

香港社區組織協會及推動精神健康政策聯席
「能否實現精神健康 還看政府未來承擔」
回應《精神健康檢討報告》

推動精神健康政策聯席（聯席）十多年來一直爭取政府制定精神健康政策。聯席喜見 2013 年 5 月，政府終於成立精神健康檢討委員會，檢討精神健康政策及復康服務。檢討過程歷時近四年，終於在 2017 年 4 月 18 日公開檢討報告，並將於 4 月 25 日於立法會衛生事務委員會正式向議員及公眾交待報告內容。政府原先預計有關檢討只需一年時間，現在卻需時近四年才能完成，檢討過程透明度低，未能完全吸納關注團體及公眾人士意見。本港精神健康需要龐大、涉及議題眾多，要實現精神健康，確是漫漫長路，政府確實需要吸取更多經驗及意見。

聯席對檢討報告，有以下回應及意見：

（一）未有基於宏觀政策制定具體目標及執行計劃

檢討報告開首便提出精神健康政策，指：「政府為精神健康採用綜合和跨專業的服務模式，包括推廣、預防、及早識別，以及為有需要人士提供適時介入、治療和復康服務」，並「從自我照顧、基層醫療護理和社區支援，以致專科和住院服務，為市民大眾（特別是有精神健康需要的人士）提供全面的跨界別服務。」同時，「政府的政策方向是鼓勵社區支援及日間護理服務，並提供必需和必要的住院服務，旨在建立一個精神健康友善的社會，讓有精神健康需要的人士重新融入社區。」整個檢討均由此政策出發，就「現時提供服務的模式，找出不足之處，並提出改善措施。」

在食物及衛生局局長在成立精神健康檢討委員會時，曾承諾同時制定精神健康政策及檢討復康服務。雖然檢討報告確實提出精神健康政策，但卻屬於宏觀層次的概括方向，欠缺了具體的政策目標，及落實推行的計劃。只由宏觀層次的概括方向出發，為現有服務進行檢討，將令改善措施建議缺乏落實的指標。

（二）人力規劃仍有缺失

外國的精神健康政策，均涉及推行服務時所需的人力規劃。就人力規劃一項，檢討報告稱：「關於醫療人手供應情況，檢討委員會知悉醫療人力規劃和專業發展策略督導委員會正就醫療人力需求作檢討。因此，醫療人力的相關議題將待前述的督導委員會提出有關建議。」然而，據悉該督導委員會的醫療人力推算模型，只是推算現時的人手需求及現有的人力供應之間的差額，從而得出需要培訓醫療專業人員的增幅，而並不是計算如果要改善服務或將來需求增加時所需要培訓的人員數目。

同時，檢討報告中只提及和醫療復康相關的醫療專業人力規劃，但復康服務同時涉及其他專業人員，如社工、臨床心理學家等，更包括朋輩支援員。因此，報告提及的人力規劃，仍然不夠全面。

（三）未有提及自助組織的支援

檢討報告提及到應「探討如何透過有效運用社會上的資源及跨專業團隊，加強精神健康服務。」可惜檢討報告並未有探討如何運用一項重要的社會資源——康復者自助組織。1977年政府發表《康復政策白皮書—群策群力協助弱能人士更生》時，已肯定自助組織的角色。事實上，自助組織一直在康復者的支援、互助、及倡議的工作上，都發揮重要功能。不過政府現時對自助組織的資助十分有限，每兩年只有約三十多萬的撥款，根本不足以應付各項運作開支。整個精神健康檢討，實在應包括如何強化對自助組織的協助，更能發揮其功能。

（四）有待檢討及加強精神健康綜合社區中心

檢討報告在提及成年精神病服務時，其中一個重點在於精神健康綜合社區中心（綜合社區中心）。可是，現時仍有個別綜合社區中心未有永久會址，影響地區的精神健康工作。雖然政府近年已增加對綜合社區中心的資助近一倍，但面對地區龐大的精神健康需要，綜合社區中心的服務資源仍然不足，人手仍然緊絀。

同時，綜合社區中心服務出台後，地區內其他的服務單位均傾向將凡有精神疾病背景的個案轉到綜合社區中心跟進，使綜合社區中心的工作不勝負荷，亦令個案未能脫離精神病服務的圈子，透過其他服務單位融入社區。

檢討報告又指：「鑑於嚴重精神病患者需要更大力度的支援服務，當局應進一步改善個案經理與患者的比例」，建議逐步下調至 1:40，甚或在未來更探索再下調的空間。然而，綜合社區中心的個案工作人員同樣正在支援社區中的精神病患者，但個案比例比個案經理更高，可惜檢討報告未有觸及。綜合社區中心的個案工作人員對個案比例，實應與個案經理與患者的比例看齊。據悉社會福利署正在檢討綜合社區中心的服務，上述各情況有待檢討後改善。

（五）未有詳細檢視對照顧者的支援問題

檢討報告未有詳細檢討對照顧者的支援不足問題，尤其是成人精神病患者的照顧者，就更為欠缺。須知道照顧者承擔巨大的責任，若缺乏適當支援，就連照顧者本人也可能陷於精神健康的危機中。

（六）社區治療令侵犯人權及阻礙復元

社區治療令將增加醫護人員的權力，可能令康復者的人身自由權力進一步受侵犯。聯席認為，社區治療令除未能證明能減少有精神病紀錄人士造成的暴力事件外，更容易被濫用，增加整體控制氣氛。如此情況會令醫護人員在治療病患者時，不傾向與病患者建立良好關係從而促進復元。這種由關顧轉移至風險管理及控制的思維，將造成污名化，並加深病患者對復元身份的抗拒和不願接受治療。事實上，社區治療令一直受各國的殘疾組織批評，似乎只是令大眾安心的符咒。

聯席同意檢討報告對暫不引入社區治療令的立場。更重要的是，政府應加強醫療服務及社區支援，才能減少病患者復發和入院，提升個人和社會整體健康和福祉。

（七）精神健康能否實現 還看政府未來承擔

最後，檢討報告只在勾劃出一個共同的願景，跟進有關加強精神健康服務的工作，是日後的常設諮詢委員會的責任。聯席認為有關的常設委員會應參考扶貧委員會的規格，由政務司司長主領，並於應制定具體全面的精神健康工作計劃方案，詳列五年內提升精神健康及改善復康服務的策略、行動、預算、時間表等細節，以協調、具成本效益，及可持續發展的方式，去服務精神病患者和其他市民，保障他們的精神健康，並以復元理念貫串各項復康服務。

聯席認為常設委員會首要處理以下相關項目：

1. **增加醫護人力資源**——政府推算發展精神健康服務所需的人力資源，包括醫生、護士、臨床心理學家、社工、職業治療師、朋輩工作員等¹，並撥款予大學及其他教育機構進行培訓；為在職的精神健康服務人員提供持續訓練，提升專業工作知識及技巧；及在精神科醫院及精神健康服務單位內增聘朋輩支援工作員。政府又應倍增精神復康服務撥款。²
2. **重設夜間專科診所**——醫管局在 2005 年停止了因宣傳不足而服務使用率不高的油麻地精神科診所的夜診服務。醫管局應重設夜間專科診所，以支援因工作需要而只能於日間工作時間以後才能覆診的康復者。
3. **改善社區支援服務**——社會署應提升各區的精神健康綜合社區中心

¹ 香港精神復康專業人員不足，從醫生對人口的比例可見一斑。香港人口超過 737 萬，現有 339 名精神科專科醫生，即醫生對人口比例超過 1:21,000。世界衛生組織建議各國政府，醫生對人口比例應為 1:10,000，已發展國家均能達致這水平。換言之，香港的精神復康專業人員數目遠遠落後外國。

² 現時本港用於精神復康的醫療及社會服務的撥款只佔本地生產總值約 0.2%，較已發展國家少一倍（參閱立法會研究：<http://www.legco.gov.hk/yr10-11/chinese/sec/library/1011rp04-c.pdf>）。

(ICCMW)的服務，包括：增聘人手，回應日益增加的社區精神健康需要、增加活動名額，鼓勵康復者參與社交活動、加強社區照顧，尤其是獨居康復者及居住於私營殘疾院舍的舍友等。社會署同時應加強 ICCMW 與其他社區內的服務單位（如兒童及青少年服務中心、綜合家庭服務中心、長者中心等）的協作，共同應付精神健康的服務需要。綜合社區中心的個案工作人員對個案比例，應與個案經理與患者的比例看齊，逐步下調至 1:40。

4. *增加住宿照顧服務*——社會署應提供更多殘疾人士資助院舍宿位，讓有住宿需要的殘疾人士，包括精神病康復者入住；更嚴格監察私營殘疾人士院舍的服務質素；及設立臨時住宿服務，為受困擾但未需住院的康復者提供短暫休養的地方。
5. *制定就業支援政策*——為協助包括精神病康復者在內的殘疾人士就業，政府應為公營機構設立就業配額，及以不同方法（如提供稅務優惠、加強就業復康服務等）鼓勵私營機構作出聘用。
6. *提供恆常照顧津貼*——為舒緩照顧者的經濟壓力，社會署應以關愛基金的「為低收入的殘疾人士照顧者提供生活津貼試驗計劃」作為基礎，盡快向需要長時間照顧的精神病康復者的照顧者提供恆常現金津貼每月 2,000 元。
7. *檢討社會保障制度*——為使精神病康復者更能應付不斷增加的日常生活開支，社會署應檢討及改善各項社會保障制度，包括：提升綜援的總豁免計算金額至每月 6,000 元；檢討綜援金額的計算基礎，及提升傷殘津貼的金額；容許精神病康復者獨立申請綜援等。
8. *增加資助自助組織*——社會署應運用 2017/18 年度財政預算案中，預留予長者及殘疾人士服務的 300 億元中最少 1 億元，作為增加對自助組織每年的資助金額，令自助組織更有資源服務病友，並進行倡議工作。

總結而言，本港能否實現成為具精神健康的社會，實有賴未來常設諮詢委員會落實推動檢討報告的建議，及以上檢討報告中遺留未有觸及的項目。不過更重要的，是政府能否願意作出更明確的財政承擔，以支援及加強各項服務。

二零一七年四月廿四日

推動精神健康政策聯席成員團體：

康和互助社聯會、香港精神康復者聯盟、基督教愛協團契、新界西精神健康服務關注組、健康之友、恆康互助社、香港家連家精神健康倡導協會、關注精神病康復者權益會、香港社區組織協會。

（聯絡處：何文田公主道 52 號三樓 香港社區組織協會）