

香港精神健康政策改善建議書

香港改善精神病患者社區照顧專家小組

香港 · 2010 年 12 月

前言

雖然近年精神病的診斷和治療不斷進步，但有關精神病患者的慘劇卻重覆在香港發生；這不但反映目前精神健康護理系統的不足，更顯示出有改善精神病患者護理提供的強烈需要。

在 2010 年 5 月於葵盛東村發生的事件中，一名精神病患者於其居所附近造成 2 死 3 傷。事件引起了公眾的強烈訴求。事件發生後，香港改善精神病患者社區照顧專家小組召開會議，討論如何建立一個更好的社區，為香港精神病患者提供理想照顧。專家小組由海外及本地精神科醫生、立法會議員、護士、職業治療師和社工組成。

2010 年是香港精神健康服務重要的一年。在參考葵盛東村事件而撰寫的精神科病人處理和跟進審查報告提交後，醫院管理局已制定 2010-2015 年精神健康服務計劃，作為往後 5 年香港精神健康服務發展的藍圖。此一長期存在的問題以往從未獲得如此巨大的公眾關注，亦從未有這種機會集合社區力量嘗試改變目前的服務系統。香港精神健康促進會因此決定研究方法解決這些問題。

在此前提下，香港改善精神病患者社區照顧專家小組就如何改善現時的精神健康照顧服務制定了一系列建議。這份建議文件涵蓋了目前系統的主要問題，及實際解決措施的專家共識。

精神科治療服務仍有很多地方尚待改善，而這需要透過不同範疇人士共同努力。香港改善精神病患者社區照顧專家小組特此提交以下建議，盼能讓病人獲得更好的照顧。

陳仲謀醫生

香港改善精神病患者社區照顧專家小組主席

香港精神健康促進會主席

簡介和背景

精神健康是整體健康不可或缺的一部分。全面的精神健康護理政策和整合有效率的護理服務提供系統無疑對促進公眾精神健康非常重要。

涉及嚴重精神病患者的慘劇時常發生，引起了公眾對改善精神健康護理的強烈訴求。為改善香港精神健康護理系統，醫院管理局於 2010 年 5 月提出了 2010-2015 年精神健康服務計劃，內容概述了未來 5 年的主要策略，尋求公眾意見。

在這前提下，香港改善精神病患者社區照顧專家小組集合了多個不同專業的跨界別小組意見，包括公營醫院和私人執業的精神科醫生、來自澳洲的著名精神科教授、立法會議員、護士、職業治療師和社工。本文件旨在檢討目前精神健康護理系統的問題，並就如何為香港精神科病人提供較理想的社區照顧提出明確建議。

香港精神健康護理系統的當前問題

香港精神健康護理系統目前正面對一些結構性和功能上的問題。要改善精神健康護理系統，需要提升護理服務提供的質素（特別對嚴重精神病患者）、消除財政障礙、解決人手短缺的問題，以及協調不同界別的精神健康護理。

優先跟進系統目前潛在的隱憂

優先跟進（簡稱 PFU）系統在 1983 年已經開始運作，對一些曾經有暴力史或有暴力傾向的高危精神科病人作記錄及緊密跟進¹。PFU（特別目標）個案是被評估為暴力風險最高的群組病人。PFU 病人需要接受額外的出院前評估，以及透過持續服務接受緊密監察，包括出席預約門診和接受社區精神科護士定期探訪。

多宗牽涉 PFU 系統病人的傷人事件，反映出現時系統的隱憂。在葵盛東村事件中，涉案病人屬 PFU 病人，但在事發前拒絕了社區精神科護士的探訪²。然而，由於他仍然定期到門診覆診，因此並不能強行將他送院接受治療。值得注意的是，**PFU 欠缺法律定義地位**，亦不等同附有條件的出院或任何形式的強制治療³。

現時，每所精神科醫院都各自保存病人記錄，而**各個聯網的登記和跟進個案亦不一致**。有些病人的情況可能因而被錯誤評估，以致出現不恰當的分類或過早出院，因此有必要將現時的系統標準化，以提供公平和有合適水準的照顧和服務。

精神健康護理服務缺乏足夠的資金和獨立的經費

香港政府在健康服務的開支佔本地生產總值的 5.0%⁴，較大部分經濟合作及發展組織（簡稱 OECD）國家的平均開支（8.8%）少⁵。**精神健康護理所獲配的資源嚴重不足**。在 2005 年，只有香港生產總值的 0.24% 獲配給精神健康護理服務，遠較大部分相若的已發展國家少⁶。相反，澳洲投放了超過 0.88% 的國內生產總值於精神健康服務上，而美國和英國亦分別有 0.83% 和 0.58%（表一）⁶。相比其他已發展國家，**香港的精神健康護理服務缺乏獨立的撥款支持**。

香港政府在過去 5 年在方向上對擴大整體醫療和精神健康護理服務撥款持正面的承諾，然而有關的資金仍遠遠未能滿足不斷上升的服務需求和公眾期望。

表一。
已發展國家／地區在精神健康發展的撥款比較⁶

	澳洲	香港	日本	新加坡	英國	美國
整體醫療總預算 (% GDP)	9.2	2.8	8	3.9	5.8	13.9
精神健康服務發 展資金 (% GDP)	0.88	0.24	0.4	0.27	0.58	0.83
獨立撥款	有	沒有	有	有	有	有

資料源自世界衛生組織 (WHO) 《Mental Health Atlas 2005》

人手和訓練水平的不足

擴大精神科護理人手是刻不容緩的事情。鑒於每年有超過 6,600 名病人入住精神科醫院，以及 615,000 名病人於精神科專科門診和家庭醫學專科診所求診⁷，個案跟進比率之高反映出精神科的醫生、社工和護士人手極之短缺 (表二)⁸。

表二。
香港精神科服務職員人數 (2008-2009)⁸

	精神科醫生	精神科護士	醫務社工
人數	288	1,880	197
職員/病人比率	1:2,100	1:330	1:3,100

相比其他已發展國家，香港精神科醫生的人數非常不足；每 100,000 人口只有兩名精神科醫生，而澳洲和美國則分別有 14 和 13.7 名精神科醫生 (表三)⁶。

表三。
不同國家的精神科醫生與人口比率⁶

	澳洲	香港	日本	美國
精神科醫生／ 100,000 人口	14	2	9.4	13.7

資料源自世界衛生組織 (WHO) 《Mental Health Atlas 2005》

精神科醫生在精神健康護理上扮演十分重要的角色，而充足的訓練水平亦必不可少。在香港，重要的臨床決定可由醫生（而非顧問醫生）作出，但相反在英國，精神科顧問醫生負起臨床領導的責任，並對所有經醫生診斷的病人負責和問責⁹。香港應該擁有這樣一個以顧問醫生為主導的管理方法和訓練系統。

未能充分使用較新型抗精神病藥物

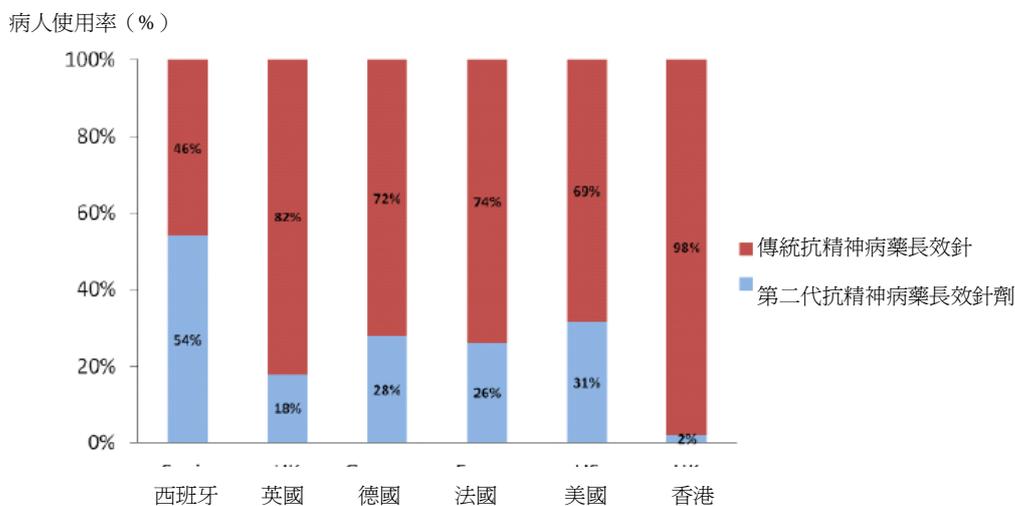
全面的干預服務應包括預防和透過治療的早期干預，以及持續照顧和預防復發。

第二代抗精神病藥物（簡稱 SGAs）已證實較傳統抗精神病藥物有更大療效。相比服食第一代抗精神病藥物的病人，使用 SGAs 作維持藥物的病人復發的機會少約三分之一¹⁰。然而，病人對口服 SGAs 的依從性仍然未如理想¹¹。

病人對藥物的依從性低是導致精神分裂症患者出現復發的主要原因。約 50% 精神分裂症患者在 1 年後停藥，而 75% 病人在出院後兩年中止治療¹²。病人對藥物的依從性每增加 10%，住院的風險便減少 20%¹²。

第二代抗精神病藥長效針劑（簡稱 SGA-LAIs）能讓病人接受，令心理方面的因素有較大機會植根。在澳洲進行社區治療令（簡稱 CTOs）期間，接受 SGA-LAIs 的病人對藥物的依從性較接受口服藥物的病人好，而再次入院的數字也顯著下降¹³。**雖然 SGA-LAIs 在其他已發展國家已被廣泛使用，但香港的使用率仍然低（圖一），因此應擴大其使用以有效預防復發¹⁴。**

圖一. 不同國家在 2009 年長效針劑的使用情況¹⁴



現有精神科服務缺乏協調

為改善精神科病人所獲得的服務質素，社會有需要加強由政府及不同私人界別、個人及團體所提供的一系列精神健康服務。

1. 缺乏轉介、分派、覆查和跟進病人的系統

目前，精神健康服務的資源分配在各區存有不均的情況，對使用服務構成了不必要的障礙。舉例說，同一病情的病人於求診時的輪候時間會因應地區不同而大有差別，時間可以由3至4個月到2至3年不等。因此有必要加強醫療系統內臨床服務的協調，以確保病人不會在重要的轉接期流失。

社區為本照顧是精神科病人護理的全球趨勢；為了符合香港獨特的人口需要，應該發展全面的精神健康服務，包括均衡的社區和住院服務。此外，亦應有更深入的討論，決定適合重返社區的精神科病人類別，以及他們在社區的護理，包括及早察覺復發和及時送院以扭轉危機。

2. 公營和私家精神科醫生缺乏合作

無論是公立醫院或是私人執業的精神科醫生都應是醫療系統主幹的一部分。為了有效應付有不同程度精神問題病人的需要，有必要促進公營及私人精神科專科的合作和改善服務的聯繫。

3. 缺乏有力的基層醫療支援

近年，不少注意力已放在加強普通科醫生的技巧和知識，以察覺、診斷和處理一般精神健康問題。然而，跨界別的合作性照顧模式和新的轉介方案仍有待發展。

專家小組建議

以上所概述有關結構性和功能上的問題，均會影響服務的可用性和質素，以及最終的精神健康結果。鑒於最近焦點集中在精神健康護理系統的改革，有關政策討論應考慮及以下幾點，以提升精神健康服務的質素。

1. 改進目前 PFU 系統

- a. 有關修改精神健康條例，應給予 PFU 系統法定地位。
- b. 委任一位精神科主管來統一 PFU 程序和作出有關收症、跟進和出院等重要決定；精神科主管應由高級精神科醫生（即高級醫生或取得精神科專業資格後至少有 5 年相關經驗的醫生）
- c. 統一現時 PFU 系統以確保每個地區都一致實行及恰當記錄所有個案，並清楚定明跟進程序和出院政策。

2. 提高病人到診所的方便度，以便緊密跟進

- a. 精神健康服務應旨在讓病人重拾功能及生活，而提高病人到診所的方便度以便緊密跟進，對有效實行 PFU 系統非常重要。
- b. 開設夜診／假期診所方便病人接受治療和跟進。

3. 增加使用新一代抗精神病藥物

- a. 建議增加使用 SGA-LAIs 以加強病人對治療的依從性和有效預防 PFU 個案的復發。

4. 社區治療令（簡稱 CTO）應輔助但非完全取代住院治療

- a. 服務應包括均衡的社區和住院臨床治療服務。
- b. CTO 加上社區照顧支援，對大部分病情穩定的病人都有幫助。然而，對於小部分不依從治療和多次留院的「旋轉門」病人，CTO 或許不比住院治療有效。
- c. 應成立一隊專責的社區團隊實行 CTO。

5. 撥出獨立款項發展精神健康服務

- a. 應對精神健康條例作出修定來規定用來發展精神健康服務的資金總額和最小人力分配比例
- b. 計算最理想人力分配的建議公式
 - i. 最理想的個案經理人數 = PFU 個案數目 ÷ 每位個案經理最理想的跟進個案數目

*現時 PFU 系統內約有 5,500 個案；當中，500 名病人屬「特別目標群組」，其餘 5,000 名病人屬「目標群組」¹⁵。

根據 Tim Lambert 教授的資料，嚴重精神病患者與個案經理的比例在澳洲是 8:1。

ii. 最理想的醫生人數 = 總人口 x 精神科醫生與人口的最佳比例

*精神科醫生與人口的比例在美國和英國分別是 1:8,000 和 1:12,000⁵。

iii. 最理想的顧問人數 = 醫生人數 x 每位醫生的指導顧問人數

*根據陳佳鼎教授的資料，高級醫生與醫生的比例在英國是 0.5:1。

iv. 根據服務範圍進行估計

精神健康服務可根據按人口普查資料劃分的服務範圍組織¹⁶。在英國，每個服務範圍定義為 250,000 名人口，覆蓋平均英國人口的 64.4%（即年齡介乎 16-65 歲的勞動成年人口）¹⁶。

以英國的危機管理隊為例，在計算每個服務範圍的職員數目時會將指定時期內可能出現危機的個案數目及病人與團隊接觸的時間考慮在內¹⁶。

精神科服務應包括在醫療財政方案中自願參與保險計劃的一部分。

6. 成立精神健康委員會

a. 成立法定的精神健康委員會來監管以下範疇：

- i. 決定有關治療、培訓和人手方面的資金運用
- ii. 調配人手
- iii. 統一各區的精神科服務水平和範疇
- iv. 聯絡其他有關復康、房屋和保安方面的服務供應商
- v. 監督 PFU 系統的執行

b. 委員會應由一位擁有醫學背景（有精神科訓練為優）的主席領導。

7. 促進公私營精神科醫生之合作

a. 應加強公私營界別的聯盟，充分運用人手

b. 應加強社區精神科護士、醫務社工和精神科醫生之間的緊密合作，以

便跟進病人情況

8. 建立專科與基層醫療醫生的有力聯盟

- a. 曾接受精神科社區治療培訓的普通科醫生能處理一些較輕微的個案（如焦慮症和驚恐症），從而令精神科醫生能處理更多較嚴重的精神病。
- b. 成立專科醫生和基層醫療醫生的合作護理計劃。
- c. 醫院管理局和基層醫療醫生之間應有恰當的溝通平台來加強聯繫。

總結

爲了讓病人更容易得到有質素的精神健康護理，有需要對精神健康護理系統進行以下改革：

- 改進目前的 PFU 系統
- 提高病人到診所覆診的方便度，以便緊密跟進
- 增加使用新一代抗精神病藥物
- 以入院服務輔助社區照顧
- 撥出獨立款項發展精神健康服務
- 成立精神健康委員會
- 促進公私營精神科醫生之合作
- 建立專科與基層醫療醫生的有力聯盟

香港改善精神病患者社區照顧專家小組

陳仲謀醫生

香港精神健康促進會主席

陳佳鼎教授

香港心理衛生會會長

張建森先生

香港精神健康促進會義務秘書長

張鴻堅醫生

香港精神科專科醫生

朱漢威先生

香港精神健康促進會副主席

童粵生醫生

香港專業戒癮輔導學會

黎永開先生

香港社會工作人員協會主席

林拔教授 (Professor Tim Lambert)

澳洲雪梨大學中央醫學院精神醫學系講座教授

李國麟博士

香港護士協會主席

梁家駒醫生

立法會議員 (醫學界)

潘佩璆醫生

立法會議員 (勞工界) 及醫管局精神科顧問醫生

黃以謙醫生

香港執業精神科醫生協會主席

參考資料：

1. Chiu SN, Poon TN, Fong SYY, Tsoh MY. A review of 354 outreach patients of the Kwai Chung Hospital community psychiatric team. *Hong Kong J Psychiatry* 2000;10:6-13.
2. Leong J, et al. Report of the review committee of the Hospital Authority on the management and follow-up of mental patients with reference to the incident in Kwai Shing East Estate. July 2010.
3. Xiang Y, Leung CM, Tang WK, Ungvari GS. Impact of the priority follow-up system on quality of life in Chinese schizophrenia patients. *Australas Psychiatry* 2008;42:154-158.
4. Food and Health Bureau, The Government of Hong Kong SAR. Hong Kong's Domestic Health Accounts. Estimates of Health Expenditure, 1989/90 – 2006/07. Available at: http://www.fhb.gov.hk/statistics/download/dha/en/table5_0607.pdf. Accessed 20 December, 2010.

5. OECD. OECD Health Data 2010. Available at: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DatasetCode=HEALTH>. Accessed 20 December 2010.
6. World Health Organization. Mental Health Evidence and Research Team & World Health Organization. Dept. of Mental Health and Substance Abuse. Mental Health Atlas 2005. Switzerland, Geneva: World Health Organization; 2005.
7. Hospital Authority (Hong Kong). Hospital Authority Statistical Report 2006-2007. Available at: http://www.ha.org.hk/upload/publication_15/107.pdf. Accessed 20 December 2010.
8. Tang JYM, et al. Early intervention for psychosis in Hong Kong – the EASY programme. *Perspectives in Early Intervention* 2010; 4:214-219.
9. Royal College of Psychiatrists. Role of the consultant psychiatrist in psychotherapy (Council Report CR139). London: Royal College of Psychiatrists. May 2006
10. Ayuso-Gutierrez JL, del Rio Vega JM. Factors influencing relapse in the long- term course of schizophrenia. *Schizophr Res* 1997;28:199-206.
11. Velligan DI, Lam F, Ereshefsky L, Miller AL. Psychopharmacology: perspectives on medication adherence and atypical antipsychotic medications. *Psychiatr Serv* 2003;54:665–667.
12. Weiden PJ, Kozma C, Grogg A, Locklear J. Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv* 2004;55:886-891.
13. Vaughan K, McConaghy N, Wolf C, Myhr C, Black T. Community treatment orders: relationship to clinical care, medication compliance, behavioural disturbance and readmission. *Aust N Z J Psychiatry* 2000;34:801-808.
14. IMS data, YTD through 2009.
15. Legislative Council, Hong Kong SAR. Official record of Proceedings, November 3 2010. Available at: <http://www.legco.gov.hk/yr10-11/english/counmtg/hansard/cm1103-translate-e.pdf>. Accessed 20 December 2010.
16. Boardman J, Parsonage M. Defining a Good Mental Health Service: A Discussion Paper. London: Sainsbury Centre for Mental Health; 2005.