

# **香港精神病無家者健康服務** **意見書**

二零一七年三月

香港中文大學博群計劃  
精神病無家者社區研究小組

## 研究摘要

### i. 研究簡介

透過了解無家者的需要，比較現時的精神治療和社會福利制度，以及他們融入社會的狀況，檢視社會現有的服務斷層（service gap）。此研究集中探討香港精神病無家者醫療上所面對的障礙，及當他們需要服務時社會能否適時提供。期望透過多專業的合作，探討發展新的提供無家者醫療服務的模式的可能性。由於在應否強制精神病無家者入院涉及較多主觀及道德判斷，這議題暫不列入這研究討論範圍。

### ii. 研究設計

這是一個由香港中文大學學生進行的質性研究。研究員進行了半結構式訪問，訪問一般無家者、精神病無家者、醫生、社工、社福機構等不同持分者，以多角度整合香港無家者的問題，並藉比較無家者、精神病無家者及精神病患者接受的服務，以探討現時醫療制度及社會支援的不足。

### iii. 研究結果

觀乎現存模式，不論在心理還是生理上，精神病無家者都有醫療服務的需要。可是現時卻沒有為無家者而設的精神健康政策，若要將他們送到醫院接受診斷和治療，便需要社區精神健康外展隊，惟他們受工作指引限制，未能有效地發揮其功能。政府服務以外還有民間的健康快車，關注精神病無家者的醫療困境，但由於健康快車只靠義工自發參與以維持運作，繼而將精神病無家者轉介入院，長遠而言並不理想。當精神病無家者出院後，他們因沒有居住地址，社康護士難以跟進，而精神健康綜合社區中心（ICCMW）除了人手訓練不足，更與各個社福機構的權責不清，令精神病無家者的醫療問題更難解決。

### iv. 建議總覽

建議	針對的問題
醫管局應吸納健康列車為公共服務，或給予資金讓非政府組織聘請醫生，由政府和非政府組織共同承擔醫療責任。	政府外展隊未能照顧精神病無家者的健康需要，而非政府組織的義工屬不定期性質，服務也有地區上的限制。
醫管局應容許義務醫生檢查電子病歷。	非政府組織的義務醫生不能查閱相關病歷，影響街頭診斷的成效。
檢討社區精神健康外展隊的出隊指引，應更彈性處理無家者個案。	無家者行蹤不定，而外展隊工作時段未能有效照顧他們的需要。
促進跨專業合作，透過醫生和社工的緊密溝通，為病人訂出最合適的治療和復康方案。	服務無家者的每個持分者各自為政，未能有效合作。

## 1. 研究背景

露宿是一個全球性的議題，它不單是一個社會問題，更衍生出不少醫療相關的問題。根據社會福利署提供的數據，於2015年，本港有806名已登記的無家者，比起2010年的登記數字（393人）多逾一倍。同時，鑑於部分無家者因不願意提供登記所需的個人資料，或因健康欠佳而未能完成登記手續，本港無家者的實際人數往往被低估，把登記無家者的門檻嚴格定為「連續七日居留於同一固定地點」並不切實際，所以政府數字實在未能真實反映本港無家者狀況。2015年，本港數間大學聯同提供露者者服務的三間社福機構統計無家者人數，調查估計，本港約有1,614名無家者，情況比想象中嚴重且惡化的快。（香港中文大學博群計劃、香港城市大學應用社會科學系城青優權計劃、基督教關懷無家者協會、香港社區組織協會、聖雅各福群會、救世軍，2015）。

政府統計數字顯示，本港有19%的人口患有長期疾病或殘疾（政府統計處，2015）。在無家者當中，31%的人口患有長期疾病或殘疾。本港及外國研究不約而同指出，無家者患上身體疾病及精神病的風險較高（Yim, Leung, Chan, Lam, & Lim, 2015）。外國文獻指出，無家者患有精神疾病的機率比起整體人口高三至四倍，當中，情感性精神疾病、焦慮症、酗酒和藥物濫用是最為常見（Zapf, Roesch, & Hart, 1996; McNiel, Binder, & Robinson, 2005）。最近一份研究報告顯示，逾一半受訪無家者患有精神疾病，71%受訪者有患有精神疾病的記錄；然而報告低估了現況，20%無家者因身體狀況而未能參與該調查。露者者面臨診斷和治療不足的情況，所有未能同意進行訪問的嚴重精神病患者，均未曾接受過精神科社康護理服務的精神狀況評估，部分嚴重精神病患者更拒絕接受任何醫療或精神治療（Yim, Leung, Chan, Lam, & Lim, 2015）。

患有精神疾病的無家者在接受一般及精神治療時，面對著種種的障礙。例如，無家者因實際考慮（如：未能負擔交通費及醫療費）、精神疾病污名感（perceived stigma）、情境創傷（situational trauma）、藥物濫用及社會支持不足而沒有接受相關醫療服務（Kim, et al., 2007）。2009年，香港一群社工及義工進行調查，發現只有18%疑似患有精神疾病的無家者曾接受精神治療，少於一半受訪精神病無家者於接受精神治療後接受定期跟進，亦少於一半受訪者定期服用治療用的藥物（聖雅各福群會、利民會，2010）。精神科醫生總結指出，本港患有精神疾病的無家者當中存著低治療率的問題，無家者當中不乏面對嚴重的精神疾病，甚至部分無家者未能接受合適的精神評估及治療。各種現象顯示本港現時精神治療服務出現缺口，未能為患有嚴重精神疾病的無家者提供適切的服務。

鑑於沒有為患有精神疾病的無家者而設的正式精神治療服務，救世軍於2014年起展開健康快車，為無家者提供全港首創的綜合衛生服務。健康列車是個志願醫療團隊，起初只有一名精神科醫生，發展至今，已成為一個由普通科醫生、精神科醫生及護士（包括精神科）組成的團隊。然而，現時健康列車不能提供持續的跟進服務，無家者送往醫院後，由於他們社會網絡支持不足及欠缺病悉感，很容易再次回到露宿行列。此研究主要探討針對患有精神疾病的無家者提供的服務，以及他們面對接受醫療服務的阻礙。研究結果對於當局規劃具針對性的精神治療有一定的參考價值。

## 2. 研究結果

### 2.1 無家者需要

訪問結果得出，普遍無家者表示最需要穩定居所、經濟支持及社會支持。有別於一般無家者，精神病無家者需要更多精神相關的醫療服務。

金錢和房屋兩者是息息相關的，無家者表示即使政府有提供綜緩，但金額不足以讓他們租住房屋。例如有無家者收入來自綜緩，但卻不敷支出。亦有無家者因為舊樓清拆導致無法找回價錢相宜的單位居住。而露宿的住宿環境亦帶來許多問題。無家者的生活環境惡劣，不時會有飛蟑螂，生活亦會受到天氣及環境影響，甚至會影響他們的睡眠質素。生活安全亦是一個重要的問題，如財物曾被偷走，這些事件令無家者難以在安全、穩定的地方居住。質素欠佳的生活條件亦可能引起其他心理或生理上的問題。

有一部分的無家者曾經居住宿舍，但這些宿舍卻未能滿足他們需要，尤其對精神病無家者。精神病無家者難以有宿舍接收，因為宿舍沒有醫護人員看場，難以照顧精神病無家者，令他們持續露宿的問題更難解決。

社會支持方面，社會支持分別有工具性及情緒性支持，是無家者其中一個重要的需要。工具性支持能暫時紓緩無家者的基本生理需要，情緒性支持能夠令無家者感到受重視。據訪問顯示，近乎所有無家者都缺乏家人支持。他們與家人的關係持續惡劣，導致他們選擇流落街頭。社工認為有家人支援的精神病無家者的病情較少復發。可見家人支持對無家者的精神健康有正面功效。

除家人以外，來自社會不同持分者的關懷對無家者亦為重要。無家者為弱勢社群，大部分無家者不懂得主動尋求社區援助。社區支援對無家者的身心健康有正面作用。現時，本港有三間服務無家者的非政府組織，給予無家者各類型服務如外展服務、協助申請政府援助及治療性小組等。無家者接觸組織的社工的頻次較接觸家人多，社工長期及持續的關心與支持，令無家者感到受重視，情緒更正面樂觀。

醫療方面，精神治療為一個過程，由評估、治療至個案跟進都對康復起重要作用。

精神病無家者一般欠缺病悉感。他們一般不會意識自己有情緒問題，因此不懂得就著情緒問題求助。即使他們意會到情緒問題，卻不認為自己有接受治療的需要。欠缺病悉感令無家者失去及時的精神治療，精神病隨時間惡化，有部分個案因無家者長期沒有得到妥善治療，令其精神狀況已嚴重到不能復原。

其次，無家者欠缺治療後的定期跟進及覆診，影響其治癒率及提高復發率。精神病需要長期治療，然而，部分無家者對醫療系統存負面觀感，因而拒絕定期覆藥及覆診。同時，救世軍社工指出，沒有入住中途宿舍、欠缺家人支持會增加病情復發機會。可見，要協助精神病無家者這邊緣群體，有必要從他們基本及醫療需要同時入手。

## 2.2 醫療制度

### 醫院管理局——社區精神健康外展隊

醫院管理局轄下的社區精神健康外展隊，專責服務16歲以上、懷疑或曾經患上精神病及有侵略性或自殺傾向行為的市民。儘管官方設有這支服務精神病者的外展隊，因為他們強調病人的安全問題，通常只服務隱藏在家中的精神病人，卻不願在街頭診斷病人。精神病無家者很容易會因為情緒激動或者拒絕被強制入院治療，傷人傷己，例如衝出馬路、追逐於街頭、造成交通意外等等。

除此之外，醫管局外展隊的運作涉及大量人力及物力。在正常情況下，醫管局外展隊出隊不只單單檢查無家者的精神健康狀況，亦需勸服病人，甚至強制病人入院，因為這些病人普遍病情比較嚴重，但又不願自行入院接受治療。外展隊會以社工探訪所得的病情、家人提供的資料等，來評估強制病人入院的需要。如果確定需要入院，外展隊除集合醫生、護士、社工以及家人的力量外，有時還需警察、消防員、救護員等專業協助爆破房門、防止病者逃走、確保外展隊隊員和無家者的人身安全等。

另外，無家者的行蹤不定，也增添服務的困難。外展隊一次出隊就涉及大量人力物力，自然希望可以一次成功。然而，不少無家者會不時轉換居住地點，有時出隊未必找到無家者，因此造成資源浪費，亦減低他們服務無家者的意欲。雖然各區的外展隊有不同的做法，但礙於資源和成效的考慮，醫管局外展隊普遍對精神病無家者望而卻步。

### 非政府組織——無「窮」健康列車服務

非政府組織救世軍亦設有精神外展服務——健康列車，嘗試彌補醫管局外展隊的不足。健康列車於2014年9月成立，由救世軍社工及義工醫護人員組成，以醫管局外展隊較少服務的無家者為主要服務對象，為他們提供街頭診斷，協助有需要的無家者入院。

義務精神科醫生、護士會定期隨外展車出隊服務。與醫管局外展隊不同，他們的主要任務是在街頭為無家者診斷。外展服務分成兩隊，不但照顧無家者的精神上的健康，也關心他們生理健康，有需要時會強制病者入院。在醫護人員的協助下，計劃至2015年尾，總共有超過20個精神病無家者被成功送院治療的案例。除了診斷，團隊也會跟進精神病無家者個案，例如督促服藥情況及為病人覆診。團隊並非提供一次性的服務，而是與無家者建立長期友好關係。他們除了在街頭尋找精神病無家者外，還接受其他機構的轉介，以安排探訪及治療。可見，這項服務能夠有效彌補醫管局外展隊的不足。

不過，健康列車的計劃目前有不少困難，主要問題是資金及人手不足。由於計劃的義工屬不定期性質，人手不足的問題時有發生。義務的醫護人員公務繁忙，未必能每次抽空協助，使外展車對無家者健康的服務大打折扣。加上，健康列車的三年服務是來

自公益金的短期贊助，期滿後要持續服務，就要另覓資源。這為健康列車的將來發展蒙上陰影。

### 精神健康綜合社區中心

除了上述提及的兩支外展隊外，社會福利署於2010年在全港各區成立ICCMW，透過綜合服務模式，由單一非政府機構為精神病康復者、懷疑有精神健康問題的人士、乃至他們家人、照顧者等，提供社區支援和康復服務。其服務包括個案輔導、日間訓練、外展服務等等。它同時會接受醫生、社工、政府部門、家屬等的轉介，並將較嚴重的案例轉介給醫院的外展隊。

綜合社區中心有恆常的政府資助，人力物力都比上述的非政府組織外展隊充足，理應發揮協助精神病無家者的作用。可是六年來，它面對不少困難，減低其服務成效。綜合社區中心的社工多由新人擔任，與各持份者如醫護人員、政府機構、非政府組織等等的合作未夠緊密，相關工作經驗不足。正如嚴醫生所說，他們的年資通常較短，照顧精神病人的經驗不足。而根據醫務社工的說法，中心多聘請新人，資歷深和能力高的社工大多會因待遇或其他因素調職，這對中心的人力資源造成很大的影響。救世軍的蔡姑娘亦指，多數社工只學了精神病的基本知識，而日常生活中又缺少相關的工作訓練，使他們服務精神病無家者以及與醫護人員合作時，出現困難。

此外，香港社會工作者總工會在2015年9月發表了精神健康服務狀況同工意見問卷調查報告。結果發現綜合社區中心在社區為精神病康復者、懷疑有精神健康問題的人士、有關的家人或照顧者、居住當區的居民，提供包底式服務，但中心的社工人手卻出現不足，工作壓力甚大。同時，報告表示有愈來愈多的非精神病案例，如失智、濫藥等等，被轉介至中心使用服務，令本來的緊拙的人手百上加斤，使服務水平下降。

### **2.3 精神病無家者融入社會的狀況**

對於患有精神病的無家者，他們不單需要一般醫療及精神復康服務，同時也依附著所身處的群體和社區。因此，他們融入社會的狀況也備受關注。在社會援助的層面上，生活必需品和工作機會都是影響患有精神病的無家者的基本生存和自我照顧的能力。另外，他們周遭的社區設施與他們的生活是否便利是息息相關。除了硬件上的物資及配套之外，他們也有人際關係上的需要。所以，他們所屬的社區內的生活圈子與不同持份者對待他們的態度，也充分影響著患有精神病的無家者的生活。

### **2.4 不同專業在處理有關無家者精神健康的問題時價值觀的異同**

在處理有關無家者的精神健康問題時，不同背景的專業都可能有不同的見解，即使出發點一致，對同一樣事物的定義也可能有分歧。我們將就著強制入院、無家者精神狀況、無家者對社會的影響三點討論。

現行法例給予醫生權利強制病人接受精神科治療，雖然強制入院的程序牽涉法官及病人監護人，但在大部份的個案中都是依靠醫生的專業判斷。不同的醫生對於病人的精神狀態的判斷都有些許差異，更遑論是與社工的認知比較。

例如，醫生及社工都同意應將危害他人安全與自己身體的精神病人強制入院，這與大眾的看法普遍一致，不過當患者程度沒那麼嚴重的時候，那條分界線就變得很模糊不清。精神病的無家者在患上嚴重精神病前都會進入自我疏忽這階段，會忽視了自己的基本需要，例如個人衛生及溫飽等，同時也意識不到自身醫療狀況的好壞。

自我疏忽的無家者在精神與健康方面都會越來越差，輕則不去梳洗進食，肚餓肚子任由自己變得骯髒，重則隨街撿食，任由傷口潰爛仍不求，形成很難靠自身逃脫的惡性循環。

普遍大眾認為有精神病的就應接受治療，在常人或社工眼中，若無家者吃大便飲小便、以污水拌飯、或有蒼蠅從頭髮飛出等，都會認為他們自我疏忽的程度非常嚴重，沒有自理能力的他們應該要接受強制治療，不過精神科醫生可能會有不同的看法，認為未有足夠理據強制送他們進精神病醫院。如果那無家者沒有在醫生診斷的短短時間內有上述的表現，又或是那無家者當天突然很清醒，單憑社工的轉述醫生未必會認為情況十分嚴重，這時候便會出現醫社之間的期望落差。社工與無家者的接觸時間較長，所以對他們的身體與精神狀況會比較了解，相對地醫生主要按目睹的情況判斷，準確度自然會有偏差。

除此以外不同專業的觀點角度也不同，社工較注重與無家者的關係，會從他們的角度思考，擔心入院對他們來說會是很差的體驗。而且即使接受治療後出院不久又會復發，所以如非情況太惡劣，社工都寧願遵從無家者的意願，讓他們留在街上。強制入院所牽涉的不只是人權問題，而是能否設身處地去為無家者考慮，即使在醫學角度裡這未必是最好的選擇，但從結果而言對病人可能更好。

### **3. 建議**

#### **3.1 投放資源發展健康列車服務，容許醫生翻查病人紀錄以助診斷**

正如其中一個無家者社福機構——聖雅各福群會的楊姑娘所說，現時向無家者提供的服務尚算足夠，能覆蓋絕大部分無家者，但針對有精神病患的無家者的服務就視乎每一區的醫管局外展隊。但事實上，醫管局外展隊甚少服務精神病無家者，他們的精神健康就要依靠非政府組織的外展隊。但以救世軍健康列車計劃的七人車規模來說，實在不足而服務眾多精神病無家者，加上計劃的義工屬不定期性質，服務也有地區上的限制，政府確實需要投入更多的資源。

無家者往往是醫療體制中被忽視的一群，而精神病無家者更甚之。健康列車以他們為服務對象，有效彌補醫管局外展隊的不足。政府應吸納健康列車為醫管局服務，使其成為醫生及護士常規工作；即使無法吸納此服務，可以參考美國做法，給予資金讓非

政府組織聘請醫生，將基層醫療分流給非政府組織負責，從而解決人手不足的問題，由政府和非政府組織共同承擔醫療責任。讓各機構能營運所屬地區的健康列車。即使無法成為正式服務，如可容許義工醫生翻查病人資料及病歷，對診斷已經能有莫大幫助。

### 3.2 修改指引使醫管局外展隊彈性處理無家者個案

從以上可見，醫管局外展隊並不會服務精神病無家者，最主要基於安全考慮。的確無家者可能情緒激動，甚至失控，難以處理，但醫管局外展隊對他們置之不理，長遠來說亦很大可能釀成意外。故醫管局外展隊應檢討出隊的指引，不應只考慮短期的安全問題，應顧及無家者長遠的精神健康利益，將他們列入服務對象之一。

同時，醫管局外展隊可考慮採取較溫和和靈活的出隊方式。例如，一開始不需整個隊伍前往，因為這會嚇怕無家者，導致安全的問題。他們可以與社工合作，首先讓少數隊員與社工先到現場，為無家者做簡單的診斷，了解其不願入院的原因，或者試圖勸其自願入院。我們的研究成員曾跟隨社工落區，發現他們都可與不少無家者建立友好關係。我們探訪的對象包括有確診精神病及懷疑有精神問題的無家者。即使是第一次接觸我們，他們也不至於逃走或者情緒激動，有的甚至願意談及自己的病情。

無家者對強制入院的恐慌可能來自對醫療體制的不信任。有曾經入精神病院的無家者坦言對醫院的懼怕，因為她見到有病人被綁在床上；也有無家者認為西醫有害，故從來不求診。

因此醫管局外展隊也不應以強制病人入院為主要目的，反而可以嘗試先在街頭作診斷，並慢慢與無家者建立關係，了解其病情，以考慮送院的必要性。如果其病情可接受，醫管局外展隊亦可提供藥物治療，並由社康護士或者社工提醒其準時服藥。當要診斷而非強制病人入院時，醫管局外展隊就沒有必要帶同大量人手。此舉不但降低無家者的戒心，還可有效分配資源。

醫管局外展隊的另一個問題是辦公時間為朝九晚五。但無家者通常在夜晚出沒，令醫管局外展隊與其服務對象出現時間錯配，使無家者難以受惠。故我們建議醫管局外展隊可押後工作時間，或改以輪班制，以更有效服務精神病無家者。

### 3.3 促進跨專業合作

我們明白醫護人員人手緊拙及時間寶貴，ICCMW的社工及醫務社工的工作對象亦不止無家者，但他們在精神病無家者的康復過程中都扮演著十分重要的角色。

透過定期的跨專業合作，除了可提高工作效率外，醫生與社工的溝通更可令彼此對無家者問題的認識更全面及深入。專責處理無家者的前線社工比較熟悉個案及容易接觸無家者，而醫護人員的勸誘則比較有說服力。如果前線社工與外展隊能有定期的個案會議，不再依賴固有的信件和報告，而是面對面的一次過討論多個個案，探討如何為病人訂出最合適的治療和復康方案，相信成效一定會大大提高。

另外，跨專業的合作對各方都有莫大幫助，合作除了能培養默契外，還能加深社工的基本醫療知識，使他們在轉介時能更準備地選擇合適的個案，減卻了不必要的程序。



透過共同處理個案可以收窄雙方的分歧，救世軍的健康列車就是最好的例子，醫護人員也能了解到無家者醫療以外的需要，此舉能讓團隊制訂出對病人最好的治療方案。

#### **4. 總結**

從上述討論結果中，可見無家者需要房屋、經濟、社會等方面的支持，而精神病無家者更需要精神治療。房屋及經濟援助能夠改善無家者的生活狀況，社會支持則能夠滿足他們的生活及心理需要，減少其情緒問題及患上精神病的風險。而及時與適切的精神治療則能夠提升精神病無家者的心理健康。所以，政府應完善醫管局外展隊的出隊指引和方式，增撥更多資源予非政府組織，並透過跨專業的合作，更有效地幫助精神病無家者。

## **5. 參考資料**

### 中文資料

政府統計處 ( 2015 )。香港統計月刊專題文章：香港的殘疾人士及長期病患者。香港特別行政區。

香港中文大學博群計劃、香港城市大學應用社會科學系城青優權計劃、基督教關懷無家者協會、香港社區組織協會、聖雅各福群會、救世軍 ( 2015 )。全港無家者人口統計行動調查報告。

聖雅各福群會，利民會 ( 2010 )。無家者精神健康研究報告。香港特別行政區。

### 外文資料

Argeriou, M., McCarty, D., & Mulvey, K. (1995). Dimensions of homelessness. *Public Health Reports, 110*(6), 734–741.

Bassuk, E., Buckner, J., Perloff, J., & Bassuk, S. (1998). Prevalence of Mental Health and Substance Use Disorders Among Homeless and Low-Income Housed Mothers. *American Journal of Psychiatry, 155*(11), 1561-1564. <http://dx.doi.org/10.1176/ajp.155.11.1561>

Kim, M., Swanson, J., Swartz, M., Bradford, D., Mustillo, S., & Elbogen, E. (2007). Healthcare Barriers among Severely Mentally Ill Homeless Adults: Evidence from the Five-site Health and Risk Study. *Administration And Policy In Mental Health And Mental Health Services Research, 34*(4), 363-375. <http://dx.doi.org/10.1007/s10488-007-0115-1>

McNiel, D., Binder, R., & Robinson, J. (2005). Incarceration Associated With Homelessness, Mental Disorder, and Co-occurring Substance Abuse. *Psychiatric Services, 56*(7), 840-846. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.56.7.840>

Phelan, J. C., & Link, B. G. (1999). Who are “the homeless”? Reconsidering the stability and composition of the homeless population. *American Journal of Public Health, 89*(9), 1334–1338.

Yim, L., Leung, H., Chan, W., Lam, M., & Lim, V. (2015). Prevalence of Mental Illness among Homeless People in Hong Kong. *PLOS ONE, 10*(10), e0140940. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0140940>

Zapf, P., Roesch, R., & Hart, S. (1996). An Examination of the Relationship of Homelessness to Mental Disorder, Criminal Behaviour, and Health Care in a Pretrial Jail Population. *The Canadian Journal of Psychiatry, 41*(7), 435-440. <http://dx.doi.org/10.1177/070674379604100708>