ICU.

Dr Hon LO Wing-lok:

Yes. How many doctors with this level of experience are required, say, to keep a minimal acceptable standard in the proposed 64-bed ICU of PMH?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, I felt that, when I arrived, there were probably going to have to be 20, at least 20 Medical Officers. So there would be five per ward and that was still our time to work in the Intensive Care Unit. But also because of the requirements for PPE and the emotions and the stress involved, I felt that was going to allow adequate rest time. So five per ward and there were potentially going to be four wards.

Dr Hon LO Wing-lok:

At least 20?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes.

Dr Hon LO Wing-lok:

How many were there at the PMH at the time when you arrived?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

From recollection, there were nine to 10 Medical Officers at a junior level and that quickly grew to about 15 or 16, and that was to cover the three wards. And the fourth ward, as you are probably aware, did not open.

Dr Hon LO Wing-lok:

But these doctors, do they have this minimal three months' training you described just now?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

No, I acutely remember three doctors coming from the A&E Department or ME Specialty, Emergency Medicine. They had no ICU experience. One of the specialists who had come with me from PWH on a day-by-day basis, I delegated that person to care for these three doctors and each of these doctors, over the period of two to three weeks, became very adept at looking after SARS patients.

Dr Hon LO Wing-lok:

Well, has that affected the quality of ICU care at that particular time?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I think in terms of the quality of ICU care, it can be looked at from different factors. There are both the nursing factors and also the medical factors and while I think there was a deterioration in the standard of care, many of the factors were not of a high priority, for example, the turning of patients by nurses. We try to do it every two to three hours, the patients might not have been turned every two to three hours. They might have been, I mean, they were turned, they might not have been maintained at the turned position. The Medical Officers, as an example, the sedative requirements for patients vary and the amount of sedation given to any one patient on a ventilator, they might have had too much or they might not have had enough. So in those minor aspects, yes, quality did suffer.

Dr Hon LO Wing-lok:

Now, you have commented just now on the nurses. Now, what in your opinion is the minimal acceptable training for an ICU nurse, for a nurse working in the ICU?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

The Hospital Authority runs an IUNS course which is of six months' duration and I think that's probably a satisfactory level of training before embarking on a career in the Intensive Care Unit. The experience that is gained over the next two to three years will really determine how good an ICU nurse is going to be. So I would think that with six months' basic training and then two to three years' exposure to critically-ill patients, you actually have a very good ICU nurse and I firmly believe that ICU nurses are the backbone of the Intensive Care Unit.

Dr Hon LO Wing-lok:

So at that particular time, how many nurses of the PMH ICU did have this six months' basic training?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

When I arrived at PMH, there were very few nurses who had the appropriate level of training. They embarked on a two-day course, a crash course for all nurses, and that started on the 11th of April. And many of the nurses, I mean there were 20 on the first course, there were another 15 nurses on the second course and there were three courses basically in the first 10 days after I arrived and after that, it became a weekly process so they had a two-day crash course to introduce them to the Intensive Care Unit.

Dr Hon LO Wing-lok:

Oh, I'm sure that everybody here will agree that a two-day course cannot replace, substitute a six-month course. Can you tell us what was taught during that two-day course?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I had many priorities at that time and basically, I left this up to the nursing staff. I was informed that there was a crash course and that it was basically teaching the basics, basic nursing care that was going to be required in the Intensive Care Unit and at the same time, on the medical side, I introduced minimal or basic organ support protocols, targets for the doctors to aim at, in terms of blood pressure, urine output, gas exchange. These are the targets we

are trying to achieve and in terms of the nursing course, I understand that was very much along the same lines.

Dr Hon LO Wing-lok:

In your opinion, is the lack of training of nurses a very important factor contributing to the high infection rate of nurses in the ICU?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, the lack of training as an ICU nurse or the lack of training with PPE or infection control?

Dr Hon LO Wing-lok:

Lack of training as an ICU nurse and also, yes, I would like you to answer the second part.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

The amount of infection that occurred within the ICU over and above SARS was quite high. There were positive blood cultures in many, many patients. There was a high incidence, probably 80 percent of the patients developed some form of nasolacrimal pneumonia. Now, the impact of a lack of ICU nurses on that is very hard to gauge because there are many, many factors involved in determining whether or not a patient develops a nasolacrimal infection. It could have been the proximity of the patients to one another and I detail in my report one instance where in a relatively small confined area which was the standard size of the cubicle within the PMH ICU, there were six patients and I decreased that to four. The purpose of doing that was to try and minimize cross-infection. We also have to take into account the effect of steroids. One of the side effects of steroids is a higher incidence of infection and how one determines or quantifies the experience or the lack of experience of the ICU nurses in terms of the greater or higher infection rate within the ICU is very difficult to gauge.

Dr Hon LO Wing-lok:

Now, let us turn to your statement page 10, your answer to our question number 5. In that, you stated when you arrived at the PMH, you noted a number of factors which you felt need to be changed and you listed the “Structural Factors” as number 1 and number 2 “Patient Factors”. Now, as to “Patient Factors”, you stated that “Several ventilators did not have high efficiency viral filters in place.” Can you explain that to the Committee?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, one of the things we learnt in the ICU at the PWH was that perhaps by attaching these high-efficiency viral filters, we could actually decrease the load of the virus that was entering into the atmosphere and I'm not sure of the reason why some ventilators did not have high-efficiency viral filters on but I expect it was due to either a lack of training of the ICU nurses or lack of application of the procedures which had been put in place, or the fact that the nurses were just too busy.

Dr Hon LO Wing-lok:

“Several”, how many is “several”?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I would think that probably 25 percent of the ventilators did not have the viral filters in place.

Dr Hon LO Wing-lok:

25 percent.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

You had to remember, at the time, this was very much a walk around.

Dr Hon LO Wing-lok:

Yes. What could be the consequence without attaching this high-efficiency viral filters to the ventilators?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, it's possible that the viral load within the Intensive Care Unit is increased because you have the virus entering into the atmosphere and if there was not an appropriate scavenging system in place which is a further safeguard to remove the virus from within the ICU, then the potential viral load would be even higher in the Intensive Care Unit. The virus lands on, spreads by droplets. If it lands on a surface, the surface becomes contaminated. If the staff touches the surface, they then take the virus from their gloves, they may touch their eyes, their nose, they may touch their mask and therefore the risks to the staff will be greater.

Dr Hon LO Wing-lok:

Could that have contributed to the infection of the staff of the ICU?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes, that's possible.

Dr Hon LO Wing-lok:

Yes. Now, we have asked questions on ventilators and filters for several times during the hearing. Now, can you explain to the Committee what is the exhaust valve of a ventilator and what is the function of the exhaust valve, exhaust filter I mean, not valve?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

From anaesthesia, it's probably the easiest example to give. All ventilators.....because of the anaesthetic gases that a patient would breathe, nitrous oxide for example. These gases need to be scavenged out of the environment so that staff are not exposed to a particular gas and the same principle applies in an Intensive Care Unit where we want to take away expired gases which may contain, for example, the coronavirus. We want to remove them from the atmosphere within the Intensive Care Unit and there are several ways of doing it. The Siemens ventilator which was commonly used at the Princess Margaret Hospital has a specific system that allows that to occur and that could be removed via an all-suction outlet. Some of the other ventilators did not have this and when I arrived, there was an enormous debate going on as to how the gases from these ventilators could be removed from within the ICU and hence decrease the pollution and viral load within the ICU. And what was being considered at the time was taking very long hoses from these ventilators, punching a hole in the window and exhausting these gases to the atmosphere outside the Intensive Care Unit.

Dr Hon LO Wing-lok:

What is the reason for, you know, taking these expired air away from the ICU. You use this makeshift tubes and punch a hole in the window, why is it so important to have this system in place?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, we weren't sure how important it was for a start but we basically wanted to maximize the safety within the Intensive Care Unit and by removing these gases from the ICU so there was no direct contamination of the ICU. Hopefully, we were going to decrease the infection rate amongst staff.

Dr Hon LO Wing-lok:

So this is one way to reduce the contamination of the ICU environment by the potentially infected material expired from the patient?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes, yes.

Dr Hon LO Wing-lok:

I see. So this will take us to your next statement “Most ventilators did not have an effective scavenging system for removal of expired gases even though they had been filtered.” Now, in your opinion, is this arrangement acceptable for an ICU taking highly-infectious patients?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

No, it’s not. Prior to SARS though and Intensive Care Units around the world are probably not particularly good at scavenging gases from the ICU to the atmosphere. I get back to my anaesthesia/operating theatre analogy. In an operating theatre, anaesthetists are very good at scavenging gases. Nitrous oxide is always removed from the environment. In the Intensive Care Unit, most Intensive Care Units do not have that sort of sophisticated scavenging system. This is prior to SARS. So when SARS came along, it was very much an issue that we needed to address at the Prince of Wales Hospital and.....

Dr Hon LO Wing-lok:

Could that have contributed to the infection of staff in the ICU?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes.

Dr Hon LO Wing-lok:

OK. Now, I would like to talk a little about filters. It sounds too technical, maybe. So, we have heard from other witnesses there is already a filter attached to the endotracheal tube and because of that, a filter attached to the exhaust of the ventilators isn’t necessary.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, theoretically, it is not necessary. Yes, that’s correct but at the time when there was an enormous amount of emotion and a lot of distress about the

infectivity among other staff members, it seems not an unreasonable thing to do.....was to place a second filter in the system.

Dr Hon LO Wing-lok:

So this is a measure of extra precaution?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes.

Dr Hon LO Wing-lok:

Would attaching a second filter or a filter to the exhaust cause any harm to the patient?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, in all the debate that we had with regards to both filters and scavenging systems, we obviously had to consider the potential side effects, the disadvantages of doing this. While we were very conscious of our desire to decrease the viral load, we obviously didn't want to increase the risk to the patient. Now, in placing these filters within the system, there's potentially a problem with them becoming obstructed with sputum and blocking and that would potentially cause problems for the patient and that they couldn't expire their normal gases from a ventilator. And the same with regards to the scavenging systems, in taking the tubing from the ventilators from 20 to 30 feet to a window, there was enormous discussion by Dr K O CHEUNG and myself with regards to the disadvantages. Basically we weren't sure of the dynamics of doing this because you are potentially introducing a huge dead space and not only a huge dead space which a patient has to breathe through but also the possibility of condensation within the tube. Fluid will collect in the tube so we were very reticent about this but we decided that for patients' safety, we needed to do this, for staff's safety, I'm sorry, that we needed to do this and that we decided that we have to watch these, the tubing very, very carefully because we were unsure of the eventual effects that these were going to have.

Dr Hon LO Wing-lok:

So, on the balance, the benefit of putting up these tubes and the benefit of putting up this exhaust filter outweighs the potential risk to the patients?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

That's correct.

Dr Hon LO Wing-lok:

Good. Now, you have also mentioned about suction system. Now, I don't know whether there is a typo. Your statement is at your arrival at PMH, closed suction systems were on all ventilators. Is it were not or were? Can you, can you.....

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Closed suction systems were on all ventilators.

Dr Hon LO Wing-lok:

On all ventilators, but.....

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

They are attached to the endotracheal tube there, as part of the circuit. Because patients on ventilators require frequent suctioning, they are sedated, they cannot cough. Essentially, the nursing staff had to suction the secretions from the airway and normally what would happen is that there is a break in the circuit. We disconnect the patient from the ventilator. The oral endotracheal tube is still inserted into the trachea but we, or the nursing staff, will disconnect the ventilator from the endotracheal tube and then suction down the tube. That's an open system and obviously, it has huge potential for contamination of the environment which we obviously wanted to minimize. So one of the early things that we did was to make sure that all patients had a closed suction system. A closed suction system enables a catheter to be fed into the endotracheal tube and the patient's airway suctioned without disconnecting and thereby contaminating the environment. It's a much safer procedure.

Dr Hon LO Wing-lok:

Before your arrival or at the time when you arrived at PMH ICU, was closed suction system used for all patients, or was the open system still used in some patients?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

At Princess Margaret or PWH?

Dr Hon LO Wing-lok:

PMH.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I'm not quite.....I don't know the practice prior to my arrival at PMH but when I arrived, the closed suction system were on all the patients.

Dr Hon LO Wing-lok:

OK. Thank you. Now, you have mentioned in page 11 of your statement. In the last paragraph, you have listed four factors leading to the high infection rate of staff of ICU. Number 1 is "increasing rates of patients being admitted and ever increasing workload". Number 2 – "limited number of experienced staff". Number 3 is "introduction of inexperienced staff". Number 4 – "non-compliance with infection control measures". Now, will you add to that a fifth factor – inappropriate equipment?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

It depends what you mean by "inappropriate equipment". I think I felt that all the equipment was actually present as I detailed in my report. Its application had not been appropriate in some cases and had potentially led to a higher viral load within the ICU.

Dr Hon LO Wing-lok:

Yes, inappropriate application of some of the equipment. Now, factor number 4 – non-compliance with infection control measures. How serious was that?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, my staff were making attempts at ensuring that the PPE was appropriately applied. There were still many staff who would inadvertently.....or because of a lack of education or lack of discipline were still breaking the rules, so to speak. I remember on the Saturday night I arrived which is two days after I arrived, I came into the Intensive Care Unit. And the doctor who had been on call all night had slept in the Intensive Care Unit. And when I saw him, he wasn't wearing any PPE at all and he was in the main ward part of the ICU. That was the most blatant example but we all make mistakes. My own minor mistake was with regards to my pager that I had wrapped in a plastic glove. I would take my PPE off, I would degown, I would put my pager down, I would go back to my room and I hadn't taken the plastic glove off my pager. It's contaminated. So, I'm guilty. It's a lack of discipline and I was aware that there were these small issues all the time. If I was making them then I thought staff were probably making them as well. But once we started to have some more order and control, particularly with the lift lobby being set up or designated as the gowning area and with appropriate staff in place to enforce the

PPE guidelines, then the situation dramatically improved and staff were helping each other, and what I tried to encourage at both the PWH and the PMH was the buddy system so that you looked out for someone who was next door to you.

Dr Hon LO Wing-lok:

Did you carry your mobile phone while you are working inside ICU?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I occasionally did. Yes.

Dr Hon LO Wing-lok:

Yes, Chairman, I would like to declare to the Committee I tried to contact Dr BUCKLEY during the outbreak using his mobile phone number but I was never able to contact him.

Dr BUCKLEY, would you turn to page 14 of your statement, second paragraph, would you read that paragraph for the Committee, “When I arrived at PMH”.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

“When I arrived at Princess Margaret Hospital neither was there a buffer nor was there teamwork as described above. There was no shape. Many of the staff had contracted SARS, to be replaced by medical and nursing staff unfamiliar with the policies, procedures and guidelines of Princess Margaret Hospital. The anonymity of the ICU at PMH highlighted to me the importance of teamwork. Under the circumstances I considered that the only reasonable objective was to have each of the three ICU wards working independently with their own medical and nursing staff. My second priority was therefore to restore order and hence shape to the PMH ICU.”

Dr Hon LO Wing-lok:

Can you tell the Committee in your opinion what has caused PMH ICU to lose its shape and deteriorate into such a chaotic state?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I think it was probably due to two factors. One was the enormous workload that was presented to the ICU over a very, very short period. And secondly was the fact that the staff.....once they started to contract SARS, the experienced staff, the doctors were being replaced by non-PMH staff, ICU staff. When I arrived, there was only one senior PMH ICU doctor present and as I

mentioned in my report, she was really the only person who was familiar with the procedures, the policies within PMH and unfortunately, that person actually contracted SARS. So when she left, basically there was a group of strangers and while we knew each other superficially, none of us had worked together. There were also communication problems because of the PPE. It was difficult to understand each other and this was with regards to the nursing staff as well. So, basically, my impression when I arrived was that there were many, many individuals and what I tried to do was to restore some order, for example, by creating three wards. One of the sensible things that I thought would have been implemented was to try and put different teams from different hospitals into one particular ward and that actually had been attempted but even still, there were many staff who did not know each other at all.

Dr Hon LO Wing-lok:

So has PMH ICU restored its shape now?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I'd like to think so. Yes, I think there has been considerable improvement. We are still in the early days. The staff are actually getting to know each other. We are introducing procedures, policies which may have been present previously but we are updating these policies and procedures and as I mentioned in the report, the ICU is taking on its own personality. Every Intensive Care Unit is slightly different, usually dependent on what the Chief of Service is like.

Dr Hon LO Wing-lok:

It has.....it has a personality now?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, I hope so. It was developing one, yes.

Dr Hon LO Wing-lok:

I have no further questions, Chairman.

Chairman:

各位委員，如果有問題便舉手。

Dr BUCKLEY, I would like to ask one thing. Referring back to your statement on page 10 about the ventilators, question number 5, in the middle about the "Patient Factors", the first sentence about the "Several ventilators did not have high efficiency viral filters in place." Did you know it by first-hand.

You inspected the machines and did not find them there or someone reported to you saying that some of the filters were not there?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

When I arrived, Dr K O CHEUNG and I went on a walk-around the whole Intensive Care Unit and I observed that there were several ventilators that didn't appear to have high efficiency viral filters, and I asked Ms HO, the Nursing Officer who came with me from Prince of Wales Hospital to check the whole ICU, all the ventilators within the ICUs to make sure that they had these on because I had noticed that in several instances they weren't there.

Chairman:

When you answered Dr LO's question, you mentioned that perhaps there was a mistake. Do you mean that the filters supposedly should be there but somehow because of the non-compliance of procedures, the filters were simply missing or they are not supposed to be there or.....

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

No, I think the filters are meant to be there but I, they just hadn't. Each time a new patient comes into the Intensive Care Unit, it requires a new ventilator. The old one from the previous patient needs to be taken away and cleansed and then it comes back to the ICU for use for the next patient, and several did not have these high-efficiency filters applied to them.

Chairman:

Can you tell the Committee that when you personally observed that some of the filters are actually absent, in which part of the system they are missing, in the coming in or coming out from the patient?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

All the filters are coming out.

Chairman:

They are coming out from the patients.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes, there are no filters going in.

Chairman:

So you mean that by the time when you arrived, some of the.....for some of the patients, some of the ventilators, they.....actually they just breathe out whatever they breathe out from the ventilator, I think ...

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes, there are several layers though. For example, on the Siemens ventilators, not only do you have the filters, you have the next layer which is the scavenging system. So the scavenging system.....while the patients are breathing out and the expired gas may not have passed through a filter, it would go into the scavenging system, which for Siemens ventilators is very good, and would then go into the wall. So even though there's no filter, there's no contamination of the environment.

Chairman:

So you mean that for those that you observed without filters, they had the scavenging system in place, or were there any cases where there is no filter and yet no scavenging system?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes, that was not related to the Siemens ventilators. This was more the other type of ventilator that was in the ICU which didn't have an appropriate scavenging system and that's, at that stage, Dr K O CHEUNG and myself discussed how we could jury-rig this tubing to go to the window.

Chairman:

Some of the.....so some of the patients using those ventilators did not have filters nor the scavenging system.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

That's correct.

Chairman:

OK. We have two other members. Kenneth.

Hon Kenneth TING Woo-shou:

Chairman, I think you have more or less.....you have just asked the same question. That I was also wondering the ventilator or the respirator, was it the

same thing? And then, also, you were saying that the scavenger was very good especially for the operating theatre that get out the nitrous oxide, right?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes.

Hon Kenneth TING Woo-shou:

But supposedly the Siemens is the filter that's supposedly claimed that 99 percent of the bacteria, the virus can be extracted, that's true?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes.

Hon Kenneth TING Woo-shou:

OK. So, the rest the Chairman has asked. Thank you.

Chairman:

MAK Kwok-fung.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Thank you, Chairman. Dr BUCKLEY, would you turn to your statement, the first page of it, the lowest sentence. It says "Common sense dictates that any system that attempts to expand to five – seven times its normal size over a short period, even with appropriate planning, training and resources is bound to fail." Tell us can you have more evidence in terms of this common sense?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I think if you look at any systems, I'm obviously not an expert in systems management, but in any system if you try to expand it too fast without taking into account the logistics of doing so, then if it's done in too short a period, then the system will break down, for example, the LegCo Chamber. If this is suddenly expanded, the ramifications could be quite enormous if it's attempted in a very short time. If it's done over a considerable period, depending on the size of the expansion, it can be done in an orderly fashion and the staff that are brought in to serve there, the LegCo building, can gain experience so that it becomes a structured, organized building and Chamber.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

So, referring to the expansion of PMH ICU at that time, can you tell us professionally how much time, how much more time should be needed in order to expand to 64 ICU beds, ICU, instead of that three days?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

The international recommendations are that any Intensive Care Unit should not be too big. And it's generally felt that there is no hard and fast number that any ICU should not be larger than 20 beds. It becomes too difficult to organize, too difficult to have structures in place for any more than 20 beds. I know from my Prince of Wales experience where we have had 22 beds. It causes an enormous strain on the resources in terms of.....very detailed knowledge is required of very complex cases and I for one cannot retain all the information beyond about 20 patients in my head that I need to make a judgement or make decisions about medical management. So, firstly I feel that expanding beyond 20 to 30 beds would have been inappropriate. At Prince of Wales Hospital, we had enormous discussions about how far we could expand the ICU beyond its 22 beds. We looked at the operating theatre. There's 10 operating theatres. We looked at the Coronary Care Unit which was nine and in a worst case scenario, we looked at the neuro-surgical wards which were adjacent, or are adjacent, to the ICU and amongst all our discussions, we decided that the best that we could do, the limit to our expansion, was 29 beds and that would be to take it – sorry, 31 beds – and that would be to take over the nine beds in the Coronary Care Unit which had previously been the ICU many years ago. So when you start putting ICUs in different places, they have to have different structures. So at Prince of Wales Hospital, we had in our minds quite firmly that there had to be limits to which we could expand and hope to maintain a satisfactory level of care.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

But at that time PMH was supposed to receive SARS patients instead of, say, patients from major OT. So, was it a little bit different from that you analysed to us?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I think Prince of Wales Hospital probably had more medical manpower for a start. As I mentioned earlier, when the operating theatres closed, the anaesthetists were basically free to help us in the Intensive Care Unit so we had a ready pool of Medical Officers with experience in ICU that would move into the ICU to care for patients. At Princess Margaret Hospital, the Anaesthetic Department is not so large and they didn't have that luxury that we had at PWH.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

When did you first learn about PMH being a SARS hospital especially in the perspective of expanding its ICU?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

That was approximately the 29th of March. It was announced at the Hospital Management Committee meeting at Prince of Wales Hospital.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Oh, then what was your first feelings on “oh my goodness, eh, expanding PMH without other supports” like you mentioned earlier?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I knew very little about Princess Margaret Hospital before I actually went there. I knew that it had approximately 1300 beds and that it had an ICU of 14 to 16. I didn't actually know the number at that stage, and so I was very surprised that they had decided to designate PMH as the sole receiving hospital for SARS patients.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

No, I want to know your feelings on expanding ICU only.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Expanding ICU.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

At PMH.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

My feelings, I can't conceive of any ICU being expanded to 100 beds and hoping to maintain order because it's an extremely complex environment. It just seemed beyond belief that this could happen.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Was it a miracle or was it something impossible?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

It depends. I'd like to think that within ICU, we set standards and that we try to achieve these standards and we don't go below those standards, and in trying to maintain standards, I thought it was impossible to expand to 100 beds and maintain an appropriate level of care.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Do you have discussions among yourselves and among the senior management in the Hospital Authority?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Within the Hospital Authority, I was only ever an attendee at the Hospital Management Committee meetings. I was not invited to any HA meetings. The first one that I went to was actually on Good Friday where the COC of Intensive Care had an ad-hoc meeting and the situation was discussed. I can't remember the date of Good Friday but it was in the middle of April.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Yes, but as a very experienced ICU specialist, do you think you need to advise them not to go ahead with something impossible?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Um, I have to. At the Prince of Wales Hospital, I was a Consultant and I was the Acting Director of the ICU when SARS enveloped the Prince of Wales Hospital. And within the Hospital Authority, there is the COC of Intensive Care and this consisted of all the Directors of ICU and the Chiefs of Service. Because I was not the Director at that time, but I previously had been prior to the year 2000, eh, when there was no COC at the Intensive Care, I was not invited to any meetings at the Hospital Authority and the COC of Intensive Care, as far as I know, did not meet to have its first meeting until Good Friday, the middle of April.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Good Friday, that means after you went there?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Before that, you never had any sort of meeting with COC ICU?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, I'm not a member of the COC.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Yes, you were not. You were not.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I spoke personally to individual Directors of ICU – Queen Mary, Queen Elizabeth. I tried to contact PMH because this was at the beginning of.....the middle of March and basically I wanted to ascertain how many ICU beds they had available because basically at PWH, we were becoming full.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Did you personally know Dr YAN Wing-wa, the then COS of PMH ICU?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes, I met him previously, basically at informal meetings, some meetings within the Hospital Authority, and I had met him from the Hong Kong Society of Critical Care Medicine.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Did you attempt to give him some of your professional advice or suggestion or comments?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

During the SARS period, he was not someone that I was able to contact. I tried to contact various hospitals because I wanted to know how many beds were available at their ICU that we could possibly transfer ICU patients to because we were becoming full. At the same time, the Directors I did speak to, I reinforced that infection control was going to be very, very important and I said, basically, my words were “if this comes your way, please be very, very careful”. Now, I'm sorry I can't remember why I didn't speak to Dr YAN but I think it was because he had a day off though I can't be absolutely certain about that.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

But you did attempt anyway?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes. My impression also was that, I mean, that horizontal spread of information. My impression was that the information was actually going from the Hospital Management Committee up to the Hospital Authority Board and then back down to the other hospitals and the HA intranet had guidelines on it and I assumed that these were being followed by other Intensive Care Units in Hong Kong.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

You tried to contact Dr Lily CHIU as well for her comments?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Eh, I didn't know Dr Lily CHIU at that stage. I had not met her. In fact I didn't meet her until there was an infection control meeting at Princess Margaret Hospital and one of the SMOs from PWH was asked to go over and give a talk. And I was asked by my Chief of Service to go and lend support to her. And the first meeting I had with Dr CHIU was after that meeting. We stood outside for about half an hour talking about the situation.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

In the initial days, when you went to PMH, there was Dr CHEUNG King-on, the then.....is he the COS there, I mean ICU, and also there was also Dr C C LUK being the overall management of ICU. So tell us how much time do you need to put ICU under your control?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, I think these are not instantaneous achievements by the staff at PMH and it took several weeks.....

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Several weeks from the 10th?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

.....to bring the situation down under control because not only did we want to implement all these infection control procedures, for example, I didn't know whether they were going to be successful for two times the incubation period. I

assumed when I went there that ICU staff were incubating the disease because so many had contracted it. And I assumed that I was going to have to wait 10 days to find out whether or not we were basically safe. And during that time there was always the clinical management and we had over 40 patients within the ICU for quite some days before we were able to come back down to a reasonable number of patients for the staff to manage and that was I think about the 20th or the 21st of April before we got down to about 30 patients within the ICUs.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

So you told us that you do not speak Cantonese, right?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

That's correct.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

So, you are also a stranger to the ICU there, right?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Absolutely.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

So how did they, I mean other staff support you? Being a stranger there as well as being a doctor without dialect of them?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I initially told.....I was told to expect that I would find it extremely difficult not because I'm Caucasian or not because I don't speak Cantonese, but just because PMH has its own culture and would be resistant to change. But I found that apart from the first day when I wanted to shift all the PPE into one single area, to centralize it in the lift lobby, apart from one incident on that day, I have actually been most welcomed at PMH. The staff have been absolutely amazing in supporting me and the other staff at overcoming SARS. For example, the physiotherapists who had not been part of the ICU at PMH for a number of years, I discussed the situation with them and I said I'd like physiotherapy on the patients. They all came whereas other staff were not so keen on coming. The engineers, for example, readily would come to ICU and install the extractor fans, the exhaust fans. So I found the staff, once we had the principles underway, were very, very supportive. In terms of the infection control, it was a work in progress even at PWH. It was all developed on a day-by-day basis and when I went to PMH, I took the model from PWH to PMH but to the credit of the staff

of PMH, that was built on very, very successfully and over the next two weeks, it became a very sophisticated system. And I became.....and I think the staff became quite reassured by their own efforts that they were now in a safe environment.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

How about the work of Ms HO, the Nursing Officer you brought along to PMH? Was her work much better, smooth or what in terms of implementing more stringent infection control there?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

She came to me the first day because I, before we went, I said to her that she was not to work at the bedside. I said I wanted you.....I wanted her to focus completely on infection control. That's her area of expertise and interest and I said "I basically want you to work as an extension of myself. So if you have any problems, please come to me and I will sort it out". There was only that one problem on the first day that was readily sorted out at the meeting and after that, well, the workload for her was enormous and she made many, many observations. Basically, what I've mentioned in my report, she found that the staff were extremely supportive.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

After so much work or improvements work you and Dr, eh, Ms HO try to implement, did you see any fruitful result yield?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, it's just not Ms HO and myself but the rate of SARS infections went down after we arrived. Amongst staff, I should say, amongst the staff, after I arrived, only three staff contracted SARS. And I think that was very much probably related to contamination or contracting the disease prior to our arrival. So they were probably incubating the disease. They presented three days following my arrival but after that there was no SARS.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

No more, at least those three staff didn't maybe communicate the disease to someone else, right?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

That's correct.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Right. So, um, in, maybe turn to your statement, page 13, the answer number 7, you told us that you were requested to go to PMH. Who requested you to do so?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

The Acting Hospital Chief Executive at PWH, Dr Philip LI.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Oh, Dr Philip LI.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

But I had been approached tentatively by my COS Professor Tony GIN and was asked whether I would be prepared to go.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

You also told us that “I had been informed that the situation was chaotic in the ICU at PMH”. Who told you that?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Eh, I had spoken to Dr K O CHEUNG and he informed me that it was quite chaotic.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Can you explain to us the extent of chaos there?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, he said that it was extremely busy, that there were many, many patients on ventilators, that there were many, many staff who were unfamiliar with the ICU environment, and that basically the infection control procedures did not appear to be in place or sufficiently tight.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Not in place at all?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

They were not sufficiently tight.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Eh, they were not tight, not tight. Maybe you did, when you answer Dr LO's question that you mentioned to us that you saw a doctor inside the ICU.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

That's correct.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Having no PPE at all? When was that happened?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

It was, I think it was either the Saturday or the Sunday after I had just arrived.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Oh, only one or two days only.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes, and one of the, as I mentioned in the report, one of the things that I did was I declared the whole ICU an Ultra High Risk Zone and which meant that when you walked into the ICUs, either C2, D2, A2 or B2 that you had to have PPE on. If you went through the doors, you had to have it on and I came in early in the morning, about 7 o'clock in the morning and found this doctor not wearing any PPE at all.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Did you warn him or what?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Again, I was.....it was general disbelief that he could have actually done this. So I basically took him aside and gently informed him that these procedures, this PPE, the policies were for his own safety and that I didn't want anyone else contracting SARS and I didn't want to catch him in the ICU again without the appropriate gear on.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Oh, I see. Was he a new doctor there, I mean?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

No, no, he wasn't.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

He wasn't, but he was working in ICU for a long time, you mean?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I don't know how long this doctor had been working in the ICU but he was one of the permanent staff.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

One of the permanent staff there. How about others, I mean the infection control measures of other staff like nurses, healthcare assistants, etc?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I felt generally that staff, I think, after Dr K O CHEUNG arrived, many staff had actually started to put on their PPE and were starting to follow the guidelines more rigidly and over time, it became a question of educating everybody all the time a heightened awareness as to what the appropriate standard was and that we had to be very careful not to make slips. I mentioned my slip with the pager and it was quite distressing sometimes to find that you had contaminated your hands with a pager. So we all made slips all the time and it was a question of raising everyone's awareness as to what was actually required in terms of infection control both within the unit and our own PPE.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

You talk about awareness, does that mean that the people there, at least the doctor, was not aware of the importance of infection control?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

No, he was aware. He was aware of infection control. I think he had just woken up and inadvertently walked out into the Intensive Care Unit without thinking about the situation.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

So, anyway, did you give your initial or interim comments to Dr Lily CHIU after you arrived there and after you became Acting COS from 28th of April?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes, I don't remember specific conversations but I refer one of the memos which is part of the Appendix to a memo that I had sent to her on that Saturday night. I refer to the previous day's conversation. I am not aware of.....I can't remember the content of that conversation but basically we would have been talking about SARS, manpower, infection control.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Did you specifically ask Dr Lily CHIU or the Infection Control Officer, Dr NG, to go up to the ICU to give their advice?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

No.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

No, you didn't? So, did you also submit your comments to the SARS Expert Committee or.....and the HA Review Panel on SARS outbreak?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I made a verbal comment at one of the HA meetings with the Government inquiry and I presented paper, a report to the Hospital Authority inquiry.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

But not to the SARS Expert Committee?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

That was a verbal, a verbal.....

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Verbal one?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

You didn't write down?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

No.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

OK, thank you. Mr Chairman.

主席 :

還有兩位委員，大家爭取時間，首先是勞永樂，接着是何秀蘭。勞永樂。

Dr Hon LO Wing-lok:

Thank you, Chairman. Dr BUCKLEY, would you refer to Appendix Two of your statement “Staff Situation and Deployment to ICU”. Have you got it now?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes.

Dr Hon LO Wing-lok:

Yes, OK. So, I would like you to help the Committee to understand the staffing situation of the ICU by referring to the chart you presented to us. Now the first day I would like to refer to is the 29th of March, the date when the PMH was made the designated hospital for SARS. Now, can you comment on the staff number and the staff mix regarding the number of patients at the ICU at that particular time? Is it under, is it over, is the staff mix appropriate?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I think, at that stage, the staff mix was probably appropriate. From my report, the ICU doctors in this hospital had spent almost 100 percent of their time with clinical management but there was no buffer, there was no administrative day for someone to come in and actually add workload or manpower to the situation. So while there were six doctors, there were only 17 patients, 52 nurses. The HA requirements allocate 4.2 nurses per bed so, and that’s total nursing manpower except for the dorm. And the 4.2 is the Hospital Authority figure, it is considerably less than international figures in comparable economies around the world – Australia, New Zealand, Great Britain where the figure would be higher than 5.

Dr Hon LO Wing-lok:

So, it's in compliance with the HA standard but slightly short of international standard?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

That's correct.

Dr Hon LO Wing-lok:

OK. Let's refer to 1st of April when there were 26 patients. Can you comment on the staff mix at that particular time? That's also the date when two Medical Officers fell sick, the first two.

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes, at this stage, there is considerably more pressure on the ICU staff, both medical and nursing, to care for 26 patients.

Dr Hon LO Wing-lok:

So according to, say, HA standard, there should be considerably more nurses and doctors?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes, that's correct.

Dr Hon LO Wing-lok:

OK. And on the 7th of April, there were 43 patients in the ICU and that was the date when the Consultant, Dr YAN, fell sick. Can you comment on the staff mix on that particular day?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Again, the nursing manpower is increased up to a total of 186 nurses which is, I'm sorry, I can't do the maths in my head at the moment but that would seem an appropriate number of nurses. But you have to look at the number of non-ICU nurses here. There's 120. So there is enormous pressure on the experienced ICU nurses, 66 to care for the 43 patients. In terms of medical manpower, it's very difficult to gauge how many doctors are actually ever required in an Intensive Care Unit. There are no international guidelines with regards to this but based on the core ratio, the number of working hours, one can work out that in a 3-bedded, or a 3-ward ICU, that there would be more staff than the nine that were present, or should be.

Dr Hon LO Wing-lok:

Would you consider on or near the 7th of April the worst day of the PMH ICU during the SARS outbreak?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes.

Dr Hon LO Wing-lok:

OK. Now, eh, on the 13th of April, there were 44 patients in the ICU and on that day, the last two healthcare workers fell sick of SARS. Can you comment on the staff mix on that particular day?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Again, this was probably the day with maximum number of patients in the three wards, the three ICU wards, and while there appeared to be many ICU doctors or labeled ICU doctors, many of these doctors did not have experience. Again, in terms of the number of nurses, according to the HA guidelines, the number of nurses is appropriate but again many of them are inexperienced. Many would have only undergone the two-day crash course. It was at this stage and I think the hospital had come to the conclusion as well that the fourth ICU should not open. And I had been very worried about this from the moment I arrived and had been informed that this was going to happen. I formed the impression that this was not a good decision and that it should be reversed.

Dr Hon LO Wing-lok:

Yes, the hospital on that particular day has finally realized that it can't take in any more. Now, you have told us at the very beginning of your testimony that you have been involved in planning of ICU in at least three hospitals. Now would you please tell us about the cost of a ventilator which a scavenging system can be attached and one a scavenging system cannot be attached?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I'm sorry.....

Dr Hon LO Wing-lok:

The cost difference between various types of ventilators, say, the most modernized type, proper scavenging system attached to it, and the other one with a plastic tube attached to it. Was there a cost difference?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Eh, I'm sure there is but I can't give you absolute figures. The tubing cost would be minimal. The cost of the EVAC 180 system for a Siemens ventilator would not be considerable. A ventilator, a Siemens ventilator costs HK\$250,000. The scavenging system to be attached to there, the cost of that would be a minor part of the system but obviously more expensive than the tubing system.

Dr Hon LO Wing-lok:

\$150,000 for Siemens?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

No, \$250,000.

Dr Hon LO Wing-lok:

\$250,000 for one number of Siemens ventilator. Now, how about for those models you have described to us just now, that you require to attach a plastic tube, makeshift tube to it? Was that model considerably less expensive than the \$250,000 Siemens?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes, it was.

Dr Hon LO Wing-lok:

How much, how much less?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I can't give you the absolute figure but I think it was \$176,000 or thereabouts but the problem is that there were no Siemens ventilators in Hong Kong at the time and these particular ventilators were the only ones available with the stock in Hong Kong. I remember at the Prince of Wales Hospital, in expanding the ICU from 22 beds to 31 beds, that we were going to need more ventilators and one of the things you try in ICU to do is to standardize everything. You have a standardized ventilator. So the Prince of Wales Hospital, we had tried to buy more Siemens ventilators. I think there were three online that were being purchased and it was going to take some time for these to come to Hong Kong. They all come from Europe.

Dr Hon LO Wing-lok:

But at the time when you arrive at PMH, some of this “lesser”, quote and quote, models were already there?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

That’s right.

Dr Hon LO Wing-lok:

Already there for a long time?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

That’s correct.

Dr Hon LO Wing-lok:

OK. Thank you, Mr Chairman.

Chairman:

HO Sau-lan.

Hon Cyd HO Sau-lan:

Yes, Mr Chairman, just a couple of questions. Dr BUCKLEY said that he saw a doctor working in the ICU without PPE but did Dr BUCKLEY try to find out the reason why? Is it a system failure or an isolated incident?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

That was an isolated incident.

Hon Cyd HO Sau-lan:

Sorry?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

That was an isolated incident. He told.....I asked him why? He said “I’ve just woken up”.

Hon Cyd HO Sau-lan:

And did you ask him whether it is a lack of individual awareness of discipline?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

No, but I observed that it was a lack of discipline on his part because I observed him over a period of weeks.

Hon Cyd HO Sau-lan:

Right, so how did you rectify and did you do that successfully?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

He certainly didn't come into the Intensive Care Unit without PPE again. He by and large complied with the regulations after that. He actually was complying beforehand. This was very much an isolated incident.

Hon Cyd HO Sau-lan:

OK. So, he didn't contract SARS?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

No, no he didn't.

Hon Cyd HO Sau-lan:

And, second question. Dr BUCKLEY saw a lack of manpower both in terms of quantity and quality. Did you see that as a problem inherited from the ongoing system, or again is it an incident isolated, confined to the Princess Margaret Hospital?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

No, I think it was a situation that developed. To start with, I think Princess Margaret Hospital had insufficient staff. Basically, it was a 14-bedded ICU and as I mentioned before, there were no hard and fast guidelines as to how many medical staff are required in the Intensive Care Unit. My impression is that they did not have sufficient senior staff and they certainly didn't have sufficient junior staff. The junior staff who were actually specialists in Intensive Care themselves were actually Medical Officers. So they had a very experienced core group of doctors looking after patients and that's why they were able to deal with the workload that they had previously dealt with in PMH ICU. It's because they actually had four doctors who were specialists, four of the six doctors were specialists. So they could cater with the workload of a 14-bedded ICU but there was no buffer.

Hon Cyd HO Sau-lan:

But this shortage in manpower, was it unique to Princess Margaret Hospital or it's a problem prevailing with the other hospitals as well?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I can only speak within the authority with regards to Prince of Wales Hospital and PMH. Obviously now, it's generally felt in Hong Kong and this has been discussed *ad nauseum* in the COC of the Intensive Care that we have insufficient specialists and we have insufficient junior medical staff. In New Zealand, for example, there are 11 ICU specialists per million population. In Hong Kong, it's considerably less than that.

Hon Cyd HO Sau-lan:

But designating Princess Margaret Hospital to be the SARS hospital would intensify the problem there, right?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes, that's correct, yes.

Hon Cyd HO Sau-lan:

And Mr Chairman, I note in the answer to our question number 1 that Dr BUCKLEY was told to second to the Princess Margaret Hospital on the 10th of April, and he together with Mr K O CHEUNG took over. And did you both try to replace the work, Dr YAN Wing-wa's position as ICU-in-charge, or you two were replacing two doctors?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I think Dr K O CHEUNG and myself were working as a team to replace Dr YAN. As I have mentioned, I don't speak Cantonese sufficiently well so I couldn't understand everything that was going on around me. And because I didn't understand Cantonese, we agreed that it was better for Dr K O CHEUNG – who had been there and was more familiar with this cluster because he comes from within the cluster – it was probably better for him to liaise with the hospital administration and I confined my role to infection control and clinical management.

Hon Cyd HO Sau-lan:

So am I just in saying that Dr YAN's workload was split between you two?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes.

Hon Cyd HO Sau-lan:

And there was a division of labour, therefore, you could concentrate on clinical administration?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Yes.

Hon Cyd HO Sau-lan:

Did you find this division of labour help you to do your job better?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, one of the things I have learned through SARS is that there were many, many problems and I tried to compartmentalize these problems and focus on the problem, make a decision and then move on to the next problem. It's not ideal but as many, many people have mentioned, we were, we felt we were, basically in a war situation and in that sort of situation, one identifies the problem, thinks about it, makes a decision, moves on.

Hon Cyd HO Sau-lan:

Yes, and would you say that you had successfully made ends meet within your ambit of clinical administration at that time?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

I don't think that's for me to judge. I think that's for others to judge.

Hon Cyd HO Sau-lan:

But do you think that brushing aside the language barrier, could you take on additional workload at that time?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Absolutely not.

Hon Cyd HO Sau-lan:

OK. I've had my questions, Mr Chairman.

Chairman:

MAK Kwok-fung.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Mr Chairman, the last bit of my question. Now, with the fact that some non-compliance with infection control among the staff, right, as well as the inexperience of the new coming staff, can you tell us how the quality of care to patients was affected?

Dr Thomas Anthony BUCKLEY:

Well, it was affected in many ways. I mentioned some brief examples previously. Patients in the Intensive Care Unit, when they are sedated may be paralysed. Muscle lapses and they are on ventilators. They are completely dependent on the nursing and medical staff to carry out every function and for the nursing staff, we have turning routines where the patients get turned every two hours. We collect the urine in a bottle every hour. Some of these were not adhered to in which you would have overflow, for example, of the urine, or the patients were not turned ideally and when they were turned, there may be, these patients, some would be moving around even still. They would go back to a supine position and the reason for turning patients is to hopefully prevent pressure area sores. These sorts of things occurred quite commonly but when you consider that many staff had this two-day crash course, they, everyone threw their own anxieties and through their own abilities was able to raise their standards, and they very quickly learned how to manipulate sedative drugs, the importance of turning patients and making sure, for example, that they suction the airway appropriately. For the doctors, the standard of care was related to inexperience but as I mentioned earlier, there was.....we introduced organ support protocols so that the doctors could focus on what was really important with regards to patient management. We wanted to make sure that the patients were not hypotensive. We wanted to make sure the patients were passing urine. In providing these goals, the protocol, which is only one page if I remember correctly, outlined what they had to do in terms of management, so it was that aspect. The specialists who were working in the Intensive Care Unit were always available. There was a much higher degree of supervision than would normally be required in an Intensive Care Unit. This obviously put enormous pressure on the specialists because there weren't that many specialists available for, for so many patients. So, we were able to maintain standards or improve the standards once we had actually outlined what the goals were that we were trying to achieve.

Hon Michael MAK Kwok-fung:

Can I presume that besides segregating the staff properly, these sorts of below standards performance would lead to higher mortality or morbidity rate?

Chairman:

麥議員，你剛才的問題已經離開了我們的研究範圍，我覺得你這個問題亦離開了我們的調查範圍，你還有沒有其他問題？

Hon Michael MAK Kwok-fung:

沒有，thank you.

Chairman:

Dr BUCKLEY, the proceedings for taking evidence from you have now concluded. In future, the Committee may call upon you to attend the hearing again if really necessary. You may retreat now. Thank you.

各位委員，我們上午的研訊到此為止，我們下午會在2時半繼續。我們過去C房繼續我們的會議。

(研訊於下午12時56分暫停)

(研訊於下午2時30分恢復進行)

主席：

開始下午的研訊了。在開始研訊的時候，我亦要提醒各位委員，現在是我們第十九次公開研訊的下午部分，我們任何時間都需要有足夠的法定人數，即連主席在內共4位委員。

我亦要藉此機會再提醒旁聽今天研訊的公眾人士及傳媒，在研訊過程以外場合披露研訊中提供的證據，是不會受到《立法會(權力及特權)條例》的保障。所以，如果大家有需要，各位列席人士和傳媒應就他們的法律責任，徵詢法律意見。另外，委員會亦決定證人需要在宣誓後才接受訊問，所以我會在研訊開始時，根據《立法會(權力及特權)條例》第11條監誓。

我現在宣布下午的研訊開始。我們今天下午的研訊仍然都是集中在瑪嘉烈醫院作為指定的SARS醫院的決定和準備、瑪嘉烈醫院的感染控制醫務人員感染SARS的情況，以及很多醫院和其他聯

網溝通的問題。我們接下來的這位證人就是唐國隆醫生，是瑪嘉烈醫院內科部門主管。

唐國隆醫生，多謝你出席今天的研訊。委員會請你今天到席前作供及提交證人陳述書。首先，委員會亦決定證人須宣誓作供，我現以專責委員會主席的身份負責為你監誓。

你可以選擇用手按聖經以宗教形式宣誓，或以非宗教形式宣誓。請你站立及依照放在你面前的誓詞宣誓。

瑪嘉烈醫院內科及老人科部門主管唐國隆醫生：

本人唐國隆，謹對全能天主宣誓，我所作的證供全屬真實，及為事實之全部，並無虛言。

主席：

多謝你，唐醫生，請坐。唐醫生，你亦曾向專責委員會秘書提交證人陳述書，你現在可否正式向專責委員會出示有關證人陳述書作為證據？

唐國隆醫生：

是。

主席：

好，謝謝你。唐醫生，為了方便列席人士跟隨本委員會的程序，我們會派發閣下的陳述書給今天在場的公眾人士和記者。為了尊重私隱和其他法律理由，陳述書的部分內容已被遮蓋。你現在對於你的陳述書有沒有即時想補充的地方？

唐國隆醫生：

沒有。

主席：

好，謝謝你。亦應專責委員會的要求，你向專責委員會提供閣下專業資格及經驗的資料，你可否確認這些資料都是正確的？

唐國隆醫生：

是。

主席：

多謝你。唐醫生，我首先想問一個簡單的問題，你可不可以告訴委員會，在去年2003年3月26日，當知道衛生署建議瑪嘉烈醫院成為指定的SARS醫院時，你當時理解衛生署的那個建議是一些甚麼？

唐國隆醫生：

呃.....在3月26日，大概.....因為時間相隔太久，我記得大概在中午左右，我們的HCE趙醫生找了我.....我記得當時還找了我們的黎錫滔醫生，當時他是——現在也是——傳染科的總.....主管，還有幾位同事，我不記得是哪幾位了。我們下去開一個urgent meeting，當時她對我們說，衛生署——當時說的應該是梁栢賢副署長——曾經建議.....因為他們說SARS的疫情很厲害，而且淘大花園開始有越來越多病人的跡象，他就建議瑪嘉烈醫院做一間指定醫院，來接收所有的SARS病人。

主席：

你的理解就是，衛生署建議瑪嘉烈醫院作為指定醫院，接收所有SARS病人？

唐國隆醫生：

是。

主席：

是嗎？你當時在26日時，知不知道那個日子會是甚麼時候？

唐國隆醫生：

當時還未知道，未知道決定甚麼時候開始接收，但即是當時有一個叫做.....建議。

主席：

那你是何時知道決定實施接收所有的SARS病人？

唐國隆醫生：

應該是27日，確實。

主席：

即是第二天？

唐國隆醫生：

沒錯，是了。

主席：

好，謝謝你。我把時間交給各位委員，有問題的請舉手示意。首先是麥國風議員。

麥國風議員：

多謝主席。唐醫生，你介不介意很簡單地介紹一下你的部門有多少病房？我說的當然是去年SARS爆發期間，總共有多少個病房。

唐國隆醫生：

我們瑪嘉烈醫院的內科和老人科部門，當時應該是……我們是EF座，我們是……差不多全部是我們的內科病房。還有另一個，P座是腎科和泌尿科大樓。當時EF座應該總共——除了兒科之外，我們應該是有13個內科病房的。

麥國風議員：

13個內科病房。OK。你剛才回答主席的問題時，你說在3月26日，你和黎醫生一起去見你的醫院行政總監去討論，對嗎？還是去聽趙醫生講？因為你在證人陳述書中說：“During the meeting, we were told that DH had made a request to explore the feasibility……”，“feasibility”如果直譯就是可不可能，對嗎？

唐國隆醫生：

嗯。

麥國風議員：

但當時究竟是研究還是告訴你要收呢？

唐國隆醫生：

我記得當時就是說，他們建議我們醫院去做這件事。

麥國風議員：

建議。

唐國隆醫生：

對，沒錯。

麥國風議員：

如果你說是建議，你當時又說：“We had no objection to the proposal of designating PMH as a SARS hospital.....”。

唐國隆醫生：

嗯。

麥國風議員：

如果是建議，你覺得你當時又沒有objection，當時你覺得是.....應該是.....有沒有少許矛盾？

唐國隆醫生：

不是，我想當時因為.....我們最初聽到那個建議，其實都比較.....當時都頗worry，可以這樣說。即是說一個這麼大的任務，我們醫院是否真的可以承擔到呢？當時，我們聽了之後，我便立即回去call了一個urgent的department meeting。我們的department meeting，一般是我們的consultant和一些team head及DOM出席，我將那個訊息傳達給他們。我們當時.....我記得那個consensus opinion.....因為我們都知道當時淘大花園應該正在爆發，很多病人進了聯合醫院，亦知道.....我們其實之前那一、兩天，已經開始在收淘大過來.....即聯合醫院已經開始有很多病人，開始有少部分已經送過來，我們知道當時的災情都頗嚴峻，似乎當時我們沒有甚麼選擇。譬如說，我們醫院亦有一個先天性的條件，因為我們是

全香港唯一一間傳染病醫院，我們亦有一批叫做精英部隊，包括了醫生和護士。而且我們還有肺科醫生——胸肺科醫生，亦有一批專業醫生。我們當時覺得，如果是要找一間，可能都會是我們，不會是另一間的了。其實，我們覺得當時已經沒有甚麼選擇。還有……因為這樣，所以我們回去覺得決定了就是說，都要去做的了，但只是怎樣做好為止而已。我們沒有一個說很……怎麼說呢……說不做的。我們當時感覺上就是，或者我們當時向趙醫生反映的訊息就是說，我們是擔心，因為當時的情況……我們當然很難估計，我們預計……譬如一個病人傳染開去給兩、三個病人，我們說的可能是幾千個病人，是一間醫院收……當時也說到有1 000……大概收1 000個病人左右。我們當時都感覺到一間瑪嘉烈醫院是不是可以承擔一個那麼大的責任呢？當時，我就將那個訊息傳回給我們的總監趙醫生。

麥國風議員：

即是趙醫生。即是之……在12時，你和黎醫生一起跟趙醫生……

唐國隆醫生：

是。

麥國風議員：

……開會的時候，並沒有說過這番說話，而是你開完你的部門……

唐國隆醫生：

是。

麥國風議員：

……這個管理委員會之類啦，是嗎？

唐國隆醫生：

是，是。

麥國風議員：

這樣接着才將這個意見向趙醫生反映。

唐國隆醫生：

是，是。

麥國風議員：

那趙醫生如何和你繼續商談，抑或討論，還是怎樣？

唐國隆醫生：

因為我當時是差不多……我想我傳下去的時候是下午4時多5時，頗晚的了。那她後來應該發電郵回來，就說她會考慮，但也要醫管局決定怎樣做，她說將來可能都有很多工作要做，叫我們都要預備。

麥國風議員：

即是她考慮你們的看法……

唐國隆醫生：

是了，沒錯，有考慮。

麥國風議員：

……或者擔心。

唐國隆醫生：

是了，沒錯。

麥國風議員：

你的證人陳述書有講到，我想好像你剛才說那樣……

唐國隆醫生：

是。

麥國風議員：

……“However, we had the concern that the impact of the volume of new SARS patients could be quite large and PMH alone might be

unable to stand and handle the crisis”，是嗎？這些就是你向趙醫生反映的？

唐國隆醫生：

沒錯。

麥國風議員：

那你也說……根本有可能不可以去處理那個危……crisis —— 危機，為甚麼你們當時還要繼續那麼勇猛向前去呢？為甚麼你不堅持說：“喂，真的不行……”

唐國隆醫生：

不是……

麥國風議員：

……我做部分也行，但全部都做便不行”？

唐國隆醫生：

是的，是的。

麥國風議員：

所謂不可以“照單全收”。

唐國隆醫生：

是，沒錯，沒錯，我明白。我當時的意思就是說，我們預計了那些病人 —— 所謂SARS病人 —— 預見的不止是1 000個病人，我們在說的數目可能是2 000、3 000、4 000，我們無從估計。我便說，你只是指定一間瑪嘉烈去收，用100……1 000張床去收這些病人，是不是已經可以將疫情停止呢？我們覺得是不可以的，我們覺得可能需要多一、兩間醫院來接收那些病人。

麥國風議員：

即是當時其實你們都有擔心，會有……

唐國隆醫生：

是，沒錯。

麥國風議員：

.....多過1 000個病人。

唐國隆醫生：

是，是，我們擔心.....我的意思.....我們department的意思是worry about那個total volume of patients，即是會多過1 000個。

麥國風議員：

哦，多過1 000。

唐國隆醫生：

是的。

麥國風議員：

你有沒有向趙醫生反映說多過“多少千”？

唐國隆醫生：

有，有。

麥國風議員：

你當時有沒有估計到？

唐國隆醫生：

當時很難估計，因為沒有辦法，真的.....即沒有一個科學的數目來把那些病人計算出來。我們知道.....因為譬如我們之前我們醫院都在接收的了，在接收.....說的大概是60多個confirm的SARS病人。但是，當你.....我們當時在說的只是支援部分.....譬如好像新界東聯網威爾斯的病人或者聯合醫院的病人，我們當時實在沒有全港病人的數據，所以我們當時都很難估計有多少人，但因為我們知道那個病是很高度傳染性的，可能一個回去便會感染到幾個家人或者朋友，我們說的是一直project上去，那個number就會是很大。

麥國風議員：

嗯。你在27日就正式知道，不做不行了，是嗎？

唐國隆醫生：

當時是……是了，我們知道那是一個政府的決定，所以……

麥國風議員：

即是在27日。

唐國隆醫生：

是了，沒錯，是在27日。

麥國風議員：

在27日。那你是否知道在29日開始要收的了？

唐國隆醫生：

當時是說在29日……

麥國風議員：

即是很確實的了？在29日。

唐國隆醫生：

是，沒錯。

麥國風議員：

那27、28、29，只有兩天，你覺得，如果根據你的證人陳述書第3段那麼說，要做很多工作，又將那些非SARS的內科病人送去李嘉誠……不是，荔景的康復大樓……

唐國隆醫生：

嗯。

麥國風議員：

.....或者其他醫院，又要將你10多個medical.....即內科病房轉做SARS病房，又要安排這個外科門診.....內科門診的應變措施和日間病人，至少有3、4個很重大的任務，而且是任重道遠.....

唐國隆醫生：

是。

麥國風議員：

.....的工作。其實，你當時有沒有想過兩天，真的沒有.....可不可以說是天方夜譚呢？

唐國隆醫生：

當時是很擔心做不到的，但因為.....當時你覺得，好像剛才下雨，那些雨點已經“埋到身”，你可不可以再回家，等一等，叫那些雨暫時不要來，我們去拿一把雨傘？我們當時的感覺是，我們無論如何也要去做的了，我們在想的是盡量希望部門怎樣去做好。當然，那些工作量是很重的，當時我立即.....我們部門已經開了一個.....form了一個task group，我們有很多位Consultant、SMO等，我們就把他們的工作全部分開，譬如有些專門負責clinical management、處理病人；有些專門負責manpower；有些專門負責staff concern那些，我們分門別類，將他們的工作全部分開。當然，我如果as a COS，我要負責很多，包括譬如說，去聯絡其他醫院去接收我們的病人，或者荔景block.....當時都很滿的了，我們如何去.....可不可以再加床呢？這些工作是一個很繁重的工作，是很難去做，但是.....而且我們之前，其實在26日之前，我們開始有一、兩間內科病房已經轉了做SARS病房，因為當時新界東聯網的病人已經在轉送過來，另外聯合醫院已經開始又來了，所以我們已經有一個decanting process，即其實已經開始在工作了，但當然那兩、三天要加快我們的工作效率，一定要很快地工作。當然，我承認當時是很辛苦，做得很辛苦。

麥國風議員：

嗯。當時兩天，你其實有沒有計劃第一天做甚麼，即28日做甚麼.....應該是27日做甚麼，28日做甚麼？接着29日就要上戰場。你們有沒有很清晰的計劃？

唐國隆醫生：

計劃 —— 我們當時是有計劃的，即是說，譬如說我們要轉.....其實，最重要的就是將那些病人分散往哪裏去，因為還有很多non-SARS的病人。我剛才說就要上去荔景的康復大樓，出去聯網醫院的.....譬如好像廣華或者明愛、仁濟等，甚至遠至Grantham，因為有些特別的病人，好像譬如在CCU的病人，他們是需要特別科來接收的，譬如我們轉過去Grantham —— 葛量洪醫院，這是做一個聯絡工作。

第二個要做的就是計劃.....譬如那些SARS病房就要做預備，對嗎？要清洗病房，將病床搬開一點，因為我們以前的內科病房是有40張病床的，到時我們要把它們分開擺放，只留28張病床，每個cubicle又.....說的是把10張或者8張床減至6張床，亦要預備那些PPE，是有很多工作要做的，但當時我們是有計劃去做的。

麥國風議員：

到了29日，那個計劃是否好像你們的想法般，是已經完成了？

唐國隆醫生：

當時，在29日的時候，我記得還有少部分內科病人我們是來不及送走的。為甚麼呢？因為.....那個理由我講過了，就是在荔景大樓 —— 我們的康復大樓，因為之前已經送了很多病人上去，它已經完全“滿座”。我們想將病人轉去明愛或者仁濟醫院，我們的聯網醫院或者廣華，它們也一樣全部滿了，為甚麼呢？因為當時我們這個聯網已經開始幫忙，接收新界東聯網的內科病人，因為它們的A&E已經關閉 —— PWH，所以我們的床位是很緊張的。當時有一小部分的non-SARS的內科病人仍然在醫院內，我們當時的做法是將他們安置在兩間乾淨.....我們叫做non-SARS ward，安置在那裏，接着在29日之後，其餘.....在那個星期內，便把他們逐步撤走。

麥國風議員：

那是否可以這樣說，好像你的證人陳述書第4點說.....

唐國隆醫生：

是。

麥國風議員：

.....I did not consider PMH was very ready to serve as a SARS hospital on 29日，對嗎？

唐國隆醫生：

是，沒錯。

麥國風議員：

但你接着又認為不可以。

唐國隆醫生：

是。

麥國風議員：

但是你說“I did not raise my concern”。為甚麼呢？你是否有少許矛盾？你明明覺得是“唔掂”的了，但你又不提出你的關注——甚至不是擔心，擔心也沒有。

唐國隆醫生：

不，擔心是有的，當時有擔心。

麥國風議員：

只有concern，應該是關注。

唐國隆醫生：

是，有擔心，有關注，concern。我想主要.....當時我經常就說，當時香港面對一個很嚴重的疫情，我們一羣醫生其實都覺得.....香港市民也好，或者一個醫療界的人員也好，是有責任去幫忙工作的。雖然很辛苦，我們都去做。當然，我們不是說完全不可以完成我們的任務，因為.....我也說過，在29日的時候，我們其實大部分病人已經撤走了，我都說過，有差不多100個病人撤走了，剩下的是少部分內科病人，我們逐步在接着的那個星期內把他們撤走，所以不是說完全失敗，但我們已經是做了九成工作，剩下的少許，我們便在接着的那個星期把它做完。

麥國風議員：

你說做了九成甚麼工作？

唐國隆醫生：

即我們說的是譬如撤走病人。

麥國風議員：

哦。

唐國隆醫生：

是了。

麥國風議員：

哦，還有一成是甚麼？

唐國隆醫生：

那些內科病人.....

麥國風議員：

即是最主要是內科病人去不了其他醫院，或者去不到荔景康復大樓，是這個意思？

唐國隆醫生：

是了，是了。

麥國風議員：

但那些有關設施之類呢？即病房的改建那些，那些是否已經十足的了？PPE是否十足？

唐國隆醫生：

PPE.....我記得當時不是很大問題，在最初的時候。其實，因為我們醫院是.....因為是傳染病醫院，所以那些PPE就.....我記得在3月初已經.....譬如那些SARS.....那個ID病房和那些.....我們後來又convert了有兩個SARS病房，我們那裏的PPE應該已經很充足

的了，都是充足的，就包括譬如你所謂醫管局的指引那些，譬如
有mask，有face shield，and then有gown，那些都齊備的了。

麥國風議員：

感染控制措施的遵守呢？

唐國隆醫生：

遵守infection control那方面，我們一般是跟隨醫管局的指引的。醫管局的指引，當時是2、3月開始，他們也多次有指引下來，譬如說如何預防droplet infection，當時每一個email來到，我都立即轉寄給所有員工，email給他們。同時我們開會亦有談論這件事。我記得譬如好像我們最早在2月中的時候，我們自己department meeting，因為我們的長處就是有兩位專家在，我是說黎錫滔醫生，他是傳染病專科的頂尖人物——在我們香港來說。他當時亦提醒大家，譬如說在2月初、2月中的時候，已經提醒大家要戴mask、gown，要洗手那些，以及要cohort病人，譬如有些非典型肺炎的進來，當時是在……我們最初都只是送進內科病房，譬如說他們有懷疑是一些可能嚴重一點，或者真是……我們最初不知道是叫做SARS的，譬如懷疑那些是那類特別的個案，便轉上去傳染病房。我們在2月中左右已經開始aware這件事，還有，我想那些員工對於這件事的awareness，就已經開始提高的了。

至於你剛才……繼續說那些infection control，我們除了跟隨醫管局的指引，還有我想在醫院方面他們亦有一些措施，譬如包括那些course、那些nurse、那些ICN及那個Infection Control Team是負責安排一些training course，同時它亦製作了一些video，又有一些跟infection control有關的VCD。

如果在部門方面，剛才我也說過，因為那任務是一個很大的operation，我actually designate了兩位高級醫生專門負責infection control，那兩位醫生專門負責education——教育，以及如果有人來的時候，他們要demonstrate如何穿着那些衣服，那是由兩位高級醫生負責的。此外，我們那些新來的員工，我們也有一天的課程給他們，包括我們在早上吩咐他們去找伍德強醫生——我們的Infection Control Officer，便會給他們一個有關infection control的lesson。我們亦安排了我們傳染科的specialist，即是專科醫生，教他們如何處理SARS病人，因為新來的沒有甚麼經驗，中午跟他們有orientation。如果有些完全沒有見過SARS的員工，我們在病

房也會安排一個mentor，即一名導師跟隨他一、兩天，才讓他上場打仗，因為我們都恐怕他們受感染。當然，如果在.....我們後來在黃大仙醫院，因為黃大仙醫院的一班胸肺科醫生，他們已經有如何處理肺炎病人的經驗，當然那些上來，譬如他們上了一天的course orientation，翌日他們便會上場治理病人，因為我們當時的人手非常緊張，來一個便盡量安排他上場協助工作。

麥國風議員：

你剛才提到人手緊張。

唐國隆醫生：

是。

麥國風議員：

護士和醫生的人手緊張情況如何？當時.....我說的是29日左右。

唐國隆醫生：

我們的醫生方面，因為我們在29日當時，我們的team其實有40位MO，有25位senior，包括顧問醫生和SMO。我們的荔景block另外有一個team，因為那是一個clean team，荔景block是一座康復大樓，那裏有一位consultant和兩位SMO，以及7位MO。他們在上面便不會再下來，因為大家不想cross infection。我們based on我們當時的人手，我們預計.....因為我們說的是，雖然醫院起初的建議是大概有1 000張床，但他們也分為兩期的。第一期有400張，400張，主要是因為我們EF座的內科大樓大概可放400張床，我當時估計我那班員工——醫生可以應付頭一個phase的病人。當然在第二個phase時，便再需要人來幫忙。至於護士方面，因為當時除了內科的護士，當然我們其他的不是.....非內科的醫生已經全部撤走了，大部分已經撤走了，除了ICU和兒科的還留在這裏，他們會去仁濟及明愛醫院，但nurse會留在這裏，所以就nurse而言，我相信人手調動方面可能會比醫生還好一點。那些nurse的調動，當時是由DOM和我們的GM(Nursing)負責的，一個部門那麼大，我也無法兼顧這麼多事情。

麥國風議員：

嗯，即是認為護士人手方面是可以應付的——在當時來說？

唐國隆醫生：

如果就內科和老人科而言，當時我相信是應該可以做得到的。

麥國風議員：

可以做到。

唐國隆醫生：

我說的是phase one，先講phase one的400人。我相信在當時可以做得到。

麥國風議員：

你可否用一個很簡單的模式告訴我們，你應付1 000個病人，是否基於剛才你提到有那麼多的準備？“我們預算可以應付自如了”，可以這樣說嗎？

唐國隆醫生：

我的看法是這樣的，我認為並不是應付自如，我也說過，其實我們起初也很擔心，第一，我覺得第一個total volume不止1 000人，我們醫院是否可以做得到呢，做到別的醫院所做的這件事呢？這是我們的第一個擔心。第二個，我們都會覺得1 000個病人，所說的viral load會很大，我們恐怕會受感染，我們有這個concern，是有的。但說到人手方面，因為我們當時，可以這樣說，有些contingency plan，每天都會召開department meeting，每天都是不同的，因為每天接收.....最嚴重那天接收了113人，便要立即決定多開幾多個病房等事情，所以是每天都在轉變的。最初的計劃只可以大概說是對於phase one，我們仍可以作出應變，當然如果每天繼續這樣接收下去，我們會要求取得更多resources來應付那個疫情。我仍然記得在27日有個forum，是梁智鴻醫生來到我們醫院，當時也說會盡量支持我們醫院，包括各樣的resources，來幫我們打這場仗。

麥國風議員：

你剛才提過，說恐怕受感染，你何時開始覺得有這種感覺：“大件事了”，恐怕同事們受感染，很大機會受到感染？

唐國隆醫生：

其實在最初說要接收這麼多病人時，已經有這種concern。

麥國風議員：

即是26日已經感覺到。

唐國隆醫生：

因為回顧過去，在威爾斯醫院那裏，知道他們有很多員工感染，我們根本.....even我們的track record都是很好的——在那時候。

麥國風議員：

是。

唐國隆醫生：

但我們那時候已經很擔心，譬如繼續接收下去，那個viral load這麼大，員工們受感染也是難以避免的，但看我們怎樣去盡量減少那感染機會，我們希望做到那個地步。

麥國風議員：

很難避免，差不多說是一定會出現的，你做了甚麼工夫、措施來避免第一個同事出現感染呢？

唐國隆醫生：

我剛才說，infection control方面，我們分為兩個層次。譬如醫院方面，正如我剛才所說，他們也有醫管局的guideline，我們也把它傳送給員工；譬如提到training course、video、VCD，這是其中之一；若說到department level，我們form了一個task group。OK？

麥國風議員：

等一等，唐醫生，如果你說的只是那些，我不需要了。但我的意思是，因為剛才所說的只是準備，但你提出了恐怕同事受感染。

唐國隆醫生：

是。

麥國風議員：

我主要問你的是，你已經察覺或者擔心同事會受感染，你有沒有再加強措施去避免同事受感染？但你剛才所說的只是準備工夫而已。

唐國隆醫生：

嗯。

麥國風議員：

即說的是很多準備工夫，去把瑪嘉烈轉為SARS醫院。

唐國隆醫生：

我們在29日之後，其實我們的department每天都要開會，包括星期六、星期日，我們有urgent department meeting，每天早上都有的，我們當時其中一個所謂商議的題目就是infection control。

麥國風議員：

嗯。

唐國隆醫生：

我們亦用email來提醒各位員工對於infection control的嚴重性，以及因為我提到.....又不是很大，我們nurse方面，那位DOM會負責，因為醫療架構通常都是除了用email之外，喜歡以一級下達一級這樣傳下去的。那位DOM會召見Ward Man，告訴他infection control是怎樣的，要大家留意，即是意識要提高，而且Ward Manager會再去提示其他的護士。我知道當時醫院亦有一些ICN的Infection Control Link Nurse，還有一些叫做.....後來更有

policing，即是在門外有些staff make sure你的穿着是否妥當，這方面也是加強員工的意識來預防感染的。

麥國風議員：

你做了那些加強的措施，你是否滿意呢？譬如你說到門外有個護士檢查同事穿着的衣物是否妥當，即那些PPE是否穿得正確；另外還有一些ICN，是嗎？

唐國隆醫生：

嗯。

麥國風議員：

你剛才也提過找伍德強醫生briefing，或者有crash course，你當時是否滿意那些措施呢？

唐國隆醫生：

我覺得當時的環境都已經做得很好了，我們可以做的，我覺得應該是適當的。

麥國風議員：

適當的。到了.....你們有經驗，其實有經驗處理SARS病人，你也說過.....讓我看一看，是的，有83個疑似個案、60個確診的個案，直至3月26日。但你一說便說到首兩天，整個EF block已經收滿400個病人，是嗎？根據你的證人陳述書所說，是嗎？

唐國隆醫生：

是。

麥國風議員：

你收滿了400個病人，是嗎？

唐國隆醫生：

我們原本已經說到在29日開始作為一間指定醫院時，我們所謂懷疑和確實的SARS病人已經多達100名，因為我們所說的是在26日之前，便有83個懷疑個案，那些只是cumulative figure而已。

麥國風議員：

嗯。

唐國隆醫生：

當時還在醫院的，大概.....現在沒有 exact figure，但我估計也有60多人左右。但當我們正式在29日接收時，我們應該大概有100個病人已經入院，隨後我們說的是首3天，我們應該總共收了268個病人——SARS的病人，差不多已經滿了，在兩、三天。當然我們所說的268名病人是全部醫院所接收的數字，因為醫院還有兒科，兒科方面到最後統計，大概佔我們全部入院病人數目的15%，成人大概佔了85%。我們所說的是首3天，EF座已經差不多全滿了。

麥國風議員：

嗯，這200多名病人的情況如何？尤其是嚴重情況，是嚴重程度，譬如是否很多需要插喉，或者很多加護的 high dependency 的照顧，是否很多？

唐國隆醫生：

當時進來的那一批，有很多都是淘大的病人，其實都頗 ill 的，尤其是有些人是肚瀉的，但立即要插喉的卻不是太多，因為他們通常.....我們回顧當時，很多病人大概病發一星期之後，情況才會轉差，需要插喉，接着送去深切治療部。

麥國風議員：

嗯，初期你是否也覺得可以控制得到，可否控制得到？或者當接收病人進來時，你覺得你作為一個部門主管，你認為初期如何呢？

唐國隆醫生：

因為我們.....

麥國風議員：

.....首3天已經接收了.....

唐國隆醫生：

首3天我們真的沒有預計他們可以像“倒瀉一籬蟹”般地進來的，當時的人們真是……我記得最高是113人，是很多病人到來。因為平時我們……譬如我們不是SARS的時候，我們所接收的急症大概是60至80個。如果是110多個，是這麼高度傳染性的病人，是我們未能預計到有這麼多的病人。

麥國風議員：

其實你有否想過要求甚麼協助或者有甚麼所謂的應變措施，你多次提過有一些contingency plans，請問你在這方面，你做過些甚麼工夫？

唐國隆醫生：

譬如我們首先說到人手方面，我當時所見，最初我們預計最先的400名病人，以當時的人手，譬如以醫生而言，我們是可以應付的。但在30日我們已經把人手的要求向趙醫生提供，以及當時我記得醫管局的COS(Medicine) Loretta YAM，即東區尤德醫院的COS，亦很友善，他們還主動問我們是否需要人來幫忙，我們也在那方面向他們匯報一個數目。當時我所報的數目就是，我需要多25位醫生和5位的senior過來幫忙，一起繼續工作，因為第一批的400名病人在3天之內滿額了，所以我們需要找其他人來幫忙。至於nurse方面，我剛才說，因為整間醫院，醫院中差不多大半數都是我們內科和老人科的部門，所以那些工作，對於nurse的要求要多少呢？就是由DOM和GM(Nursing)來統籌和處理的。我不知道他們當時再找了多少nurse過來，我事後知道除了內科和老人科，還找了其他的科目，譬如好像骨科、外科或者婦產科的護士過來幫忙。

麥國風議員：

嗯，你似乎集中火力在人手方面——如果打算解決這個問題。

唐國隆醫生：

嗯。

麥國風議員：

但卻沒有想到入院那方面，你沒有想到，即病人的入院率，你有否想過？可否說暫時停下來，或者找其他醫院來幫忙，有否這樣想過？

唐國隆醫生：

譬如在4月1日，我們在首3天，第一天好像接收了93，第二天接收了62，第三天接收了113，接着第四天接收87。當時的確頗為擔心的，若情況繼續下來，接收病人的數量這麼嚴重，我們如何應付呢？但是……所以我們要求額外的人手支援。在4月1日開始，譬如在醫生方面，開始有兩位醫生到來，對於我們全體同事是一支強心針，可以有人來boost我們的morale，而且真的幫助我們工作。但是，還有一點，當時我沒有想過說要停，因為當時真的有很多工作，我們主要的責任，除了最重要的是進來的那班病人，我們如何把他們處理好，因為有很多病人，我們首要的是先處理好病人。當然，第二件事就是要注意員工之間，大家會否有機會受感染的問題。當然，當時真的有很多工作，我本人在那時候沒想過“叫停”。

麥國風議員：

OK。接着的3月30日有第一名註冊護士受到感染，是不是你部門的—— 那名註冊護士？

唐國隆醫生：

是，沒錯。

麥國風議員：

你作出甚麼檢討，你在證人陳述書第12段中也提到，“I was worried as this was the first staff got infected”，你很擔心，但有甚麼檢討工夫你是做了的，希望不要再有第二、第三個出現呢？

唐國隆醫生：

那位同事，我記得是一位nurse，她在一個病房中受感染。我們都說，每天我們自己的department meeting，一出現這問題，當我知道這宗事件之後，我便向Dr CHIU呈報；第二，我在自己部門也立即宣布有這件事，其實全醫院已經很多人都知道了有第一個

感染個案，因為我們叫做“金漆招牌”的也不行了，接收了200多個，終於有第一個員工受到感染，其實已經預算可能會有，但我們只是盡量減少員工的感染機會。我想主要還是把訊息提供給其他員工，使他們提高所謂防止感染的意識，因為當時我們所做的工作，剛才已說過，就是一套計劃來預防感染，但當時我們再沒有增加甚麼，主要就是把訊息傳出去，說有人受感染，希望大家要小心一點。

麥國風議員：

你說的似乎還是提點他們，卻沒有做甚麼實質一點的工夫來瞭解清楚、分析清楚感染的途徑或者原因？

唐國隆醫生：

至於那名護士，我們都曾經嘗試去察看她為甚麼受感染，包括actually上到病房觀察，當時我記得她受感染的病房是F6病房。我們當時都與DOM一起上去視察環境，以及PPE方面是否足夠，也問她當時如何受感染，但當時真的找不到正式原因。我記得那位護士好像放完假，她本來不是在那病房工作的，是在F4病房工作的，她轉了去F6，但好像是放完假之後，過兩天上班便發覺出現發燒，當時我們都不知道其感染途徑在哪裏，是在外面受感染，還是在病房內受感染。

麥國風議員：

最終是否知道她怎樣受感染……

唐國隆醫生：

現在仍然不知道。

麥國風議員：

不知道。你有沒有找伍德強醫生，或者其他感染控制護士來幫助瞭解感染的原因？

唐國隆醫生：

我本人沒有直接找他們，但因為我說過，我與DOM一起上病房視察病房的設備，看看設備是否有問題，因為第一個會是特別緊張的，為何她會出事呢？但當時我本人沒有直接找伍德強和他

們一起去，但我知道他們……譬如一有這種事，便會通知GM (Nursing)，然後他們——我估計——接着便會找ICN去視察。

麥國風議員：

你說第一個會特別緊張，那第二個應該也很緊張吧。

唐國隆醫生：

不，其實每個都是很緊張的，其實我只是這樣說，我本人做COS，最初當每一名員工受感染時，我都會上探去探望，而且詢問他，希望explore，看看是否找出原因。

麥國風議員：

即你對所有受感染的同事，你都有去……

唐國隆醫生：

起初每個我都有做，但到後來，譬如六十幾個，我根本沒有……

麥國風議員：

但六十幾個不全是你的部門。

唐國隆醫生：

不，不是，當然不是。

麥國風議員：

不是嗎？

唐國隆醫生：

其實我的ICU，譬如今早殷醫生我也有探望他兩次的，也跟他談話，expect他……第一，看看是否可以給他support；第二，也想知道那原因。其實最初所有醫生、護士，我都有上去探望他們。

麥國風議員：

你又到過實地造訪和探訪同事，最終你是否找出原因，在中期而言，你找到原因嗎？譬如舉例，你們的接收工作直至4月7日或4月11日為止，因為這兩個日子有點特別，是嗎？

唐國隆醫生：

是。

麥國風議員：

4月7日不再接收所有從其他醫院來的SARS病人，4月11日更乾脆全部停止了，而且把ICU的病人轉往其他醫院，是嗎？

唐國隆醫生：

嗯，嗯。

麥國風議員：

這兩個日子，其實你是否掌握同事是如何受感染的？如果你說是作出這麼多瞭解。

唐國隆醫生：

OK，有兩個方法，一個就是，我記得是一個叫做F4病房，當時我記得是連續幾天，陸續一個、兩個，總共有5個員工受感染，是一些nurse。當時我們上去看過，覺得從表面找不到甚麼原因，即問不到，又沒有插過喉等，為甚麼病房有事呢？當時立即決定了將病人移到新的病房，以便清洗病房。做了之後，便沒有醫護人員在那個病房.....即和在F4，我們叫F4的病房的員工受到感染。第二個，我亦曾經嘗試過，有一宗是涉及一個nurse和一位實習醫生。他們可能從插喉的治療方法 —— 可能，我是說可能而已 —— 從那方面感染到病毒的。當時，我們亦都有見及此，我們的指引當時述明不要在普通的.....盡量不要在內科病房 —— 因為當時內科病房的條件根本不是很適合作為一個傳染病房 —— 我們叮囑他們不要在那裏進行插喉，盡量第一時間，盡快找ICU。如果真的沒有辦法，需要進行插喉等，如果時間許可，便將他搬到其中一個F4，又是叫F4病房，因為我們在那裏擺放的病床相距頗遠，只有一個cubicle專用作進行插喉。我想這方面，是希望可以減少傳染。

麥國風議員：

你作為COS，你又表示和你的部門運作經理都似乎相當溝通，以瞭解情況，尤其是同事受感染的情況，以及在準備的方面。在初期的時候，譬如26日，然後是29日，之後開始有同事受感染，

這些日子有沒有收到一些員工向你直接或者間接投訴，你們的醫院作為SARS指定醫院是有問題的，或者他們擔心負擔不來？

唐國隆醫生：

我們在開.....沒有很.....怎樣說呢.....我們是開過.....除了在 department meeting，即大家 senior 每天開的會，我們亦都差不多兩至三天開一次 staff forum。出席那些 forum 的，多數是一些 frontline 的醫生。當時亦有一、兩位醫生提過，1 000 個病人的 viral load 很重，我們未必可以做到。但是我沒有收到其他員工向我直接投訴，表示做不到那個任務。

麥國風議員：

其他護士有沒有向你反映？

唐國隆醫生：

沒有直接向我反映。

麥國風議員：

部門運作經理有沒有跟你說過你們的.....

唐國隆醫生：

他沒有向我說過。

麥國風議員：

.....適應力有問題？

唐國隆醫生：

他沒有向我說過。

麥國風議員：

即是總言之，你就是告訴委員會，你曾收到一些關注，不過只是由醫生向你反映。

唐國隆醫生：

是。

麥國風議員：

其實你有沒有在一些時候聽聽收音機？我知道當時有很多人打電話上電台，你有沒有聽到呢？

唐國隆醫生：

不怕對你說，我當時真的很忙……

麥國風議員：

哦。

唐國隆醫生：

……由早上8時開始，直至晚上10時才下班，根本沒有時間聽收音機，除了在家中……在車內收聽一會兒。但是，當時我的同事轉述給我聽，有人打電話上去，表示……有很多方面，我並不 exactly 記得他們投訴甚麼，有一些是關於醫院做SARS個案整個過程的。但是，我不清楚知道每個投訴個案是甚麼。

麥國風議員：

主席，我暫時停一停。

主席：

好的。各位委員，如果大家有問題，便提出吧。梁劉柔芬議員。

梁劉柔芬議員：

主席，我想作出跟進。唐醫生，我想我們都很感動，當時瑪嘉烈醫院的那種緊張情況。但是，在26日——我們都聽了好幾位說，他們在當天收到一個訊息，雖然沒有提到在29日便要開始接收，但是都看到外面來勢凶凶，洶大又是那樣的情況，那麼多病人，相信都會在很短時間，便要進入差不多可以叫做作戰狀態，是嗎？在那個環境下，那麼多位證人都說他們盡量多做他們範圍之內可以做的準備工作，包括我今天聽到有數位證人——除了你之外——都說在醫生的分配上，你們會盡量研究應該如何可以有多一些人手的配備。但是，至於護士或者其他方面，如果我沒有聽錯，很多都說由DOM或者GM(Nursing)負責這方面的工

作。這兩個層次上，其實行軍是一隊隊伍，這兩個層次上，是一個緊密的合作夥伴.....

唐國隆醫生：

嗯。

梁劉柔芬議員：

.....在一個作戰狀態中。作為醫生，尤其閣下是主管醫生，你是瑪嘉烈醫院內科部門主管，你有沒有想過，是否應該有一個更緊密的溝通，看看那些護士方面的配備、人手的配備，能否與你們配合得到呢？如果醫生方面的人手都是緊張，那麼護士方面的人手緊張程度是較低還是較充裕呢？另一個模式會否是更好的一個teamwork來配備呢？我只是想把這個問題帶給你。

唐國隆醫生：

好的，多謝。當時.....我剛才說過，除了內科部門的護士需要留下，其實其他非內科部門的護士，都全部留守的。

梁劉柔芬議員：

嗯。

唐國隆醫生：

所以我們一開病房的時候，其實都是由他們的護士在那裏工作。我們當時估計，既然有.....怎樣說呢.....有一班護士候命，我相信當時的護士人手——我所說的是phase one，即有400個，應該沒有問題的。此外，我們一向的傳統，即醫管局的傳統，通常nursing profession都是交由我們的部門.....我們的DOM，即Department Operation Manager負責。我們的line of direction，多數主力照顧我們醫生方面的人手，因為他們都不懂應如何處理醫生方面的人手。坦白說，nurse方面的人手，醫生都不大懂得他們的人手調配，譬如一個病房一定需要多少人才算足夠。我們是有一些概念，但正式的知識或者如何調動，歷年來，這麼久的傳統，都是由nurse自行負責管理。因為based on我剛才所說過的，由於很多護士都留守，除了一些pregnant的要離開，沒有辦法.....

梁劉柔芬議員：

嗯。

唐國隆醫生：

……大部分護士都留在那裏。我相信當時的護士人手，他們作出調動，應該……我最初認為不會有大問題。

梁劉柔芬議員：

嗯，OK。唐醫生，我想問問，你剛才說過，這間醫院的EF座，除了兒科外，總共有13個內科病房。

唐國隆醫生：

是。

梁劉柔芬議員：

你作為內科部門主管，這13個ward，即13個病房，是否都是由你處理？

唐國隆醫生：

是，沒錯。

梁劉柔芬議員：

請問這13個ward有多少個DOM呢？

唐國隆醫生：

我們整個department其實只有一個DOM。

梁劉柔芬議員：

一個DOM。

唐國隆醫生：

是。

梁劉柔芬議員：

那麼你與他的合作關係通常如何呢？是不是井水不犯河水？你負責醫生方面的人手，醫生的standard —— 即是標準，或者處理手法，而他則只是從護士方面的角度來看，是不是這樣呢？

唐國隆醫生：

我想不是這樣。其實我們很多時候會聯絡的，每天都開會，非正式……很多時候，見面時都經常會傾談。

梁劉柔芬議員：

嗯。

唐國隆醫生：

如果他有concern，都會向我們raise出來，即向我們提出。但是，我記得他當時沒有提到護士方面的人手並不充足，他沒有提過這一點。

梁劉柔芬議員：

OK。唐醫生，我想問問，你平時……以前，你作為內科部門主管，對於DOM所配備給你這個團隊的另外一部分人手，例如護士等，你有沒有特別的要求呢？好讓你們的運作、照顧病人的服務能夠更完善。你有沒有特別的要求呢？為何我會這樣問？因為我聽過有一個出名的醫生，現時亦在醫管局內擔任相當高層的，他曾經說過，他對護士長說，分配護士給他的時候，不要分配那些是兩隻左手的，最好能夠是兩隻右手，所以我覺得，會否你們都對護士部門，或者DOM能否配備到在相當程度能夠與你們接軌的，來做這個團隊的服務，使工作做得更好？在這個層次上，你們有沒有這類的溝通呢？

唐國隆醫生：

我沒有直接要求他……因為我們都知道，譬如打這場仗，當然最好找一些曾經trained過的nurse，譬如今天早上Tom BUCKLEY也表示，最好曾接受數個月的training。

梁劉柔芬議員：

嗯。

唐國隆醫生：

除了內科或外科部門.....內科部門，譬如外科或者骨科的護士，他們對傳染的意識可能未必那麼高。

梁劉柔芬議員：

嗯。

唐國隆醫生：

當時我們都提過，你們的護士的infection control的意識會否足夠？我記得他們當時的答覆是沒有問題，因為當時central已經有Infection Control Nurse，他們也有一個team專門負責infection control的工作。他當時將.....如果我沒有記錯，有另外一位DOM專門負責這方面的工作。我們部門的DOM專門負責M&G, infection control的工作則交給另一個DOM，或者除了一個DOM，好像還有其他.....即數位DOM來負責，因為他們都不走，有些工作由大家分工合作。我們向他們提出了這個concern，據我所記得，當時的答覆是沒有甚麼問題，他們會take care這件事。

梁劉柔芬議員：

OK。唐醫生，我想再問問，剛才你告訴我，通常DOM負責安排護士人手、各方面的質素等，你們則負責另一方面的工作。這只是瑪嘉烈醫院的特徵，還是據你所知，很多醫院的內科部門和DOM的情況都一般是這樣，抑或整個醫管局的所有醫院中，都一般是這樣呢？

唐國隆醫生：

因為我一直都在瑪嘉烈醫院工作，由1979年到現在。根據我的理解，一般的護理工作，都是nursing profession負責處理，醫生方面則由醫生處理。當然，整個部門的主管，如果有些事情真的很grossly，例如對我說人手不足夠，我都一樣會替他爭取，向GM(Nursing)或者HCE爭取。但是，因為我們的training，對於nurse profession不是很熟悉，所以我們一直都是這樣做。至於其他醫院是否這樣做，我不是很清楚，但是據我理解，都是一樣由nursing

profession more concentrate on他們的manpower、professional development，都是由nurse負責，醫生負責醫生方面的事情。但是，當然大家也有溝通，並不是河水不犯井水的。

梁劉柔芬議員：

OK，謝謝你，唐醫生。

主席：

還有3位議員，希望大家爭取和把握時間。陳國強，鄭家富及何秀蘭。陳國強。

陳國強議員：

是。唐醫生，我想問問，你們接收那麼多病人，當中有多少病人並不是患上SARS，有多少是患上SARS？

唐國隆醫生：

根據我們事後的數據，我沒有一個正式的figure，但是我們應該接收了——整間醫院來說，證實患上SARS的病人共有585個，但是我們所收接的病人總數，包括兒科，總共是1 127個，即大概五至六成是證實患上SARS的病人。

陳國強議員：

你當時有沒有想過，其他醫院送來的病人……“係又送嚟，唔係又送嚟”，使你們“踢晒腳”？

唐國隆醫生：

都想不到那麼多了，當時要送來的，我們差不多都要接收，我們不能拒絕病人，因為他們送來，每個都是懷疑個案。譬如當時由急症室上來病房的病人，我們根本不可以在病人入住病房的第二天，便決定到那個病人是否SARS個案，因為他有可能是患上SARS，所以我們要處理每個病人。

陳國強議員：

所送來的，是否全部真的是懷疑個案？還是他們不想自己負責任，所以便交給你們的醫院處理？

唐國隆醫生：

我想不會這樣，因為我們當時主力接收由急症室轉介過來的病人，我所說的是全港醫院的急症室。急症室亦有一個指引，包括病人如果有發燒，有肺炎跡象，有氣促，加上有可能接觸過有SARS的病人，他們才會過來。所以，他們是根據一個指引送過來，不會胡亂送過來的。他們亦會接收一些不似患上SARS的病人，一些發燒的病人，都會收進他們自己的醫院。

陳國強議員：

你沒有懷疑他們為了不想自己的醫院有感染，所以便讓“不乾淨”的，送到你們那個“不乾淨”的地方，讓他們自己乾乾淨淨。你沒有懷疑出現這個情況？

唐國隆醫生：

我想他們不會這樣做。

陳國強議員：

唐醫生，你曾經探望過一些同事。

唐國隆醫生：

是。

陳國強議員：

尤其是你提到殷醫生，你曾經兩次探望他。

唐國隆醫生：

是。

陳國強議員：

你想問問他為何會受感染。你問了他，他怎樣回答你，告訴你他為何受感染呢？

唐國隆醫生：

我記得他對我說，他做到很疲倦。他說當時……我記得他未受感染之前，在某一個星期日 —— 他應該是在星期一入院的 —— 我在某一個星期日見到他，樣子很頹，他表示十分疲倦。我對他說，大家都很辛苦，真的大家都覺得很辛苦。當時，他無法對我說出他的感染途徑。但是，他曾經對我說過，這樣繼續做下去，始終一天都會感染，他曾對我說過這句話。

陳國強議員：

他有沒有告訴你，當時的人手真的不大足夠？

唐國隆醫生：

他沒有提過這一點。

陳國強議員：

主席，我沒有問題了。

主席：

謝謝。鄭家富議員。

鄭家富議員：

唐醫生，你好。我想繼續問一問，你的陳述書第2段 —— 剛才都花了不少時間回答麥國風議員 —— 你其實有提到，在開會之前及之後，你曾向趙醫生表示，你擔心瑪嘉烈醫院其實……你所採用的字眼是“PMH alone might be unable to stand and handle the crisis”。現在我們一直討論……當時大家不論層次的討論，都是想想究竟應該集中風險，還是分散風險比較好？必定應該是這樣想的。

唐國隆醫生：

是。

鄭家富議員：

現在回看，你作為內科部門主管，在瑪嘉烈醫院工作了這麼長時間，現在很明顯，事後大家都看到，集中風險的做法是錯誤的。當時……

主席：

鄭議員，不好意思，我作為主席，我要提醒你不要作任何決定。

鄭家富議員：

好的。當時，在這個問題上，即集中風險和分散風險的問題，有多少這方面的討論呢？

唐國隆醫生：

我記得當時沒有很detail討論這間醫院是否應該做，或者是否承擔等問題。我記得當時曾提到，即正如剛才所說，Department of Health的梁副署長suggest我們要做這方面的工作，因為災情越來越嚴重，由一間醫院負責會比較好。我記得當時是這樣，並沒有很仔細地研究。

鄭家富議員：

但你在第4條繼續說，其實即使到了29日那幾天，你都覺得不是所有同事，都能夠懂得如何處理SARS病人。

唐國隆醫生：

嗯。

鄭家富議員：

其實在整個決定過程，你現在回看，會否覺得由於瑪嘉烈醫院過往是一間傳染病醫院，以及經驗也是最豐富……

唐國隆醫生：

嗯。

鄭家富議員：

.....因為你剛才的答覆，你曾提到“金漆招牌”。會否因為這個“金漆招牌”，反而被這個“招牌”所累？即認為其他醫院似乎可能更加難去處理，於是你們作出了這個決定，是不是這樣？

唐國隆醫生：

如果回看當時的環境，根據我本人的意見，當時聯合醫院——我知道他們很“唔掂”，繼續接收下去，我相信他們.....俗一點說，都會“冧”了。如果要選擇由一間醫院負責，我可以對你說，一定是PM了。因為我們的醫院，正如剛才所說，有一個“金漆招牌”，所以一定會指定由我們負責。當時，對於做與不做的問題，都沒有甚麼異議，但是當時一接到指令，雖然時間很短，我們都集中火力想想如何把工作做好。

鄭家富議員：

但是有沒有想過，譬如其實香港或者九龍都有不少醫院.....

唐國隆醫生：

是。

鄭家富議員：

我剛才一直所問的問題，就是集中風險和分散風險的問題。

唐國隆醫生：

是。

鄭家富議員：

因為你們到了後期，或者在中、後期，都需要其他醫院轉介一些.....

唐國隆醫生：

嗯。

鄭家富議員：

.....醫護人員過來幫忙。在轉介期間，他們可能不熟習你們的環境，有時可能反而弄巧反拙。當時有沒有考慮過，譬如說，我們看看有關數字，譬如廣華醫院整體接收的SARS病人總數是82人，伊利沙伯醫院是120。

唐國隆醫生：

嗯。

鄭家富議員：

相對你們瑪嘉烈醫院接近600的數字.....

唐國隆醫生：

嗯。

鄭家富議員：

.....當時的討論，其實會否覺得既然我們的員工在經驗方面有那麼大的壓力.....

唐國隆醫生：

嗯。

鄭家富議員：

.....你們決定的時候，你的憂慮，你和趙醫生的討論當中，有沒有覺得應該強硬一點，其實應該分散風險，而不是集中風險？否則可能弄巧反拙，幫不到病人，以及令醫護人員的風險更大？

唐國隆醫生：

其實我在department自己討論的時候，都提過.....即大家當然有些建議，有些人說為甚麼不可以分散cluster，每個cluster找一間醫院去做呢？那些都有說過一下，但是接下來大家便沒有再詳細去跟進了，因為我們始終覺得這是一個.....27日的是一個政府的決定。其實我們開玩笑時說過：這麼大的任務，要找個很有說服力的人下來叫我們醫院，才可以叫得動啊。我們那時候還開玩笑說：不如要董建華下來好了。其實27日那天，梁智鴻主席下來了，我

們都覺得是很難做的一件事情，其實之前我們都有 concern，或者都有想過會不會是可以分散去做呢？但我都要再說一遍，這是一個政府的決定，因為實在……不怕這麼說，一個部門主管譬如反映這個意見，是不是真的政府可以去接納呢？我們覺得未必可以。

鄭家富議員：

唐醫生，我現在給你少許資料，讓你去瞭解那個問題，看看……會不會覺得，當上層或者政府決定的時候，很多時都是看看醫院有沒有一些比較大的反對聲音。因為我看了幾份文件，其實資料顯示在3月19日的這個 SARS Roundup Meeting，不少聯網總監都覺得不應該集中風險。楊永強局長在HA的 Review Panel 都曾經說過，在3月26日他自己都覺得不應該集中風險。你現在看回這兩個資料，你覺得當時會不會是高層在決定這個問題的時候，他們聽不到醫院有太大的反對聲音，於是乎認為這樣還是不如試試吧。那你現在覺不覺得，其實當時醫院內部沒有足夠的反對聲音告訴高層，即是既然你們有這樣的憂慮，如果你們早些能夠傳達上去，其實他們可能都不會走這一步。你現在回看，會不會是這樣？

唐國隆醫生：

因為我覺得那時候時間是很緊迫的，即是說，譬如在26日趙醫生與我們討論，可能要求不是這樣做，我們已經回來討論過了，我們表示 concern 一間醫院做不到。而到27日便已經決定了，根本我們都沒有甚麼時間給 frontline 同事去反映。其實，當時梁主席下來我們醫院參加一個 forum 的時候，其實他們也有……那時候我記得都有近二、三百……我想是有二、三百人，都是頗多的，整個 hall 全坐滿了。譬如當時那些員工其實是可以隨便說話的，他們當時都沒有誰說過不可以去做，只是那時候我記得有人要求說，也有提過要做多久？會不會繼續做下去？做6個月、1年？即是覺得這是根本沒有可能的。當時都有要求說，可不可以做短時間、停一停，或者找第二間醫院，都有提過這樣的事。但當時可沒有一位同事說“我們不去做了，不可以做的”。我記得當時沒有人提過這樣的事。

鄭家富議員：

那你現在回看，即是……

主席：

鄭議員，因為你問了這麼久，都在問回看……

鄭家富議員：

我問最後一條問題了，主席。

主席：

即是盡量不要一直問回看的事情。

鄭家富議員：

那倒不是啊，現在也是一些檢討和尋求專家的意見……

主席：

對不起，鄭議員，我們的專責委員會是……

鄭家富議員：

我問……我問多一條吧，主席，好不好？

主席：

你簡短吧。

鄭家富議員：

唐醫生，你覺得你……因為你在陳述書中比較多提及的就是你覺得……瑪嘉烈醫院並不是太適合，是當時吧，我說的是當時，並不是太適合集中接收SARS。你現在回看，確實自4月11日後都已停止了。那你覺得當時總部下這樣的決定，你自己覺得是否恰當呢？以一個專家的身份，或者以你作為當事人、前線的身份。

唐國隆醫生：

首先，這樣說吧，我不是甚麼專家，因為我自己的訓練也不是傳染科，我自己是腎科的。但是如果回看，當然，有兩樣事情，如果以部門主管來看，就是說，當時我們叫停的時候，就是因為ICU“唔掂”；至於我們部門是不是可以“捱”下去，這個我不敢說，因為要是繼續提供人手進來，我們還可以繼續去收一些，但當然那個人數不可以去到百多，我們根本不可能承擔。因為你看

到，到最後的幾天，即臨近我們說不收的那幾天，說的是40.....40餘人而已，那個人數是減少了的，可能是配合到政府的那個.....即又把淘大隔離，是這些措施有少許效用吧，當時的人數是越來越少的。那麼，當時.....你現在回看，那個決定是怎樣？回看就是覺得.....可能是不適當吧，但當時我亦是這樣說，當時他們醫管局.....我不敢說他們怎樣.....即是當時它的決定可能是base on那時的理由，我覺得也是適當的 —— 當時醫管局的看法。

鄭家富議員：

沒有問題了，主席。

主席：

何秀蘭議員。

何秀蘭議員：

主席，在唐醫生亦是回答我們的問題第二條那裏，他說到是衛生署想去看可不可行。在我們理解之中，醫院應該是與醫管局那邊大家商討的，但是這段卻說明是衛生署。那麼，唐醫生那天與趙醫生開會的時候會不會察覺，其實醫管局是有一個角色，還是沒有一個角色？

唐國隆醫生：

我們那時候其實沒有很詳細說誰是“老闆”。在那時候，我記得就是說，梁栢賢副署長有這樣的建議，她亦說事後醫管局會檢.....即是去看看是否真的去做。其實我想這並不單是Department of Health，我想應該是醫管局和衛生署的決定，我估計當時應該是的。

何秀蘭議員：

而當時亦說過是看看那個可行性而已，那個答案是寫“to explore the feasibility”，我看下去的理解就是，那是可以商量的，是可以“擰頭”的。而當時唐醫生又是否知悉有1 000個病人這個目標呢？即瑪嘉烈醫院可以接收至1 000個SARS病人，抑或當大家討論的時候只知道“我們盡量收吧，料想都不會這麼多，一天50個左右”？

唐國隆醫生：

當時真的沒有很詳情說預計怎樣收人，但是1 000個病床是有提過的，我們醫院是一間指定醫院，大概有1 000個……預計有1 000張床來收這些病人，但沒有說是……即再詳細說會每天收多少，我們沒有……當天沒有提過這一點，沒有檢討這一點。

何秀蘭議員：

即是3月26日的時候已經知道是有這個目標的了，回去做準備工夫都是要為了1 000個的那個目標而做的。

唐國隆醫生：

是，是的。沒錯，沒錯，是。

何秀蘭議員：

而在我們的文件中，或者唐醫生可以看一看，就是H18，是醫管局給我們的，這份文件就是“Report on designation of Princess Margaret Hospital as SARS Hospital”。那是一個……

唐國隆醫生：

不好意思，我先找回那個……

何秀蘭議員：

……是一個3頁紙的文件。

唐國隆醫生：

是。

何秀蘭議員：

在第19段那裏……

唐國隆醫生：

是。

何秀蘭議員：

在第19段的第4行那裏說，在4月11日，醫管局的總部“the HAHO”就決定不再給瑪嘉烈醫院再收SARS病人了。相對於當初做決定時有衛生署在場，決定不收卻沒有衛生署在場。唐醫生知不知悉決定不收的時候，你的上司與其他的高層有哪些人在做這個不收的決定？

唐國隆醫生：

我……以我的理解，我們的總監是在他們每天開的一些 Director Meeting那裏決定的。我不知道是哪幾位做這個決定，應該是HAHO的高層決定的。

何秀蘭議員：

唐醫生是否知悉，在做這個不收的決定時，衛生署有沒有一個角色？即是……

唐國隆醫生：

不知道，我不清楚。

何秀蘭議員：

OK。另外在同一份文件那裏，第20段有一個結論，說了有3個因素，一個就是醫院裏面和醫院之間的員工調配，其他是把深切治療部的病人轉去其他聯網和停止接收病人，即是做了這3件事情之後，瑪嘉烈醫院便可以慢慢有效地運作了。其實，作為內科部門的主管，你的上司有沒有告訴你要一直看着人手和病人的增加去報告，作一個評估呢？

唐國隆醫生：

其實，我們當時天天收這麼多人，我們天天都有email與Dr CHIU聯絡，我們亦向她匯報那個情況。其實她天天都在看，我相……即當時她真是天天都看着收多少人，怎樣應變。我們天天都有聯絡，談那個“災情”——我們就這樣說好了。至於說是怎麼做，當時我信得過她亦很正視這個問題，包括譬如人手調動方面，都做了適應的措施。

何秀蘭議員：

你覺得這個決定是適時，還是來得太早或來得太遲？

唐國隆醫生：

你說的是哪個決定？

何秀蘭議員：

停止接收病人，即是這3個因素一起做。

唐國隆醫生：

正如我剛才所說，譬如我是.....我剛才說過，我是內科及老人科部門主管，當時我都說過，停的主要因素就是因為ICU的問題，你繼續收人進來，那些病人又要進ICU，根本不可能再收了。我相信當時不停也不行，應該這樣說。但至於是是不是可以再早一點停呢，事後看來，這當然是最好的了，即是早一點停便會好些。但當時我覺得他們都已用盡方法去處理那些所謂當時的災難。

何秀蘭議員：

主席，最後一條問題：唐醫生知不知道，或者他自己在內部有沒有做過一個檢討，就瑪嘉烈醫院在他主管之下的病房在那個期間的運作，事後有沒有做一個檢討報告？

唐國隆醫生：

我們是有一個.....我們事後有一個report關於我們在SARS期間做過些甚麼，我們交了給我們的趙醫生。

何秀蘭議員：

主席，這個報告我們有沒有？

主席：

對不起，唐醫生，你說的那個是你內科部門的報告，還是哪裏.....

唐國隆醫生：

內科部門，應該是。

主席：

我們應該沒有。唐醫生，可不可以把這份報告也交給我們委員會？

唐國隆醫生：

可以，可以。

何秀蘭議員：

主席，我問完問題。

主席：

謝謝。大家知道了，我們今天的安排，本來唐醫生是今早來的，現在卻是下午來，所以希望大家留意時間。不過，陳婉嫻，你有問題想問，是不是？簡短，好不好？

陳婉嫻議員：

是的，主席，我很簡短。剛才阿Cyd問的問題，我想稍作跟進。

唐醫生，剛才你回答何議員的時候，你說趙總監天天看着醫院的情況。很明顯，你們就是說，從29日開始收，很快便去到.....那幾天很爆，爆得很厲害。我看專家小組那裏有個圖表，到第三天已經達到268個人了。如果到了一個星期，便達到555人，即那天是4月4日。但你們做那個決定，當它不再收的時候，是直到4月11日。我亦看到，在那段期間，實際上瑪嘉烈的醫務工作者的感染，可以說是大量的感染。那你覺得，趙醫生天天看着醫院的情況，你覺得她做這個決定會不會有一種後知後覺呢？

唐國隆醫生：

你又回看.....即是這樣子，我以個人意見來看，因為首3天.....3、4天是收了很多，但接下來，你看回那個figure是回落了一點的，我說的是首4天，首3天是268，接着是87，接着是70多，接着便4.....你再看便是回到40.....三、四十。就算我們.....譬如以我的內科部門來看，最初幾天真的做得很辛苦，譬如我前兩天都跟同事們討論，他說晚上那些症，12時之前收的那些，都要收到早上6時才收到，人家是做得很辛苦的。但我.....即是這樣說，其實我們醫生的傳統就是很能“捱”，一兩天是不要緊的，但長遠計

便不行了，是該這麼說的，對不對？我們這樣回看，就是說，他們“捱”過了很辛苦，都希望有好的明天，譬如我們內科部門看到的，就是，一直在減少的了，一直在減少的了，而且亦希望有人來buffer我們，這樣便可以繼續做下去。整體就是說，今次主要的問題就是ICU出現的……怎麼說呢……即很多醫護人員受感染，所以不叫停也不行。而且你繼續收下去的話，那些病人需要深切治療卻沒有人……即沒有地方可以安置他們，所以不停也不行。所以那個時間就是……那時候要天天看着那個情況，來決定怎樣做。但至於你說是不是該早些抑或遲些，那麼事後看，當然是最好早些……所謂停止最好了，但當時應該亦很難做一個很好的決定。

陳婉嫻議員：

理論上，面對着……你們一直……即我同意你在3天後好像有一點放緩，但都是很大的數字，仍繼續在上升。所以，我聽你說趙總監在看着，你有沒有知道她在這幾天當中曾經與聯網或者HA說“我們不能夠再收了”？

唐國隆醫生：

我不知道。

陳婉嫻議員：

你不知道。你有沒有提過一些意見給她？

唐國隆醫生：

我沒有向她提出要停收。

陳婉嫻議員：

OK。謝謝主席。

主席：

唐醫生，我有些事實都想問清楚。因為在你的陳述書第5條的答案裏面，你說第一期的計劃是400張病床，而你亦有提過，在你的第2條……對不起……應該是同一個第5條的答案，提到在第二期額外需要多30個醫生。如果從數字上看，你在3月26日之前是65個醫生看400個病人；第二期需要多30個醫生，是不是第二期都是收多200個醫生……病人，對不起。

唐國隆醫生：

是，我想clarify，我起初所說的那40個醫生，他們除了要照顧SARS病人，還要照顧.....我們因為還有個P座，即腎科大樓，還有一些病人在那裏，那些是clean的case，乾淨的，他們亦要照顧那些。將來的人手不用包括這班醫生在內，還有一些醫生是看門診的，那些亦不用計算在內。我們主要說真正要照顧SARS病人的，我是需要30個醫生。但當然了，我們不是說到30個便停止，如果真真正正當時不是ICU的問題，或者我們沒有甚麼員工受感染，我們繼續做下去的話，我會繼續ask for，因為那時候說的是在打仗，天天都在變。譬如說，兩三天如果看到又不行，我便會把那個figure再改，因為這個是在3月30日提出的。

主席：

呃.....唐醫生，可不可以也解釋給我們聽，第一期是400個病人，那麼有沒有第二期？第二期是多少個病人？

唐國隆醫生：

第二期，我們起初是說整間醫院大概有900張床收.....即起初是1 000，後來計算之後好像是900張，大概是有100張ICU beds，另外因為兒科亦佔去.....所說的有近100張床。如果是說內科，大概.....如果第二期來說，我們估計是三、四百張。

主席：

OK。但有沒有實數？

唐國隆醫生：

呃.....可以計算出來的。

主席：

可以計算出來？即是那時候有沒有一個數字存在？

唐國隆醫生：

當時是一個.....怎麼說呢.....呃.....當時有一個.....我有個數字，但我要翻查才知道。我記得全間醫院總共是912張床，但ICU

不知道是不是有85張、兒科不知道是不是有100多張，扣除這些，剩餘的便是內科的病床。

主席：

好不好也把這些資料提供給委員會？

唐國隆醫生：

可以的。

主席：

另外，剛才你說的那個數字，就是整間瑪嘉烈醫院收到的SARS病人是500多，但你接收的病人卻超過1 000人，即那個真真正正我們叫做.....技術上叫做false positive，即是有一半送來的都不是SARS的病人。但據我們這個委員會所知，另外有一間醫院，如果我沒有記錯，應該是聯合醫院的急症室告訴我們，轉過來的差不多九成以上都是SARS病人，那即是說，除了聯合醫院之外，其他醫院的成功率豈不是很低？當時有沒有看着這個問題，有沒有研究過這個問題？

唐國隆醫生：

我想如果聯合醫院有這樣的聲明，我想是因為它主要接收淘大的病人。其實淘大.....因為你也知道，當時差不多.....真的這樣說，10個有9個都是真的，因為他們全部困死在一間裏面，大部分真的進來有發燒肺炎的都是。但其他在市面.....即是從community進來的那些卻並非每個都是，所以我想聯合醫院的命中率應該是很高的，因為它所收的全都是淘大的病人。但至於你說平均來說，我們醫院confirm的是50、60%，其實每間醫院是不同的。譬如你說瑪麗醫院，他們可能收.....因為他們香港島比較乾淨，所收的病人當中，懷疑個案可能是說.....即真實和懷疑個案，說的可能是百分之二十幾而已，所以每間醫院所收的人.....即是所謂真正confirmed SARS compared with入院的病人，是每間醫院都不同的，視乎你的地區，你所收的人從哪裏來。

主席：

好，謝謝唐醫生的澄清。如果各位委員沒有問.....是.....何.....

何秀蘭議員：

不是問唐醫生，但可不可以問瑪嘉烈醫院取回一個數字，是關於其他醫院轉介病人過去的那個命中率是.....即是確診的百分比是多少？因為剛才陳國強議員也有問，會不會其他醫院“係又送過嚟，唔係又送過嚟”。

主席：

我們接着研究這個問題，好不好？

各位委員，我們多謝唐醫生出席今天的研訊。唐醫生，你的研訊今天到此為止。日後如果我們有需要的話，可能會找你幫忙。

各位委員，現在是3時50分，我建議休息10分鐘，到4時再開始。我希望到6時怎樣也要結束今天的研訊了。希望大家稍後留意，爭取時間，現在暫時休息。

(研訊於下午3時50分暫停)

(研訊於下午4時01分恢復進行)

主席：

各位委員，我們繼續我們的研訊。接着的證人是九龍西醫院聯網行政總監，亦即是瑪嘉烈醫院行政總監趙莉莉醫生。

趙莉莉醫生，多謝你出席今天的研訊。專責委員會傳召你今天來到委員會席前作證及提交證人陳述書。首先，委員會決定證人需要宣誓作供，我現以專責委員會主席的身份負責為你監誓。

你可選擇以手按聖經以宗教形式宣誓，或以非宗教形式宣誓。請你站立及依照放在你面前的誓詞宣誓。

九龍西醫院聯網行政總監／瑪嘉烈醫院行政總監趙莉莉醫生：

本人趙莉莉，謹對全能天主宣誓，我所作的證供全屬真實，及為事實之全部，並無虛言。

主席：

多謝你，請坐。趙醫生，你在2003年12月22日及2004年2月19日曾經向專責委員會秘書提供證人陳述書，你現在可否正式向專責委員會出示這兩份證人陳述書作為證據？

可以，是嗎？謝謝你。

趙醫生，為了方便列席人士瞭解證人的證供，我們會派發你的第二份陳述書給今天在場的公眾人士和記者。你即時就這一份陳述書有沒有地方想補充？

沒有。謝謝。

應專責委員會的要求，你亦向專責委員會就九龍西醫院聯網及瑪嘉烈醫院在處理嚴重急性呼吸系統綜合症爆發方面的表現及須要承擔的責任提交了意見書，你現在可否正式向專責委員會提交有關意見書作為證據？

可以。謝謝你。

應專責委員會的要求，你亦向專責委員會提供閣下專業資格及經驗的資料，你可否確認這些資料是正確的？

可以。謝謝你。

趙醫生，我想問一個比較簡單的問題，這個可能都是一個很重要的問題。你可不可以告訴委員會，究竟瑪嘉烈醫院作為指定的SARS醫院這個問題，你何時開始參與這個討論？你印象之中。

趙莉莉醫生：

多謝主席。在3月26日中午的時候，梁栢賢醫生打電話給我，問瑪嘉烈醫院可不可以全部接收新的SARS病人。當時，他問瑪嘉烈醫院有多少病床，我說我們本身有1 200張病床左右，如果你說全院完全用來接收SARS病人的時候，應該可以“最盡”都是去到1 000個病人左右。我當時亦有問他，為甚麼要選擇瑪嘉烈。

主席：

趙醫生，你理解當時當梁醫生找你的時候，他是一個探討，抑或他已經作出一個具體的建議，抑或他是個人的探討，抑或是

衛生署的探討，抑或是某一個委員會的初步決定？他怎樣向你描述？

趙莉莉醫生：

正式那些字句，現在不記得了，但我當時有一個感覺，就是其實那個決定去找一間醫院做，就應該是已決定了，而問題是問瑪嘉烈醫院可以收到多少病人。

主席：

即你的感覺……

趙莉莉醫生：

是。

主席：

……已經是決定了的，即是在26日。

趙莉莉醫生：

是，即是要決定需要找一間醫院來接收所有新的SARS病人。

主席：

嗯。不過，當時未決定是不是……

趙莉莉醫生：

未。

主席：

……瑪嘉烈醫院。

趙莉莉醫生：

是了。

主席：

於是便問你，你便去探討病床數目，是嗎？

趙莉莉醫生：

你可以說是叫瑪嘉烈醫院收，而你是可以收到多少病床。

主席：

即你得到的訊息就是……

趙莉莉醫生：

是。

主席：

……那個決定是有一間醫院，他都是想叫……是一個建議，抑或已經是決定了的？

趙莉莉醫生：

因為始終……我當時收到的訊息是，最終的決定都是要政府方面才能下決定。

主席：

即當時你收到的尚未是一個正式的決定，對嗎？

趙莉莉醫生：

對，尚未是。

主席：

OK。我把時間交給各位委員，有問題的可以舉手。何秀蘭議員。

何秀蘭議員：

謝謝主席。我們剛才聽到趙醫生說，就是衛生署……

趙莉莉醫生：

對不起，我聽得不是很清楚。

主席：

幫幫她看看那個位置的問題。

何秀蘭議員：

慢慢來。

主席：

調校大聲一點。

趙莉莉醫生：

調校到“盡”都聽不清楚。

主席：

何議員，你說說話吧。

何秀蘭議員：

我的“咪”倒好像沒有問題。可不可以？現在聽不聽到？大家。謝謝趙醫生。

剛才你就說是衛生署的梁栢賢醫生用電話通知你，大家……

趙莉莉醫生：

是。

何秀蘭議員：

……是第一次去傾談這件事的。你有沒有想過和梁栢賢醫生傾談完之後，再和醫管局的總部大家也傾談一下呢？找找當時可能是高永文醫生或者是梁智鴻醫生，大家去看看這件事呢？

趙莉莉醫生：

是。其實，我接了梁栢賢醫生的電話之後，我就立即和高永文醫生溝通，即是去瞭解那個情況究竟是怎麼樣。高醫生亦是給了一個同樣的訊息，主要就是我們要去看看瑪嘉烈醫院能夠收到多少病人，以及那個可行性是怎樣。

何秀蘭議員：

是。即是高醫生當時都知道要找一間醫院來做SARS醫院這個決定？

趙莉莉醫生：

是。

何秀蘭議員：

那他和你傾談的時候，是探討的形式呢，抑或是“都是瑪嘉烈醫院的了，你都不可以拒絕了”的那種形式呢？

趙莉莉醫生：

我可以說的是，那個共識是需要集中一間醫院去收，你說去選擇哪一間醫院呢？就是哪一間醫院最適合做。

何秀蘭議員：

但是，大家都沒有想過可以集中幾間醫院，即是用一個混合模式去做？

趙莉莉醫生：

對不起，這樣的一個問題，我就沒有有關的資料。即譬如說，他們在那個研究的過程中究竟有沒有分析是一間好，還是分散幾間好呢？這個我就完全沒有資料。

何秀蘭議員：

是。1 000個病人那個目標，我們剛才聽到了，就是基於瑪嘉烈醫院本身都有1 200張病床那樣去計算出來的。但是，深切治療部那個數字又是怎樣計算出來的呢？

趙莉莉醫生：

因為當時其實是.....去講1 000個病床，是一個.....不是說經過很細心的考慮，而是.....所以我剛才說，就是瑪嘉烈醫院有能力收到多少病人，這個就是1 000，就是用這樣的數字計算出來的。

至於.....亦是考慮到大約以SARS病人當時的需求，大約是10%左右，所以就有一個100的數字計算出來。

何秀蘭議員：

是。這個百分之十的比例，是基於以前的甚麼經驗估計出來的？

趙莉莉醫生：

這個是基於我們在瑪嘉烈醫院.....因為直到3月26日的時候，都處理過80個多一點左右的.....當時你可以說是sCAP的病人——severe CAP的病人，而當我們對比在.....需要深切治療的那個對比，大約是10%多一點左右。這是一個很初步的估計數字，所以我們到了後期再次去研究病房的設備、病房的數目，那便再次有一個比較更詳盡的分析，就是有多少是成人病床，多少是小孩子的，多少是深切治療的，多少是可以再加上去的深切治療病床。

何秀蘭議員：

當時有沒有考慮過用85個病人來做一個基數，以及當你整間醫院可能真的達到1 000個病人的時候，那個密集程度、所需求的人手和設施，其實是會有一個比較大一點的比例的需要呢？

趙莉莉醫生：

至於人手方面，因為我們考慮到的，就是如果全院完全只是做處理SARS病人的時候，主力醫護隊便會是內科、兒科、以及深切治療，加上其他的配套，譬如X光部門、化驗所等，而護士會是每一個病床.....即每一個病房都做，所以我們就是用這樣的.....初步的人手計算，以此計算出來的。

何秀蘭議員：

是。瑪嘉烈醫院雖然是一間傳染病醫院，但是以前未嘗試過整間都做傳染病，尤其是傳染性那麼高的病。當時有沒有估計到在.....即如果要接收那麼多SARS病人的情況之下，那個改善措施，譬如安裝抽風設備以及調配人手那方面，是需要多久才可以完成那些準備工夫？

趙莉莉醫生：

因為在整個設計……整個這麼龐大的過程裏面，其實有很多方面我們是需要注意到的。第一，就是整體上那個控制中心是怎樣去設計、怎樣去做一個……你可以說是一個war cabinet。另外一方面，就是要怎樣將目前其他不是SARS的病人調配去其他醫院。第三，就是怎樣去將醫院改建，以便適合去配套做到一間SARS的醫院，這個包括譬如病房通風系統的設計、防感染的措施、其他PPE和人手的調配，怎樣去運作等，所以是有很多不同方面需要考慮的。

何秀蘭議員：

當時3月26日有沒有立即計算出，甚麼時候才會全部做完這些改善設施？

趙莉莉醫生：

當時我們的預計是要……因為醫院裏面始終都有很多科，如果要將其他科目全部撤退，我們認為大約到了第二個星期尾，就應該全部做完所有的事務。即是預計認為……初期的那一段時間有400張內科病床，就是將內科在EF座的病人——即其他不是SARS的病人——轉過去ABCD那一邊，那ABCD是外科、骨科，其他那些科目，就會轉去其他醫院，是用一個漸進式的形式來調配……來慢慢發展到1 000個這個目標。

何秀蘭議員：

當然，那時候的情況也不容許漸進了，因為……

趙莉莉醫生：

是。

何秀蘭議員：

……病人都是這樣湧進來了。但是，這些改善設施，譬如安裝抽氣扇這些，能否追得上呢？會不會有病人進了那間病房，然後才慢慢陸續去安裝或者改善抽氣系統呢？

趙莉莉醫生：

其實在改善病房那方面，我亦要在這裏再次多謝機電工程署的同事及建築署的同事，他們是很快地在那個weekend幫我們很快地在每一個病房裏面安裝抽氣扇，他們的工程是配合得很快的，所以是沒有……還有，我們譬如說在……慢慢開設病房來做SARS病房的時候，也不是說在第一天已經要全部開設了，所以是有一個時間，讓我們可以遷就這個時間，但是，很肯定的就是，不會有一個病房在接收SARS病人的時候還未做好改善通風系統的工作。

何秀蘭議員：

嗯。但是在控制感染的措施方面，員工的培訓是不是也追得上呢？會不會是3月29日開始收的時候，所有要調配去照顧SARS病人的員工，都已經受到適切的訓練呢？

趙莉莉醫生：

在防感染的培訓方面，我相信我們之前幾位同事都說過很多次，其實是很分層式地去……譬如說，每一個病房自己亦有一個Link Nurse負責去教導，而且亦很快在兩、三天內已經製作了一個VCD，那個VCD是不斷、不停地在醫院內轉播的。在職員餐廳、在醫院病房裏面的電視機是不斷……用一個很密集式的方式來教我們的同事關於防感染方面。我想防感染其實在那時候，始終都是飛沫傳播，所以最重要的事情就是怎樣正確地佩戴口罩和洗手——洗手的過程，怎樣才是一個正確的洗手過程。此外，譬如說在不同的地方，你需要近距離接觸病人的時候，你需要穿着防護衣物等。所以，這些是最重要的訊息，而我們是用一個……除了一個很簡短的教……因為你有太多同事，就算你開辦多少班都未必可以遷就他們，所以我們發覺用VCD這個形式是最有效的，它可以不停地轉播的時候，同事隨時……或者他亦可以將VCD帶回家中，自己在家中看。

何秀蘭議員：

有沒有員工向你反映是很擔心，可能是信心未足夠，或者是覺得醫院的設施和人手的培訓速度追不上，覺得收SARS病人的速度應該要減慢呢？員工的擔憂，你有沒有聽過？

趙莉莉醫生：

員工的擔憂是一定會有的，因為始終大家聽到……譬如說威爾斯醫院那方面有那麼多員工受感染，這樣的時候，如果知道自己要做一個接收SARS病人的醫院，擔心那方面是一定有的，所以我們就對不同層面的同事，盡量去解答他們的憂慮，用這樣的方式，即他們是……還有，譬如說我由3月19日開第一次CCE forum，那時候是因應接收了……當時威爾斯那邊開始有爆發，所以加強了防感染那方面，已經在這些forum裏面不斷地講解防感染那方面。而在3月27日開第二個CCE forum的時候，很肯定是有員工提出憂慮，但他們主要的憂慮是真是人手夠不夠，資源夠不夠等。我們明白到他們那個憂慮的時候，亦知道在哪方面我們要注意。

何秀蘭議員：

你覺得這些意見是個人的情緒過敏，是可以大家傾談去安撫下來，抑或是應該有一些實際措施去改善，令到員工真的可以有一個好一點的支援去做到他們要做的事？

趙莉莉醫生：

兩方面都有。其實，我們是take note of他們的憂慮，而知道哪一方面我們要特別注意。所以我們是在全速進行的，譬如說PPE的配對，怎樣是……員工的培訓，病房裏面怎樣等。當時，其實他們其中有一個很大的憂慮，就是究竟我要在SARS病房工作多久？這方面，我們……因為當時時間亦很早，所以當天梁智鴻醫生來的時候，他亦有回答員工的這個問題。因為當時其實那個情況在……我們是面對一個新的疫症，其實在病情的認識、在防感染方面的措施、設施應該要怎樣做，是每天在……多知道了消息……資料的時候，我們亦知道如何去辨認。而且，在員工的……譬如說應該工作多久便要出來休息，其實是每一天早上我們都在研究着，哪一個是最適合去處理的方式。所以在3月27日那麼早的時間，我們很難很確實地告訴他，你工作4個星期就會有一個星期休息，抑或工作6個星期便可以出來。我們只可以在那個時間，知道這些是員工憂慮的問題，那我們便note down，然後我們接着會在總部再次商討，哪一個是最適當的方式去面對這些問題。

何秀蘭議員：

員工一直都會有意見提出來，那麼在院方方面，有沒有確立一個正式的渠道去處理所有的擔憂，以及如何向醫管局那邊反映這些意見，去尋求支援？

趙莉莉醫生：

我在聯網裏面是負責與醫管局溝通的人，因為我每天早上都上去醫管局總部的SARS Roundup Meeting那裏，會向它反映我目前在瑪嘉烈醫院和在九龍西聯網，在應付SARS的疫情之下面對的問題。然後就在那裏，各個聯網總監、主席和高永文醫生，我們便會大家去看每一次……因為其實每天早上要解決的問題有很多，當時亦不止是瑪嘉烈醫院有問題，很多……還有根本那個疫情的轉變是怎樣，究竟……還有尤其是最初幾天，那些病人的數目上升得那麼急速的時候，根本我們亦不知道，其實那個疫情的爆發程度會是怎樣，會不會受到控制，究竟是繼續一直上升，抑或會停止。我們其實有很多方面需要考慮，要評估當時的情況，我們採取甚麼樣的應變措施是最有效呢等。

何秀蘭議員：

從不同的文書中，我們都看到，其實醫管局是答應給予支援的。我們有一份文件H6(C)，這是在SARS Roundup Meeting內有說到的，瑪嘉烈醫院應該自己恆常地看看本身的capacity可以處理的病人數量，而且如果需要支援，亦應該盡快提出來。而趙醫生你本人的意見書中也有提及，你有醫管局的“reassurance of support”。但是，你覺得當你去反映這些人手不足、要求調配人手的意見時，醫管局其他聯網和醫管局整體對瑪嘉烈醫院的回應夠不夠快呢？

趙莉莉醫生：

嗯……你說夠不夠快，那便很難去評估了。每一次我去說，譬如說人手不足、需要深切治療的支援時，總部都有去……即是有一個人名……譬如每一個聯網有哪一類員工可以調配過來。但是當然，由於當時其實整體上香港……尤其是深切治療的病床都很緊張，每一個深切治療部本身都很忙，所以他們也覺得如果需要調配人手出來，他們亦需要作相繼的調配才能騰出人手。所以變成了，由你提出需要多少人，直至它們真正可以放人過來，中間是有一段距離的。

何秀蘭議員：

那麼，趙醫生，其實你是用自己瑪嘉烈醫院的ICU的需要來評估這是快或慢，還是你體諒到其他醫院的人手調配而去評估快或慢呢？

趙莉莉醫生：

因為我們主要是.....其實是兩方面一同進行的。在我們瑪嘉烈醫院，很早已經有一個名單，就是哪些是以前曾經做過深切治療，哪些受過深切治療的訓練，然後他們需要早些調配進去。而且在聯網內的各個醫院，我自己去控制那方面的人手調配亦比較容易，所以這些是我們初步調配進去幫忙的人手。

何秀蘭議員：

醫院內部自己都有盡過努力吧，但是其他聯網透過醫管局給予你的支援，是夠還是不夠，是及時還是不及時呢？能否應付瑪嘉烈醫院ICU的需要？

趙莉莉醫生：

呃.....是比較慢了一點，即是在我們最危急的時候不能來，這其實與整體環境的問題有關係。因為譬如說，我們當初預計深切治療的需求時，是病人入院大約7天至10天才需要.....即他的病情才會惡化，然後才需要進入深切治療部。所以其實我們當初計劃的時候，預算深切治療的需求會是慢一步的。於是，第一步就是怎樣將我們目前那些不是SARS的病人搬離瑪嘉烈醫院，然後立即開設新病房接收新的SARS病人，然後再開設深切治療病房，就是這樣一個一個步驟地進行。但問題是，淘大花園的爆發，那個情況並不在我們預料之中。譬如我們今時今日發覺，其實淘大花園的爆發屬於很突發性，同一時期有很多病人一同受感染，而不是一個傳一個，慢慢地傳播。因此，就算在3月29日、3月30日進來我們醫院的淘大花園病人，他們也不是第一天有問題，其實他們很可能在3月23日、24日的時候已經受到感染。所以by the time他們入院時，其實已經是第七天、第八天了，這麼急速的深切治療需求，肯定不在我們預料之內。於是乎，譬如當初我們考慮到和預計到的人手調配等方面的整個計劃，比我們到真正需要的時候慢了，原因就在這裏。

何秀蘭議員：

是。主席，因為聯網總監會議的會議紀錄都寫得較為簡單，我們可以看到，在4月3、4日左右便已經提了出來，說要其他聯網調配ICU護士過來，可是到10天之後才開始成事。但是，當時在聯網總監的會議中，有沒有看過每一個聯網之內有多少SARS病人，於是乎它的比例是否會較瑪嘉烈輕鬆，因而用這些標準去看看人手應該如何調配呢？

趙莉莉醫生：

因為我們其實需要考慮的一件事，就是當時我們整體上醫管局的資源如何分配。當瑪嘉烈醫院完全做SARS病人的時候，我們便完全不會提供其他服務。雖然你說在爆發SARS的那段時間，整體的公營醫療機構對其他的症狀、其他的服務是減低了，但依然有很多急症，所以你會看到，譬如有些醫院雖然本身的SARS病人數目少，但其實它可能是承擔着很多.....譬如我們九龍西聯網因為減少了其他服務，譬如急症手術或創傷等其他服務是繼續進行的，變成了它們的SARS病人數目可能減少了，但其他病人和其他深切治療的需求是一樣存在的，不等於它沒有SARS，它的深切治療部便很空閒。

何秀蘭議員：

是，各個聯網都會有自己的工作，但是有沒有就各個聯網自己的工作量和人手做一個評估，看看它們的比例是否會較瑪嘉烈為佳，因而亦調配一些人手過來這邊應付這麼惡劣的環境呢？

趙莉莉醫生：

其實每一間醫院的深切治療部，有點兒不是說每個都有很平均的人手比例或者怎樣。而且因為深切治療其實有兩大類，有一類深切治療由內科醫生主導，有一些深切治療由麻醉科醫生主導，所以大家的運作情況、做事方式都有少許分別。所以你會看到，今早譬如Dr BUCKLEY說到威爾斯，威爾斯是麻醉科主導的，所以它能夠和麻醉科的部門.....因為那其實是一個部門，所以他們的人手和麻醉科的人手調配是很密切的，容易做到比較鬆裕。但是其他很多急症醫院的深切治療部，很多時都是由內科醫生主導，由於與麻醉科方面沒有這麼密切的聯繫關係，於是人手便不是這麼容易調配了。

何秀蘭議員：

是，趙醫生，或許也請你理解，其實我不是問其他醫院或者聯網為甚麼不能調配人手過來，而是問有沒有做過一個公道的評估，看看大家的工作量和工作性質，其他聯網是否仍然可以有多出的人手，盡快調往瑪嘉烈醫院。

趙莉莉醫生：

呃……因為……正如我所說，整個SARS的過程是演變式的。大家是逐步逐步去明瞭整個運作的過程，去探討甚麼是最理想的運作方式。在初期，譬如說調配人手過來，尤其是譬如我們從自己聯網之內調配人手過來，都發覺到就算一個很富經驗的員工，當他來到一個新的工作環境，他也不是工作得十分隨心所欲，他的效率會打了折扣。所以我發覺，其實後期要是將瑪嘉烈醫院可能需要進入深切治療部的病人，趁他們的情況還未惡化的時候及早把他調去其他醫院的話，這個可能是更加理想的做法。

何秀蘭議員：

主席，我們可否這樣處理呢？如果趙醫生不肯回答有沒有做這個評估的話，我們惟有理解為，結論就是“沒有”，因為我問了3次，我不想同一個問題反覆再問。

主席：

我相信，趙醫生，剛才何秀蘭議員的問題是問：有沒有運用一些譬如準則或者機制，去衡量其他醫院可以調撥多少人手。而你卻在解釋為甚麼他們調撥……一直都在解釋他們為甚麼調不到人手。到底有沒有一個過程去想出一個方法，來衡量怎樣才算是一個合理的調動呢？有沒有呢？

趙莉莉醫生：

因為當時是沒有做過這樣的一個評估的。

主席：

沒有做過。

何秀蘭議員：

行，謝謝主席。另外，剛才趙醫生亦提到，在體諒其他醫院的人手調動時都會察悉到，其實這個都是經驗，是告訴大家，從另一些醫院調到一個新環境的時候，其實未必能夠立即熟習整個環境、團隊，未必能夠盡量發揮，表現可能會打折扣。當初醫管局決定說可以全力支援瑪嘉烈的時候，有沒有考慮過這點？

趙莉莉醫生：

嗯……其實全力支援是有很多方面的。深切治療部的人手只是其中之一。全力支援對我們來說，就是PPE方面的供應，以及譬如說我們第一天……即27……不，28、29、30日那幾天需要將我們的病人調去其他醫院的時候，他們和其他聯網幫我們安排了很多車隊，去安排病人的運送。另外一方面是內科的醫生，他們亦有安排怎樣去幫忙。

何秀蘭議員：

主席，這是最後一部分的問題。我也想理解，趙醫生在瑪嘉烈醫院開始成為接收SARS病人的醫院的時候，會不會自己也去不同的部門，例如最要緊是深切治療部，去看看他們的人手調動等各方面，不論是前線或者主管階層，他們的人手是足夠還是不足夠呢？你有沒有嘗試去瞭解？

趙莉莉醫生：

我一直是“跟足”他們的……因為當時其實要兼顧很多方面，深切治療只是其中一個部門，但我是每一個部門的進度如何，都很密切地跟進着的。這亦是為甚麼當我們看到人手不足的時候，聯網便立即調了幾個深切治療的主管來幫忙，他們不單自己來，而且亦帶了他們屬下的醫生、護士等整隊人來。這些便是我們當時根據情況的危急而如何進行調配，盡快立即調配人手進來幫忙。

何秀蘭議員：

是，我們今早都看到，當深切治療部的主管顧問醫生殷榮華醫生病倒之後，有兩位醫生接替他的工作。當然，我覺得這是一個改進，但是醫院的管理層，例如趙醫生你本人，是何時開始察覺這份工作應該有兩個人做？

趙莉莉醫生：

因為其實……嗯……我想主要來說，深切治療醫生，尤其是專家，在醫管局總部內也不是有這麼多的。所以每一個醫院的深切治療部主管都需要兩方面兼顧。這是無可避免的，因為你會看到……當然現在當我們去反思的時候，看到根本整體上全港醫療機構的深切治療都是很“搵搵緊”的。如果有一個急速的需求，正如今次的情況，便一定沒有足夠人手去面對，這是一個事實。

何秀蘭議員：

那麼為甚麼那時你覺得這份工作要有兩個人做呢？為甚麼不可以一個人繼續做下去呢？

趙莉莉醫生：

這……你……其實他過往只是看14張病床而已，這個是很適合能應付得來的，而我們永遠不會說，即是在資源緊絀的時候，沒有可能每一樣東西都很鬆動……即是有很多鬆裕，隨時可以面對一個突發的情況，其實整個醫療機構是很“搵搵緊”的。

何秀蘭議員：

如果殷醫生不是在4月7日病倒，院方會否考慮應該多找一位外援去分擔他的工作？

趙莉莉醫生：

一定會。因為其實你會看到，深切治療部是由14張床增至最高峰的44張，殷醫生一個人是沒有可能應付的。我們自己亦有預備，就是每開一個病房便有一隊，因為我們發覺到，如果你從其他醫院過來，或者甚至是醫院本身其他部門的同事進來，你打散他，在員工的morale方面並不是太好。如果他們能夠一隊一隊地做，由一些資深的護士、資深的醫生引領每一隊，這個運作模式是比較有效的。所以我們根本是預備每開一個病房便有一隊新的人這樣去lead，所以殷醫生自己就算……譬如說我們很幸運，深切治療部的醫生沒有病倒的話，我們都一樣已預計會給他提供外援。

何秀蘭議員：

多一位深切治療主管這個考慮是何時出現的？有沒有文書可以證明這個考慮是那時候經已出現……

趙莉莉醫生：

是很快已經來了的，他是……

何秀蘭議員：

4月10日？

趙莉莉醫生：

4月初已經來了。是仁濟醫院的那位主管，很快已經來了。

何秀蘭議員：

張敬安先生？

趙莉莉醫生：

不，不，是何……Edward HO醫生。

何秀蘭議員：

是何時到的？

趙莉莉醫生：

他是很早來的。(翻查文件)他在3日來的。

何秀蘭議員：

4月3日？

趙莉莉醫生：

4月3日。

何秀蘭議員：

但他是否分擔殷醫生的工作量？

趙莉莉醫生：

聽不到？

何秀蘭議員：

是否由他去分擔殷醫生的工作量？

趙莉莉醫生：

是。他是lead一team的，因為我們知道病人數量太多的時候，一定需要有人幫忙。

何秀蘭議員：

但由他去帶領一隊人的時候，而結果到最後，殷醫生的工作都要由兩位醫生去代替？

趙莉莉醫生：

至於殷醫生那份工作是否真的需要兩位醫生呢，其實這個是有商榷性的。主要其實是因為當時的深切治療膨脹得太快，變成了過往基本上已有的運作模式，要完全改變過來。你等於要設計、要重新去計劃，因為你看到深切治療部改變得很厲害，由兩個病房增至4個病房，他們的員工更衣室由病房中間調到手術室，然後再改為在電梯大堂那裏，這是一個很龐大的改進，亦由50多人增至數百人。肯定平時是不需要做這麼多事情的，因為平時其實整個系統已經很完善，你只不過是每一天.....最重要是臨床方面吧，殷醫生做很多臨床工作，但平時亦有少量行政方面的工作，這亦是可以在應付有餘的。但是當你要做設計.....所以我會看到，如果深切治療部門不是急速膨脹得這麼快的話，而我們的外援又同時期調進來，整套計劃是會有效很多的。

何秀蘭議員：

這個少量的行政工作，是否到了Dr BUCKLEY的時候，便成為一個人的全職工作？

趙莉莉醫生：

是，現在Dr BUCKLEY是自己一個人全職工作的。

何秀蘭議員：

好的。主席，我問完問題。

主席：

好了，其餘委員如果有問題可以舉手，先是陳婉嫻，接着是鄭家富。陳婉嫻議員。

陳婉嫻議員：

是，謝謝主席。趙醫生，你好，我們因為要研訊，所以有些事情要問清楚些。趙醫生，我看到你的履歷，你的履歷是1972年做了內科的醫生，接着是專科，接着大約是1980年，你便考兒科。你的專業大致上是一些兒科、內科，是不是？

趙莉莉醫生：

兒科，我是兒科的。

陳婉嫻議員：

是，你對感染病那些不是很熟悉的，對嗎？完全不懂？

趙莉莉醫生：

不可以說完全不懂，因為其實每一個……即是兒科也是內科，每一個內科醫生都是對傳染病那方面有認識的。縱使是外科醫生，因為他們要做手術，即是要在防感染那方面很注視的，因為進入手術室是需要很乾淨的，所以你可以整體來說，所有醫護人員，即醫生，他們在對防感染方面，都是有一個基本的認識，不會說完全不懂的。

陳婉嫻議員：

明白，但如果與一些很專業的感染醫生，便有一個距離了，對不對？

趙莉莉醫生：

聽得不清楚。

陳婉嫻議員：

即是與一些專業的有關傳染科的醫生便應該有一個距離了，對不對？

趙莉莉醫生：

當然是。

陳婉嫻議員：

例如好像我們說，如果你要豐富這些經驗，你便會敏感的，會不會？

趙莉莉醫生：

是。

陳婉嫻議員：

如果不是的話，是沒有敏感的，對不對？

趙莉莉醫生：

對。

陳婉嫻議員：

OK，那我想問一問，你除了是瑪嘉烈醫院的行政總監，亦是九龍西聯網行政總監，所以你剛才回答何議員時說你是有參加那個Roundup Meeting的。其實當她提及26日的會議時，提出.....即是梁栢賢提出希望瑪嘉烈成為SARS的專門.....

主席：

對不起，那個不是SARS Roundup，剛才說是26日梁栢賢醫生打電話給趙莉莉醫生。

陳婉嫻議員：

OK，多謝主席。

主席：

那個不是26日的SARS Roundup。

陳婉嫻議員：

OK，當他這樣向你提出的時候，你有沒有說你自己——當時不知道叫SARS——你有沒有……

主席：

已知道的了，3月26日。

陳婉嫻議員：

OK，多謝主席提示。那你有沒有說你這方面的經驗是否足夠做……由於你在領導這間醫院，有沒有提出你個人的一些考慮呢？

趙莉莉醫生：

正如我所說，如果那個決定是已經決定了需要一間醫院去接收所有新的SARS病人的時候，似乎瑪嘉烈醫院都很難拒絕去做，因為基本上我們本身是全港唯一的傳染病醫院，而我們傳染病的專家比起所有其他急症的醫院是最多的。這樣的時候，便有一點責無旁貸的感覺。

陳婉嫻議員：

嗯。當然我明白那時候很危急，但面對着你原來是有1 200張床位，但你說當時是可以應付1 000的，但我們很明顯看到，由3月29日至3月30日，你們已經接收的病人有268個。事實上，在這樣的情況下，當時你有沒有把這個情況相應在你們的一些會議上提出來……聯網的會議上提出來？

趙莉莉醫生：

有。其實我在SARS期間的每一天，那個過程就是醫院每天早上都把當天已接收病人的數目fax到我家。那些病人的資料不是說只是多少個這麼簡單，而是哪個病房內收了哪些新的病人，那些病人每一個人的住址等，因為我是需要兼顧到幾項事情，就是病人的數量，第二就是病人從哪一區來，因為我要察覺到整個情況，譬如說，當時你在說淘大，其實不止淘大，亦接着有牛頭角下邨

及其他，我要很小心去看看每一天，譬如說，似乎.....糟糕了，美孚又好像有一批，即是我需要以盡早的時間.....雖然你說每一個病人收進來，在我們醫院，到了3月31日之後，衛生署已經有一隊團隊駐在我們醫院內，是即時每一個新收的病人，他們都去做contact tracing，但我亦要每天早上到醫管局總部，提供一些.....分析那個情況是怎樣、情況惡劣到怎麼樣、那個分布已經到了哪一區，這些是很重要的資料，所以我每天早上都要讓他們知道這樣的數據。在總部那裏，除了分享病人的數字、病人的.....即地區性那方面，還有我自己醫院本身是否能夠應付，所有這些資料便會在SARS Roundup Meeting大家分享，然後研究有些甚麼方式他們可以幫忙。

而在SARS Roundup Meeting那裏，我亦很多時候會收到很多新的資料，我亦要即時與我自己聯網其他的總監分享。回到醫院，亦要與我自己醫院的其他COS、我的GMs分享。

陳婉嫻議員：

嗯，我剛才所說的就是你一開始的3天，已經接收了268，到了4月1日，還接收了87個病人。第一天，如果按照3月29日，更是收了90多個，那個速度發展得很快。事實上，當你到了那個聯網的會議上，有沒有.....那時候是高永文主持，因為何醫生自己也感染了SARS，有沒有處理.....你這個醫院接收病人這麼急速，有沒有幫你處理這個問題呢？

趙莉莉醫生：

大家如果記得的話，因為其實在那段時間——3月28日、3月31日的時候，大埔那打素和聯合醫院都有一個爆發。所以，當時根本其實有很多醫院的情況都是很惡劣的，所以大家會見到，雖然瑪嘉烈醫院病人的人數是上升得很急速，但是大家亦以一個觀望的態度，看看那個情況怎麼樣，因為即使.....譬如說，好了，我們停止、不接收的時候，又有沒有其他醫院可以接得上？正如我所說，當時沒有SARS病人的醫院，並不等於它們是很空閒的，它們根本就是要承接其他醫院不能夠提供的服務，所以根本整體上，整個醫療機構在那時候都是很緊張的。

陳婉嫻議員：

你沒有回應我的問題。你試試回答我的問題，我說你提出來，有沒有幫你解決你的問題？我們完全明白那個期間，全香港都受

到SARS的很大困擾，即是我說你有沒有提出，提出之後有沒有人幫你解決你的問題呢？因為你剛才回答何議員時也說事實上當時人手很緊張，亦到了很.....即是導致工作很多，我們今早問了幾位醫生，他們都談到那種困境。既然你是每天看着那個進程，看很多的個案，那你到了那裏，有沒有把情況反映？即覺得“如果再是這樣，我們可能不行了”等等，有沒有？他們亦有沒有就你提出的問題.....第一個就是你有沒有提出？第二個就是有沒有人幫你解決你存在的困難呢？

趙莉莉醫生：

提出，我剛才已經說過了，我每天早上都與總部分享我們前一天接收了多少人，這是一定有提出的，亦知道我們的情況——其實ICU接收了多少人，所以那個解決辦法就是去看有甚麼方式，譬如說人手調配那方面，便由醫管局方面做一個co-ordination。

陳婉嫻議員：

嗯。

趙莉莉醫生：

這個由他們面對，但問題都已說了，提出了那個解決辦法，但那個解決辦法是不是能夠即時、即日有人手可以調來，這便產生了一個技術上的問題。

陳婉嫻議員：

這技術到底是醫管局調不動人，或者你聯網調不動人而有影響，還是真的調不到？你提供一些.....

趙莉莉醫生：

我想兩方面都有。

陳婉嫻議員：

兩方面，你講清楚一點給我聽。

趙莉莉醫生：

嗯.....

陳婉嫻議員：

怎麼兩方面都有？你說一說。

趙莉莉醫生：

即是如果醫管局總部是可以用一個很強硬的態度，“一定要出的了”這樣，不可以……即軍令如山般，那我相信那個調配方面是會容易些。

陳婉嫻議員：

嗯。它沒有用到這個軍令如山的措施？

趙莉莉醫生：

對。

陳婉嫻議員：

是它動不了，還是那些人不理會它？

趙莉莉醫生：

不是說不理會，因為大家其實每一個聯網總監自己都是手上有很多問題，盡量都會即是回到去又要與部門傾談，那些同事又要再次更改更期，何時才可以過來，而不是真真正正真是可以立即……明天立即過去。這是做不到的。

陳婉嫻議員：

你在那個期間，即那3天、4天左右，由3月29日起，你有沒有就這個問題始終解決不了人手來幫忙你，你會很“攸攸”？

趙莉莉醫生：

是的。

陳婉嫻議員：

是，亦會向一些……即是HA的上層的人提出你的不滿，會不會呢？有沒有提到呢？

趙莉莉醫生：

我每天早上都有提出。

陳婉嫻議員：

都提出，要它增加人手？

趙莉莉醫生：

也是我們的.....即是護理的總部，護理的總部的同事也負責去 co-ordinate，但.....即是人手來不到便是來不到。

陳婉嫻議員：

嗯，我們亦看到，你們.....當殷醫生 —— 他在4月7日病了，他今早對我們說 —— 他感染SARS，是4月7日後才開始有“大隊人”進來，這是他今早的字眼。你覺得如果假如是在你前面，即從29日至4月1日，如果是醫管局當時做了些很好的措施，是不是起碼你ICU內的幾個醫生都不用相繼感染SARS，會不會呢？

趙莉莉醫生：

我想講一句公道說話，就是大家是不預料得到淘大那個疫情是來得這麼急、這麼兇猛，所以，其實整體上大家整個配套的計劃，是想着大約是需要一個星期的時間，而因為淘大那個爆發來得很像旋風式的時候，根本大家那個預備工夫是趕不上的，只可以這樣說。

陳婉嫻議員：

你說預料不到，我似乎有少許不同意的看法，你或者糾正我。因為由董先生主持那個會 —— 那個督導委員會是3月25日，即是聯合醫院接收了很多的一些疑似個案，我覺得你們是26日開會決定你們成為SARS醫院。其實這兩個步驟已經說明了這個SARS是來勢很兇猛的。我不感覺到是你們估計不到，而是只不過在這些問題上沒有一種果斷的措施，對不對？

趙莉莉醫生：

但是其實在3月26日淘大那個爆發，我記得當時只不過是3、4個家庭是出現有事的，是那天早上謝俊仁醫生才正式通知……即有個淘大爆發的，那時候大家是不知道那個疫情是會這麼兇猛的。

陳婉嫻議員：

這個是你的判斷，還是你們的聯網那裏一批總監的判斷？

趙莉莉醫生：

我想是每一個人都是不預料得到淘大那個爆發是這麼嚴重的。正如我剛才所說，淘大，其實譬如說你叫瑪嘉烈醫院接收，縱使是到了第一個星期接收了550個病人，如果他們是遲幾天才需要進入深切治療，我們都是應付得到的，只不過真是差不多首一、兩天已經是惡化得要進入深切治療，這才是產生了那個樽頸的問題。

陳婉嫻議員：

我剛才的問題問了兩項，一個就是你們26日的會議，要成立一個專收SARS的醫院，這便是你們做的，一個就是由董先生做主席的那個督導委員會，是3月25日。如果我們旁人看，就是因為是淘大的問題，觸發了特區政府看到社區爆發，所以我便覺得……即是你們認為是估計不到，我覺得很像與你……即與政府的行動是有一點不相脛合，不知你是否同意我這個分析呢？

趙莉莉醫生：

對不起，因為那天早上的會議我是沒有參與的，所以究竟當時他們是有些甚麼資料去分析那個情況，我是不知道的。

陳婉嫻議員：

不是，當然3月25日的會議你沒有參與，但問題很明顯，你應該見到，傳媒也見到，政府有個這樣的……由董先生做督導委員會，當天是3月25日，到了3月26日才決定你們醫院要成為一個接收SARS病人的專門醫院。我把這兩個環境因素告訴你，實際就是你們當時認為估計不到它來得這麼快，會不會是一個錯誤的判斷呢？

趙莉莉醫生：

我.....我想那個情況就是大家當時是真的以目前在那個時段、那個時刻自己已經有的經驗來去推斷的。

陳婉嫻議員：

嗯，我另外亦多問一個問題，也是剛才何議員問過的。當殷醫生病了，調了威爾斯一個doctor過來，是BUCKLEY，他過來了。在他的陳述書內，他發覺有四分之一的ventilator，是沒有安裝那個高效能的過濾器。其實，當時你有沒有接到這些投訴呢？

趙莉莉醫生：

沒有。

陳婉嫻議員：

完全沒有？

趙莉莉醫生：

沒有。

陳婉嫻議員：

那你有沒有接到一些ICU病房的醫務工作者的投訴，說他們的PPE是不足夠呢？

趙莉莉醫生：

我沒有接過ICU的同事說PPE不足夠，但我有接過的就是說人手是不足夠，以及譬如說在處理廢物那方面，不是有很足夠的人手去處理，所以我便盡快.....那時候已經盡量到我們支援服務隊那裏，說是需要他們增加人手，在清潔那方面，去怎樣支援深切治療部。

陳婉嫻議員：

我想問一問趙醫生，你當時在那個非常時期，整個瑪嘉烈到了一個這樣困難的局面，你除了每天看fax機去理解外，你有沒有每天都到醫院去看看部門的運作呢？

趙莉莉醫生：

有。

陳婉嫻議員：

每天都去？

趙莉莉醫生：

我根本每天都在醫院內與很多同事不斷地溝通，即是去接觸每一個部門，因為尤其是首一個星期，大家都是很多憂慮、很多擔心，而整體上的運作，仍是有很多事情在改變、改善中。我是需要到每一個部門與他們接觸，去聽取他們有些甚麼問題，然後怎樣去幫他們解決問題，所以首一個星期，我是在與……即是發覺那個做法並不是一個很有效的方式。因為譬如說，我與內科部門接觸了，知道它在支援方面需要幫忙的時候，我又需要打電話給支援服務隊，看怎樣可以幫忙，所以我們在4月7日那時候，便開始了那個SARS Management Meeting，就是所有負責的人，都坐在一起，一起開會，於是把所有的問題大家對着這麼多人一起來談論，便即時在效率方面做得好些，而我亦在這個會議上，是用video conference與其他聯網……我自己聯網內的醫院的HCE一起分享。因此，他們是知悉瑪嘉烈醫院當時那個疫情是怎樣，那他們感受到我們當時譬如說人手很緊張，抑或是哪一方面很緊張，他們會即時考慮到自己醫院有些甚麼人手可以調過來幫忙我們，所以在4月7日之後，這個運作模式是肯定幫了……我不需要他們聽完了一樣，又要找另一個，這不是一個很有效的方式去進行。

陳婉嫻議員：

嗯，你又知不知道在4月7日前，我說最初那段日子，ICU的醫生每天工作十幾小時，是不停地工作，知不知道這個情況？

趙莉莉醫生：

知道。

陳婉嫻議員：

那有沒有想到在前階段那幾天……那個星期內，要盡量要求醫管局調人過去呢？

趙莉莉醫生：

我們盡量……因為我也說過，我是有知會醫管局總部那裏，但始終我都是需要其他聯網總監他們“放人”出來。所以我便盡量在自己的聯網內先通知大家，其實伊利沙伯醫院亦有人來，我甚至亦與北區醫院那位總監……那位深切治療的醫生通過電話，問他可不可以來幫忙。Dr Tom BUCKLEY亦有來，這是我不斷地去溝通，但始終——我剛才說了——每一個深切治療部其實人手都是緊張的。

陳婉嫻議員：

那我想問一問當威院調過來的Dr BUCKLEY，你在他來到的時候，你有沒有接觸過他？

趙莉莉醫生：

聽不清楚。

陳婉嫻議員：

即是Dr BUCKLEY調了來之後，你有沒有接觸過他？

趙莉莉醫生：

有。

陳婉嫻議員：

他有沒有對你說，有關那些filter的一些過濾的是沒有……

趙莉莉醫生：

Filter，沒有對我說。

陳婉嫻議員：

有沒有說到要應付這些傳染病，人手是很困難的？有沒有說過？

趙莉莉醫生：

有。

陳婉嫻議員：

OK，主席。

主席：

有3位議員舉了手，鄭家富、陳國強、勞永樂，請爭取時間。
鄭家富議員。

鄭家富議員：

多謝主席。趙醫生，你好。我想問一問，3月26日你與梁醫生那個電話，我想瞭解一下當時你的第一個反應，即是瑪嘉烈醫院要做這個SARS醫院，你第一個反應，你現在記不記得，你是覺得很具挑戰性；或者沒有甚麼反應，叫了便做；還是擔心，或者甚至很憂慮？當時你的反應是如何？

趙莉莉醫生：

當時我是說……當然是很憂慮，即這是一個很重大的任務，不是一個隨隨便便可以接受的任務。當時我亦再反覆問，我說不要瑪嘉烈醫院吧，可不可以請其他的醫院，但是我想大家都是……因為始終在那個傾談的過程亦不是拿着很多數據、很多其他的資料來傾談，便只可以討論了一會之後說“你去瞭解一下可不可以吧”，即不是說很確實的……即不是說是一個很scientific的商討。

鄭家富議員：

你說不要瑪嘉烈醫院，是其他醫院，你的意思當時其實是說和其他醫院一起做呢，還是說“不要是我們吧，我們其實都很忙了，找其他醫院做吧”？

趙莉莉醫生：

我想那個考慮就是……當然是有3個考慮性，第一，就是瑪嘉烈醫院做；第二，就是另外一間醫院做；第三，就是每間醫院都要做。

鄭家富議員：

即是分散風險？

趙莉莉醫生：

是的，分散。即是那時候其實在做的事情，每間醫院都在收 SARS 的病人。

鄭家富議員：

是，在這個 SARS 的 Roundup Meeting，主席，或者我可不可以請證人看一看 H110 那份文件。我說一說那個背景，趙醫生，當我們同事在找的時候。

這一個文件就是聯網總監說回 3 月 15 日至 3 月 24 日在 SARS Roundup Meeting 他們的一些資料。請你翻去 Appendix 2，那個就是瑪麗醫院行政總監周一嶽醫生的一些演繹。Appendix 2，沒有頁數，不好意思，我很難 refer 給你看。Appendix 2，找不找得到？

趙莉莉醫生：

是。

鄭家富議員：

Appendix 2 的第 2 頁，即是周一嶽醫生簽名的那封信的上面，第 5 段那裏，便說到 3 月 19 日這個 SARS Roundup Meeting，當時梁智鴻醫生也與大家一起開會，那裏便有一句說：“Majority of CCEs were not in favour of any designated hospital policy”。首先我想問一問趙醫生，是不是其中一個聯網總監亦不贊成有這一個的……即一間醫院去做一間 SARS 醫院？

趙莉莉醫生：

不記得，不記得這個討論。

鄭家富議員：

你不記得有這個討論？

趙莉莉醫生：

不記得這個討論。

鄭家富議員：

那即是3月19日這一個討論你是一點兒印象都沒有？

趙莉莉醫生：

沒有。

鄭家富議員：

完全沒有？

趙莉莉醫生：

沒有。

鄭家富議員：

那你可不可以……如果是這樣，譬如3月19日你不記得有印象，但3月26日你便說……即是梁醫生的時候你便很憂慮。那你現在回看，當時這一個……你的憂慮，再反映現在的事實，即是瑪嘉烈醫院要接收……即是非一般式的SARS的病人，那個數目那麼排山倒海般來，你覺得你的憂慮其實是很合理的，是不是？

趙莉莉醫生：

可以這麼說，因為其實當時的憂慮是……當然你會是看兩方面，好的就是集中病人在一處方面是在……怎樣去醫治那個病情，以及在化驗的研究方面，這個肯定是有一個優點的。但是如果譬如說，那個疫情是不受控制，因為其實在我們每一個人心裏最憂慮的那件事，就是如果疫情惡化到好像1918年那個西班牙流感那種世紀大爆發的話的時候，那香港又怎樣去處理呢？這個就是……即是當時是一個未知數，是究竟面對着的會是一些甚麼呢？所以你說如果到了一個世紀大爆發的流感的時候，根本便不是在說多少ICU床、多少人手，那時會是全民皆兵，每一個人都要下去幫忙照顧病人，這個就是當時的情況，大家根本掌握不到資料，究竟會是怎麼樣的情況。

鄭家富議員：

那現在譬如說，剛才因為你回答其中一位委員問的問題時，你便說了一句，你說如果已經決定了，那沒有辦法，即是你都要……

軍令如山。如果回看，如果當時是未決定的，你會不會反對瑪嘉烈醫院在那一時、那一刻來作為SARS醫院呢？

趙莉莉醫生：

或者我可以說回早一點的時候，因為瑪嘉烈醫院已經有一點……你可以說是有心理準備是做這一方面，即是做一個這樣的任務。在3月17日的時候，當我們跟何醫生總裁那時去商討威爾斯那個爆發的時候，我們已經是在做很多工作，怎樣聯網和聯網之間互相幫助，去幫威爾斯，而第二天威爾斯關閉了急症室，那他們所有的SARS病人，亦是全部調了過來瑪嘉烈。而瑪嘉烈當時因為要騰空多些病床，去接收SARS病人的時候，亦將我們自己本身的非SARS病人轉送往仁濟、明愛、聖母醫院等。其實我們在早期那段時間已經在做這一方面，所以變成了大家好像都覺得這一個任命都……不是說一個完全未曾考慮過的可行性。

鄭家富議員：

即是可不可以這樣說，其實當時你在SARS Roundup Meeting，是沒有很高調地反對過以瑪嘉烈醫院作為SARS醫院，可不可以這樣說？

趙莉莉醫生：

可以這樣說。

鄭家富議員：

那你現在回看，面對譬如你有些同事，剛才譬如說，剛剛給完口供的唐醫生，他也說過，他其實跟你討論過，在當時26日也好，或者29日也好，都跟你討論過其實那個準備、人手，是未必可行的，應該多給一些時間。那為何你不會在SARS Roundup Meeting一個比較……即強烈一點地反映這個意見呢？

趙莉莉醫生：

但問題是，到了那些病人排山倒海地進來的時候，強烈反應對當時那個情況根本是無補於事的。

鄭家富議員：

嗯。

趙莉莉醫生：

我都說在那幾天的時間，是大埔那打素爆發，聯合醫院又爆發，當時大家察覺到，如果一間急症醫院，它又收SARS病人，又收不是SARS的病人，其實那個危險性就更高。而我們剛剛把所有SARS病人調走的時候，根本在處理SARS病人那方面，以及減低那個感染的機會，其實那個條件是比其他醫院優勝的。所以主要其實是，深切治療那個人手調配，是可以能夠做得更加提前，可以來的時候，根本對.....而且到了後期我說，將那些需要入深切治療的病人調走的時候，這個其實到了今時今日來說，我都會覺得會是勝過.....當時如果譬如我在4月3日已經說要停止，那你看到當時其實那些病人是陸續陸續地上升的，那些病人會去哪裏呢？聯合醫院已經淪陷了，新界東亦淪陷了，只不過餘下香港島。伊利沙伯醫院本身亦很“爆滿”，你會看到其實不是有很多選擇的。所以我是有提出的，但亦覺得在當時，希望能夠去.....即在深切治療的人手可以調整的時候，而其實事後反思來看，我覺得這一個.....當時如果不是瑪嘉烈醫院在那一個星期內接收了那600個病人的話，後果是不堪設想的。我到了今時今日，我亦很多謝我的員工在那個時候能夠緊守崗位，他們面對一個很惡劣的環境，但他們繼續去做，而我覺得因為瑪嘉烈醫院這樣接收了這600個病人，令到香港整個疫情能夠及早受到控制。

鄭家富議員：

但是有一些的.....即是可能從另一個觀點去看，就是因為瑪嘉烈醫院接收了這近600個SARS病人，而死亡的數字亦有60個，如果根據我現在看回這些數字，亦是這麼多間醫院中最高的。那當然.....

趙莉莉醫生：

不是，對不起，我會反對這個.....

鄭家富議員：

不是，不是，我是說數字，從那個數字裏面看到.....

趙莉莉醫生：

數字你都要比例的，要比例多少病人的。

鄭家富議員：

不是，不是。我……我沒有……沒有下一個判斷的，趙醫生，希望你明白，我只是從數字去……接着下來我會有一個問題問趙醫生你。你會覺得如果SARS這一個病情、疫情，現在說的是，剛才我的問題有說到，3月19日，即是很早期的會議，大家……即是SARS Roundup Meeting說到究竟應該分散風險還是集中風險。那到了26日，當時已經開始慢慢危急了，你一直的問題就是說，如果已經是排山倒海，其實做甚麼都沒有辦法，這個我也同意，但問題就是我們去決定究竟分散還是集中，我相信很難去作一個……

主席：

鄭議員，鄭議員，我希望你簡短，我們不是一個辯論會，不是政策辯論會。

鄭家富議員：

好，好。我意思即是說，我亦很難判斷究竟當時集中還是分散是一個最佳抉擇。不過，我只是希望這樣問你，如果你現在回看，楊永強局長在一個HA的Review Panel，或者麻煩你也看看H2(C)那份文件……130037頁，是了，第18段。這裏第18段就……這一個其實是當時HA Review Panel找楊局長去表達……這一段就是他對瑪嘉烈醫院作為SARS醫院的看法。它說：“Dr YEOH remarked that it was not his intention to designate PMH as the only hospital to take in SARS patients, as the patient load would be beyond the capability of the hospital”。當然，楊局長這個說法就因為是在Task Force 26日那個minutes我們找不到的。那其實在19日的會議，有SARS Roundup Meeting，有聯網的總監，有大部分——majority，我不知道如果趙醫生你忘記了你自已是不是，但其他大部分總監都覺得不應該找一間。楊局長亦覺得……即他現在這樣說，我們看到他自已其實都有可能對那間醫院那個……負擔可能過重。你現在回看，如果你當時有一個比較更加強烈的反對聲音，將所謂這個集中風險的模式，變成分散風險，即可能幾間做，那其實你覺得會不會將……即最低限度瑪嘉烈醫院的疫情是可以減少呢？

趙莉莉醫生：

呃……我想澄……主席說不要辯論，但其實我亦想……the other side of the coin，會不會那個疫情還更加惡化，因為我看到的是……即是當你是有收SARS和沒有收SARS病人的時候，肯定那個……你

會有一些，會“擺”了在其他SARS的病人，亦是不是每間醫院那個設備都可以及時做得到，我想這一件事情是很難下一個很正確的判斷，亦沒有一個人可以說……其實，因為其實剛才你提到那個病情方面，而瑪嘉烈醫院在……以病人的人數來計算，我們的死亡率是比其他醫院低的；而我們的員工感染，以工作量來計算，亦是比其他的聯網為低的，我們亦沒有失去一個員工。

鄭家富議員：

剛才你也說到，到了很辛苦的時候，很氣餒，即問其他聯網希望取得一些資源，有時你會這樣用，你用“氣餒”。那你現在覺不覺得你……當時總部又說可以，“你做吧，我們會盡量支援你”，但到了真正打仗的時候，他們便沒有給你很足夠的支援，這個是不是亦構成了……其實瑪嘉烈醫院在打這場仗的時候，總部就叫了你做，但幾個聯網是不是讓你感覺到其實是各自為政，好像外界經常說7個山頭，但當你挑戰性地負起這個工作的時候，其他聯網亦不去給你支援，令到你的工作是極之氣餒呢？

趙莉莉醫生：

我又不可以說完全沒幫忙，但始終最重要是在深切治療的人手方面，支援是不足夠。那我便覺得因為他們本身亦都是有本身的困難，為何他們做不到，所以說除非是真的是一個很鐵腕的中央，這樣便可以做得到，但如果每一個人都是因循自己手頭上的工作、手頭上的限制，而去看看可不可以幫忙別人的時候，那當然一定是會看了自己能不能夠，才去考慮別人。

鄭家富議員：

你答應開始做SARS醫院的時候，你預不預計得到當你需要取得人手的時候，原來是這麼困難的？

趙莉莉醫生：

我以為會容易一點。

鄭家富議員：

你以為會容易一點，所以現在你看到根本原來這麼難的話，你覺得其實是不是應該分散風險？因為每間醫院都有ICU的專家。那你現在回想，是不是應該分散比集中的好？在這麼難取得人手……

趙莉莉醫生：

在這一個方面，你可以這樣說。我剛才說了，其實有很多不同的角度去分析這件事。

鄭家富議員：

多謝主席，沒有問題了。

主席：

還有兩位議員，陳國強，跟着是勞永樂。

陳國強議員：

是，趙院長，你跟梁栢賢醫生說，他問你可以收到多少人，你說你全醫院有1 200張病床，這樣的情況下你可以收1 000，是不是？

趙莉莉醫生：

即是我說我的病床“去到盡”是1 000。

陳國強議員：

你說你們有1 200張病床。

趙莉莉醫生：

是。

陳國強議員：

即是收到這些病人，“去到盡”可以收1 000，你的意思是這樣？

趙莉莉醫生：

因為大家都知道如果是要收SARS病人的時候，病床是要安放得鬆動一點的，所以你譬如有一個病房本身可以安置40個病人，可能如果收SARS的時候，你只可以安置30個病人，這變了是那個數字……但那時候，我說了很多次，當時是一個很粗略的估計，你是要回去再坐下來，每個病房可以開設多少張床，而計算那個數

字出來。當時我是……跟梁醫生是很隨口說，我本身有1 000多的床位，那如果我縮減，即安放病床疏一點，大約最盡去到1 000。

陳國強議員：

但事實上，去到五、六百已經搞得你“踢晒腳”，即已經令你的醫院已經變得“好唔掂”，那是不是即是，那時候說1 000是個錯誤的訊息呢？

趙莉莉醫生：

我說了很多遍，那個1 000是指有多少張病床，但是其實1 000張病床可以接收多少人呢？當中涉及很多因素，包括病人來醫院的速度，因為會有病人入院和出院。如果他們進來的時候，根據他們的病情，並非很多病人需要深切治療，或者他們入院的速度較慢一點，譬如說，我們自己所預計開設的64張成人深切治療病床，是在一至兩個星期內開設的，如果有這個充裕的預備時間，我們可以應付得來。

陳國強議員：

你的意思是，1 000這個數目，你能夠應付得來？

趙莉莉醫生：

能夠應付得來。但是主要因為那個速度，病人實在來得太快，我們不能夠、亦沒有可能……我想全世界也沒可能有一間醫院可以在數天內開設3間深切治療室，這是沒有可能的。

陳國強議員：

還有一點就是，你對梁栢賢醫生說接收1 000人。他會否替你向其他醫院公布，表示你的醫院可以接收1 000人，會不會是這樣？

趙莉莉醫生：

其實我們的想法，那個1 000的數字是一個很具彈性的數字，因為當時對SARS的認識真的很少，就算表示接收400人也好，可能屆時的情況很好，可以繼續接收。所以，根本大家不應該執着那個1 000的數字，認為那個數字是固定的，不能改變的。很重要的一點，就是需要跟隨當時情況的轉變，而衡量應該接收病人到甚麼程度，可以繼續或者需要停止。

陳國強議員：

我剛才問唐醫生，唐醫生說你們總共收了1 100多個病人，當中其實只有500多個是SARS病人。會否由於你曾對外說1 000，所以只要病人有少許發燒，其他醫院也把他們送到你的醫院？

趙莉莉醫生：

不同意。因為其實我們在急症室……我們在27日知道要接收那些病人，我們的急症室主管已經即時在急症室的COC中，擬訂一個flow chart，說明甚麼病人才可以由其他急症室醫院調過來，有關指引十分清晰。我們的急症室主管每天亦都負責看看進來的病人，是否真的……他們很嚴格，譬如病人有SARS的病徵，例如發燒、身體不適，還要曾接觸SARS病人，譬如他的地址是淘大——九龍東的地區，以及他的X光顯示有“花”，才可以到我們這裏，而不是隨隨便便每個……所以其實當時，醫管局的其他醫院也在接收很多那些發燒或疑似的病人，而不是……因為來到我們這裏的病人，比例是很高，大約六成真的患有SARS。至於那1 000多的病人，其實是日後慢慢地……我們到了最後，即4月11日停止收症的時候，總數是744。之後，例如停止收症之後，當情況好一點的時候，我們又繼續接收一些。這是SARS整件事完結的時候，我們總共接收的人數，而不是在designation的時候接收了1 000個病人。

陳國強議員：

即是說，剛才我所說的並不成立……

趙莉莉醫生：

嗯。

陳國強議員：

不過，有一個人向我投訴，根本他自己只有少許發燒，在沒有照肺片等情況下，便把他送到瑪嘉烈，以致他和一批SARS病人在一起，令他“驚到懵”。事實上，其後知道他是沒有事的。所以會不會有這樣的情況：其他醫院濫用了你們的service，然後把那些人送到你們那裏？你有沒有這種感覺？

趙莉莉醫生：

這視乎他住在哪裏。我們剛才說過，住址是很重要的。譬如他所居住的地方曾出現個案，由於有這個可能性，或者他可能家中有人……即contact history很重要。如果他有一個很strong的contact history，我們可能會“手鬆”一點。

陳國強議員：

如果他的住址是大埔，不是淘大……

趙莉莉醫生：

大埔都有爆發。

陳國強議員：

都有爆發？

趙莉莉醫生：

大埔有爆發，對。

陳國強議員：

根據住址，有少許發燒也送到你們那裏。你們認為這也是合理的？

趙莉莉醫生：

我不可以評論個別的個案，但是我們很肯定，有一些很清晰的指引給每間急症室。如果我們監察到某一間急症室比較“手鬆”轉介病人，我們會與那間急症室的主管討論。

陳國強議員：

如果你現在有這樣的經驗，你覺得你的醫院現時……即回想當時的情況，你可以接收多少個病人？

趙莉莉醫生：

即是說，如果歷史重演……

陳國強議員：

即如果你有這些經驗，不要說是歷史重演，你估計當時你們可以接收多少個病人？

趙莉莉醫生：

目前來說，我們在預備工作方面，將來如果有可能SARS重臨的時候，醫管局總部已經採取了另一個措施，就是瑪嘉烈醫院會接收首50個——即如果是SARS病人——然後便會送到其他聯網，陸陸續續，再回來的時候，總共瑪嘉烈醫院會接收100個成人和30個小童SARS病人，這是我們目前已經做了的準備工作。

陳國強議員：

不，我不是說你們現時的準備工作。我的意思是，如果你有現時的經驗，當……如果……你們這樣的醫院，這樣的設備，你們現時這樣可以接收多少個SARS病人呢——當時？

趙莉莉醫生：

我想500個會很鬆動。

陳國強議員：

好的。主席，我沒有問題了。

主席：

勞永樂議員。

勞永樂議員：

多謝主席。趙醫生，我都想和你談一談接受那個任命的問題，即瑪嘉烈醫院成為指定的SARS醫院。我亦把你回答我的同事提出的問題的答案寫下。你回答我們在較早一段時間提出的問題時，你曾經表示，如果決定由一間醫院去做，不是瑪嘉烈醫院，又會是哪一間呢？這是第一個。如果我講得不準確，你糾正我。

你剛才回答陳國強議員的問題時，你表示有1 000多張床，最多可以是1 000，把那些床的距離加闊一點。其實這是一種盤算，也是一種計劃，你是否同意我的說法？

趙莉莉醫生：

可以這樣說。

勞永樂議員：

然後你回答時又表示，對於任命 —— 這是鄭家富議員提出的問題 —— 是有心理準備。你亦在回答鄭家富議員的問題時表示，沒有高調反對任命。其後，你又回答，強烈的反應是無補於事。之後，你又表示，瑪嘉烈醫院的條件較其他醫院優勝。你又在回答鄭家富議員的問題時，即3月19日，對於其他聯網總監 —— 很多聯網總監反對指定醫院的計劃，你表示沒有印象。其實，趙醫生，你是否從來沒有反對過瑪嘉烈醫院作為指定醫院這個計劃呢？

趙莉莉醫生：

我有反對過。

勞永樂議員：

你是何時反對？

趙莉莉醫生：

我跟梁醫生說過的。

勞永樂議員：

是甚麼時候的事呢？

趙莉莉醫生：

26日那天。

勞永樂議員：

26日那天。梁醫生有甚麼回應？

趙莉莉醫生：

他覺得我們是最適合。

勞永樂議員：

你有沒有問梁醫生，他基於甚麼覺得你們最適合？

趙莉莉醫生：

他基於的原因就是，我們是傳染病醫院，而且亦處理過很多個個案，也處理過尤其是河內的那個個案，在河內的那間醫院有很多醫護人員受到感染，而我們卻還可以做到零感染。所以他覺得.....加上我們基本上真是有很多傳染病的專家，於是他覺得最適合。

勞永樂議員：

好的。我們也來談談，瑪嘉烈醫院是香港唯一的傳染病醫院這個問題。在你的答案的第4個.....第4條問題的答案中，你提到瑪嘉烈醫院有4個隔離病房，3隊傳染病的專科醫生，一隊呼吸科的醫生。你看看你的答案，4個傳染病房合共有多少張床？

趙莉莉醫生：

85。

勞永樂議員：

85，是。你可否形容一下，這4個傳染病房的規格究竟是怎樣的？有些是較高規格，有些是沒有這麼高規格。

趙莉莉醫生：

有兩間是可以應付空氣傳染的。

勞永樂議員：

是。

趙莉莉醫生：

就是有獨立的洗手間，還有雙重門；另外一邊，比較上就是不設雙重門，那些純粹是腸道傳染的。

勞永樂議員：

大房？腸道傳染。

趙莉莉醫生：

是。

勞永樂議員：

空氣傳染的那個房是分開一個一個，有雙門的。那些房一共有多少個呢？

趙莉莉醫生：

18。

勞永樂議員：

18。其實，這個容納量是遠遠比你剛才說的1 000張床放得疏一點的想法差很遠的。如果你把所有傳染病房計算在內，也不過是85張床而已，相差10多倍。

趙莉莉醫生：

除非.....我想全世界都.....除非有一整間傳染病醫院，目前來說，以當時的情況，在香港根本.....即是以瑪嘉烈醫院當時有86張這類傳染病床來說，已經比其他急症醫院的條件有優勢，我只可以.....因為在當時一個很緊急的情況下，而你又需要面對，所以我覺得，因為所謂隔離病房，我們亦做了很多的特別措施。其實隔離病房.....因為以我們當時的認知，SARS屬於飛沫傳播而不是空氣傳播，這樣的話，最重要都是防感染方面的措施，PPE的措施，所以我們便盡量在每一個病房中加裝抽氣扇，其實主力都是盡量使空氣不要回流，即是向外走，而不要走去護士的nursing station那裏。

勞永樂議員：

但是可不可以說，以瑪嘉烈醫院作為香港唯一傳染病醫院的基礎來估計，說可以接收達1 000病人，其實是距離現實太遠呢？瑪嘉烈醫院的所謂傳染病院，其實只有85個床位而已。

趙莉莉醫生：

如果你說，用那八十.....sorry，剛才是86。

勞永樂議員：

86，好的。

趙莉莉醫生：

86，是。用那86張床位來收SARS的病人，我們已經收滿了，在3月26日已經滿了。

勞永樂議員：

既然已經滿了，那還有甚麼傳染病醫院的條件去再收這麼多額外的傳染病人呢？SARS在當時雖然說是飛沫傳播，但有很多現象都未能解釋，是嗎？所以這就是說，一個高度傳染的病，亦要考慮需要一些比較高檔、安全的措施。

看回你的第4個答案，亦說了另一個原因，瑪嘉烈之所以可以做指定醫院，就是因為瑪嘉烈往績良好，員工零感染，收了85個嚴重社區感染的肺炎還是零感染。這85個是截至何時？

趙莉莉醫生：

3月26日。

勞永樂議員：

3月26日。第一個是何時？

趙莉莉醫生：

2月22日吧。

勞永樂議員：

2月22日，那麼即是超過了一個月，收了85.....

趙莉莉醫生：

Sorry，是2月11日。

勞永樂議員：

2月11日。

趙莉莉醫生：

有一個H5N1。

勞永樂議員：

2月11日至3月26日，其實有一個多月時間了。一個多月時間收了85個，如果你除開來，平均一天3個左右而已，是嗎？

趙莉莉醫生：

大概吧。

勞永樂議員：

一天3個左右，你亦說過，最高的收症率是一天13個，在你的策劃中。這3個至13個之間的收症率，令瑪嘉烈醫院的往績良好，但現實卻是，3月28日便已經收了44個，是嗎？所以說，這些數字是否遠遠超出你很有信心地說“瑪嘉烈醫院捨我其誰”呢？

趙莉莉醫生：

大家都要去看看當時的情況。譬如以數字來說——85，當時亦有一些醫院不是收了很多數量，但已經有醫護人員受感染。因為以當時直到3月26日之前，我想整個醫管局都不是……

勞永樂議員：

是。

趙莉莉醫生：

……除了威爾斯的爆發之外，那個數字還是有限的。但其實那時已經有很多間醫院有醫護人員受感染，這當中是有一個成績的比對。

勞永樂議員：

其實我想指出的是，梁醫生和你都會引述這兩個原因——一個是往績，一個是傳染病醫院——作為理由說瑪嘉烈醫院是適合的，但到了3月28日那天，事實已經很清晰地向你們說明，你以這些基礎來指定瑪嘉烈醫院作為唯一的SARS醫院是並不適合的。你是否同意我這個說法？

趙莉莉醫生：

我只可以回答，如果疫情到了3月28日的情況已經是陸續上升的時候，是否還會有另一間醫院更加適合呢？

勞永樂議員：

你有沒有徵詢過你的同事的意見，譬如唐醫生剛才也說過曾向你提供意見，你有沒有再諮詢其他同事的意見呢？

趙莉莉醫生：

有。

勞永樂議員：

他們.....

趙莉莉醫生：

我在3月26日接了梁醫生的電話之後，我已經立即在瑪嘉烈跟我幾個負責的同事討論那個可行性。接着高醫生便call我們去總部開會。開會之後，在總部那裏決定了，都是要接受這個任命的時候，我亦立即叫了我自己九龍西聯網的所有總監一起去總部開會，再加上我醫院的幾位同事，一同去落實如何可以推行這個計劃，這是一個諮詢的過程。我翌日早上亦和醫院所有unit heads一同開會，然後大家去把那個計劃設計出來。

勞永樂議員：

那些給你意見的同事，有沒有很清晰地表示反對：瑪嘉烈醫院不可以按原定的計劃，成為1 000個SARS病人的指定醫院呢？在27日、28日、29日，有沒有人有這些意見呢？

趙莉莉醫生：

沒有很清晰地說不可以，正如我剛才說過，其實大家當時所注重的，就是人手是否足夠。我想這也是由於大家對病情的認識不太深，譬如現在回頭再看，如果當時知道會是這樣，我相信大家的看法可能會有所不同。

勞永樂議員：

但那時候已經知道是這樣，在28日還未開始的時候，已經有44個。

趙莉莉醫生：

在28日的44個怎樣得來的呢？是因為當時聯合醫院告急，我們還未開始作為SARS醫院時，謝醫生已經致電給我，他說“聯合醫院不可以再接收，你可否提早接收？”所以我們原本在28日不會接收那麼多病人。

勞永樂議員：

其實之後的數字也很貼近28日的，有些日子甚至不止有44個。

趙莉莉醫生：

是。

勞永樂議員：

所以說，在很早期的時候，其實有種種訊息顯示，你們的規劃並不正確，可否這樣說？

趙莉莉醫生：

規格並不適當……

勞永樂議員：

規……規劃。

趙莉莉醫生：

規劃並不適當……但我覺得當時大家也感受到那個疫情的危急性。那時候，似乎大家心裏真的有一個這樣的想法：“為香港，我們一定要做”，即大家都有這個感受，而且當時看到大埔那打素醫院爆發、聯合醫院爆發，我們是否就這樣退縮呢？這其實是……譬如說，如果以我一人，即使我說要做，我相信如果我的同事極力反對，我也沒有辦法可令他們去做的。關於這方面，你會看到當時大家同心、很齊心，覺得當時香港我們正同坐一條船，我們

面對着一個很惡劣的環境，既然我們接受了這個任命，我們便去做吧。這是當時大家每一位同事的感受，所以我覺得當時的情況是這樣。

勞永樂議員：

是否每一位同事都沒有強烈反對呢？除了九龍西聯網比較高級的管理人員之外，例如前線的醫生，譬如醫生、高級醫生或其他顧問醫生，他們有否很強烈地向你表示反對的意見？

趙莉莉醫生：

我沒有收到強烈的反對，正如我所說，大家當時都看到世界各地也有同樣的事情。大家亦知道，不能夠迫使員工做一件事情的。

勞永樂議員：

從來都沒有？26日、27日、28日、29日及30日都沒有？

趙莉莉醫生：

我已經說了幾次，有人提出憂慮、提出問題，但並沒有人表示反對去做。

勞永樂議員：

趙醫生，你有否學過拯溺？即在水裏救人，你有學過嗎？沒有學過？拯溺有一句格言，就是救人的人要先能救自己，否則便一起淹死。你對這個講法有甚麼理解？

趙莉莉醫生：

幸好我們沒有淹死。

勞永樂議員：

如果那時候有其他選擇，譬如你代表你的聯網和瑪嘉烈醫院，向醫管局總部表示你們“企硬”，“收到200個，我們便不再接收了。”有沒有可能這樣做？

趙莉莉醫生：

我想作為一個醫生、作為一個香港市民，在當時的情況，我覺得這涉及做人的宗旨。一個很自私的想法，可以這樣做，但以當時的情況，這對整個大局是否一個最理智的選擇呢？我想大家可以商討。

勞永樂議員：

是了。在整段時間中，唐醫生告訴陳國強議員接收了1 000多個，譬如把那1 000多個病人分散到3間醫院，那麼在瑪嘉烈醫院所發生的情況，你覺得會否發生呢？

趙莉莉醫生：

我擔心的是，比瑪嘉烈醫院所發生的情況更加惡劣，這是我個人的感覺，因為如果當時的病情是那麼惡劣，傳染性又那麼高的時候，而每間醫院根本並不是像今時今日一樣，譬如在急症室有分流，把病人分開，我覺得那個感染在社區爆發的情況會更加惡劣，這是我個人的感覺。

勞永樂議員：

這似乎是你的意見，剛才鄭家富議員問到3月19日的SARS Roundup Meeting，有很多聯網總監也不同意這個指定醫院的看法。

趙莉莉醫生：

我真的記不起那天的討論內容。

勞永樂議員：

好的。或者我再問一問關於深切治療的設備。

主席：

勞議員，我只是想提醒你要注意時間。

勞永樂議員：

好的。你對深切治療部的呼吸機有沒有任何認識？

趙莉莉醫生：

一點點。

勞永樂議員：

譬如瑪嘉烈醫院購買呼吸機的時候，你的角色是甚麼？

趙莉莉醫生：

我知道整個過程……

勞永樂議員：

是。

趙莉莉醫生：

……當時，深切治療部本身有17部Servo。

勞永樂議員：

是。

趙莉莉醫生：

之後，從內科、老人科那裏亦搜集了大約15部左右。但當時大家都知道要盡快增加香港的呼吸機，所以有兩種做法。第一，就是問問其他聯網，它們有多少部呼吸機可以借調過來；第二，就是向廠家搜購。我知道當時有兩種model，今早也提過，不是我們常用的Servo，但很短時間內便會有貨，所以在當時的危急情況之下，我們並無選擇，總之是呼吸機我們便要。所以，雖然當時不是最理想的，但始終都是新的呼吸機，因為我們當時真的不知道香港的情況繼續會是怎樣。

勞永樂議員：

新的呼吸機，你們買了多少部？

趙莉莉醫生：

20多部。

勞永樂議員：

20多部，是甚麼牌子的呼吸機？

趙莉莉醫生：

Superpharm。

勞永樂議員：

是，是，好的。我現在不說新買的那些，你們那17加15部的呼吸機，都是Siemens的Servo？

趙莉莉醫生：

是，Servo。

勞永樂議員：

即是15加17，32部全都是Servo？

趙莉莉醫生：

那些是我們自己本院即時已有的呼吸機。

勞永樂議員：

嗯。在ICU中，一向都是使用17部的。

趙莉莉醫生：

是，在深切……

勞永樂議員：

有些則作為後備？

趙莉莉醫生：

是。

勞永樂議員：

嗯。你有沒有理解過那些呼吸機，以及與那些呼吸機有關感染控制的設計？

趙莉莉醫生：

沒有。

勞永樂議員：

沒有。

趙莉莉醫生：

因為這些問題太專業，我覺得應由專家處理。

勞永樂議員：

好的。購買呼吸機的預算，你有沒有參與作出任何決定？

趙莉莉醫生：

當時的情況，我們的指引是，總之我們需要應付SARS的物料，便可以去購買。

勞永樂議員：

我所說的是之前的情況。你們一向有17部，你當時.....現在我們回看.....

趙莉莉醫生：

哦。

勞永樂議員：

.....瑪嘉烈醫院是傳染病醫院，即深切治療科也有可能接收一些高傳染性的病人。我所說的是在那段時間，在設計和規劃上，你所參與的事情。

趙莉莉醫生：

每年，每個部門都有自己的budget去購買，在醫院中有一個排列的次序，通常我們會根據部門的需求，譬如它們的機器已經到期更換，而且又屬於深切治療部的，便一定較優先處理。每年，我們會坐下來評核每個部門需要購買的機器。至於100萬以上的那些，則由總部決定；100萬以下的機器，由醫院作出決定。

勞永樂議員：

是。醫院聯網或者醫管局有否要求深切治療部採取一些節約措施，並反映在這些呼吸機上？

趙莉莉醫生：

一定不會。

勞永樂議員：

一定不會，好的。另外，你表示購買了20多部Superpharm的呼吸機，情況不是最理想。據你瞭解，哪些方面不是最理想？

趙莉莉醫生：

因為我事後才知道，這些不是他們常用的機種，當然每個人使用每種機器時，都希望是自己非常熟習的。其實，所謂的不理想，便是這種不理想的情況。

勞永樂議員：

不是常用的？

趙莉莉醫生：

對，不是常用的。

勞永樂議員：

在感染控制的規格方面，這些後來購買的機器，你是否理解是怎樣的？

趙莉莉醫生：

我不理解。正如我所說，這些是很專業，我很難連這些也要管到。

勞永樂議員：

先後有兩個證人提過，部分機器需要接駁膠水喉到窗外協助排氣。這些後來購買的機器，是否需要這樣接駁膠喉來排氣呢？你是否知道？

趙莉莉醫生：

我曾聽過張醫生和其他幾個醫生正進行商討，但當時我不太明白他們在說甚麼。我把整個過程交給他們處理，因為他們是專家。

勞永樂議員：

是。呼吸機的數目不足夠，呼吸機的規格亦不理想，那麼初時規劃64張深切治療病床，你是否覺得屬於過分自信？

趙莉莉醫生：

我已經說過，我們預計那64張病床，並不是在4月初便需要投入服務。我們自己在計劃中，4月初，我們即時可以做到34張，就是在CD2，那裏有足夠儀器可以去做。然後.....因為AB2，其實本身是其他科正在使用的病床，需要待他們搬走後，我們才可以使用。所以，為何我們當時需要立即採購呼吸機呢？這是因為我們需要不斷加開。剛才我亦提到，除了購買新的呼吸機外，我們亦聯絡其他聯網，看看有多少部呼吸機可以調配過來。所以，應該可以達到那個數目。其實除了呼吸機外，我們亦在購買其他多種機器，譬如monitors等其他多種機器正陸續購入。所以，我們需要一段時間才做到提供64張床，而並非一開始作為designated，在首兩、三天便加開至64張，從來都沒有人會有這樣的準備，亦根本不是一個可行的做法。但是，如果能夠給予足夠的時間，作出足夠的planning，這是可以做得到。

勞永樂議員：

在3月28日收了44個症，接着的幾天，所接收的數目可能更多。這些訊息是否顯示，在4月底才可以開設那個數目的深切治療病床的計劃是錯誤或大失預算？

趙莉莉醫生：

我們預計在4月底開設64張，所說的是在3月27日擬訂計劃時的那個計劃。

勞永樂議員：

嗯。

趙莉莉醫生：

因為我們一開始在3月.....整個designation的籌備計劃，主要是在3月27日那天早上與多名部門主管開會，每個部門說出自己的計劃應該怎樣進行。然後，陸陸續續在隨後那幾天，便要落實各部門所說的，有關設備應怎樣。

勞永樂議員：

但要到4月底才可以開設全部64張病床？

趙莉莉醫生：

那時候，主要是首先需要進行前期的工作，即希望大家可以明瞭在3月27日至3月29日那段時間，大家的主要工作是甚麼。我們主力籌備一個計劃，把目前瑪嘉烈醫院所有其他非SARS病人調往其他醫院。這不是一個十分簡單的工序，我們需要與其他醫院進行很多溝通。就這方面，幸好我們在2000年.....2002年年底已經成立聯網，故每個專科在聯網內的溝通做得非常好。所以，譬如說外科病人要調往仁濟或明愛，很簡單便已經可以做到，如果不是有聯網這個構思，根本是沒有可能做到，而有關工序其實頗為艱巨，所以當時我們需要兼顧各方面，而不是空閒地坐着，慢慢計劃，紙上談兵那樣。

勞永樂議員：

好的。最後一個問題，趙醫生，你說了很多遍，如果瑪嘉烈醫院不接收那600多個病人，那個情況在其他醫院或者社區，可能會更不堪設想。你的抉擇是否要犧牲瑪嘉烈醫院來成全其他醫院呢？

趙莉莉醫生：

不是。我們當時是盡我們的能力去做，但我們不會犧牲瑪嘉烈醫院來進行那項工作。我們大家每天都在評估情況，所以可以看到，其實與總部的溝通，到了4月6日已經“叫停”，接着4月7日已經真的停止了。

勞永樂議員：

何時.....

趙莉莉醫生：

那時候，在4月11日便完全停止。你可以看到，大家一直不斷評估有關情況。

勞永樂議員：

在3月28日已經有很清晰的訊息，你們的計劃是錯誤，過分自信……

主席：

勞議員……

勞永樂議員：

如果在那個階段也不掉頭或者“叫停”，那麼不是犧牲，又是甚麼呢？

主席：

我想已差不多了，盡量不要再辯論有關的字眼或者描述。不過，趙醫生，請你回答剛才那個問題。

趙莉莉醫生：

我想在3月28日那個訊息還未很清晰。

勞永樂議員：

甚麼時候才清晰？

趙莉莉醫生：

我想到了3月29日，才開始較為清晰。

勞永樂議員：

24小時。沒有問題了，主席。

主席：

何秀蘭議員。

何秀蘭議員：

剛才趙醫生提到，瑪嘉烈醫院的員工上下齊心，一起去打這場仗，但期間.....首幾天已經發生了很多你所不能預見的事情。你有否感覺到，當其他聯網的人手調動是那麼慢，其他聯網是否同樣齊心來支援你去打這場仗？

趙莉莉醫生：

你可以說每個聯網在SARS方面受到的壓力有所不同，一些醫院的壓力確實很大，它們根本也是愛莫能助；一些則可以幫忙，所以它們便協助我，在深切治療方面接收病人，而到了後期，當我們停止收症時，它們便接收我們的病人。

何秀蘭議員：

是。你已盡了全力，你覺得它們盡了全力嗎？

趙莉莉醫生：

我想在SARS那個過程中，每個人都盡了全力。

何秀蘭議員：

主席，剛才我們曾詢問唐醫生他們，內科有否進行一個檢討。趙醫生，你可否告訴我們，深切治療部經過處理SARS那段期間，本身有否進行一個內部檢討？

主席：

趙醫生。

趙莉莉醫生：

我們其實有就整個SARS的experience，全間醫院進行一個檢討。

何秀蘭議員：

那個報告可否提交給我們的委員會.....

趙莉莉醫生：

好的，我們.....

何秀蘭議員：

.....作為參考。多謝主席。

主席：

趙醫生，在ICU內，即深切治療部，他們自己有沒有一個檢討？

趙莉莉醫生：

我們將每個部門放在一起。

主席：

即是有一個全部.....

趙莉莉醫生：

每個部門都有它本身的section。

主席：

OK。那份報告可以提交給我們嗎？

趙莉莉醫生：

可以，我們盡快給你。

主席：

另外有一個問題，我覺得仍然希望趙醫生幫我們搞清楚那個事實，在最初我問第一個問題時也問了一些，但是始終因為在醫院管理局的檢討委員會中，這個問題我亦覺得還是不太清楚。剛才你回答我第一個問題時就說，是在梁栢賢打電給給你的時候，已經問你們醫院可不可以接收多少個病人，是嗎？他抑或問你是否可以接收所有病人，抑或問你可以接收多少病人？

趙莉莉醫生：

是，是“可以接收多少”。如果你全部接收SARS，你可以接收多少病人。

主席：

他不是跟你說，由衛生署指定醫療中心轉介的個案，他不是跟你說這件事？

趙莉莉醫生：

他有提過那件事，但是因為當時我是……這個DMC還未出現，所以我不太知道那個DMC究竟實在是一個甚麼樣的機構，所以就指新的SARS病人。

主席：

我想問一下趙醫生，有沒有可能，既然剛才你說當時因為未有DMC，所以你不太知道DMC是甚麼。有沒有一個可能，當時梁栢賢醫生基本上只是跟你說，接收所有DMC轉介過來的個案，而不是接收全香港醫院的所有SARS個案呢？有沒有一個可能呢？

趙莉莉醫生：

我很難下一個判斷。

主席：

但你沒有辦法可以判斷得到？

趙莉莉醫生：

我很難……即我想這個是……當我在那時候真是完全聽也未曾聽過DMC這一樣事物時，那他講到的時候，我真的不太明白，可能他心中是有另外一個想法，這個我真的不可以判斷了。

主席：

趙醫生，當你到了26日，接着去了醫院管理局跟高醫生開會的時候，其實當時已經完全沒有討論過DMC這樣事物，是嗎？一說便已經是說接收所有病人的問題？

趙莉莉醫生：

對了。嗯，嗯。

主席：

OK，這個很清楚了。

趙莉莉醫生：

因為其實我在我的statement裏面都有講到，其實到了後來，根本從DMC轉介過來的病人只有10個，即整個.....由瑪嘉烈醫院.....從29日至4月11日當中，只是轉介了11個。

主席：

好，清楚。各位委員，現在已經是6時了，今天的研訊要在這裏結束。很多謝趙醫生出席今天的研訊，如果日後真的再有需要時，可能還會找你幫忙，好嗎？

趙莉莉醫生：

OK，謝謝。

主席：

各位委員，我們過去C房，好嗎？

(研訊於下午6時04分結束)