

ESPP-HK News

老人精神科速治服務快訊



2005年9月

※ 歡迎閱覽新的老人
精神科速治服務
(ESPP; Elderly
Suicide Prevention
Service) 快訊!

本期內容重點

在各聯網同事的努力下，第二期老人精神科速治服務快訊又與各位見面了。

今期的重頭戲，當然是香港中文大學精神科學系系主任趙鳳琴教授的訪問。趙教授為世界老人精神科學會 (International Psychogeriatric Association) 的候任會長，亦是太平洋區精神科學會 (Pacific Rim College of Psychiatrists) 的現任會長，著作繁多，地位尊崇。數年前在趙教授領導下，香港老人精神科學會聯同社會福利署及香港社會服務聯會，得到香港賽馬會慈善基金的資助，率先推行了「珍愛生命預防長者自殺計劃」，該計劃的理念，催生了今天醫管局的老人精神科速治服務。在專訪中，趙教授闡述了她對預防長者自殺及香港老人精神科發展的精闢見解，值得細讀。



速治服務的對象是抑鬱及有自殺傾向的長者，但具體的工作又是怎樣的呢？今期我們有兩篇個案分享，分別由老人精神科護士及長者服務機構的社工執筆，從不同角度看速治服務如何幫助有需要的長者。

明愛元朗長者社區中心的社工劉秀芬小姐則以轉介者的身份講述了她與新界西速治服務合作幫助那些情緒受困、站在自殺邊緣長者的感受與心得。

速治服務成立已近三年，但不少長者服務機構的同工仍對此項服務不太了解。為此，我們選擇了一些在講座中常見的問題，以問答形式說明。我們亦十分歡迎讀者來信提出問題及意見。來信可寄：
espshk@yahoo.com.hk

—— 編者

目錄:

編者的話	1
本期專訪	2
轉介者角色	7
個案分享·一	8
個案分享·二	10
自殺學·新知	12
讀者來信	13
編輯委員會	14



本期專訪

今期“老人精神科速治服務快訊”很榮幸邀請到香港中文大學精神科學系系主任趙鳳琴教授接受我們的訪問，以下是節錄其中訪問內容。

問：午安趙教授！多謝趙教授在百忙之中抽空接受“老人精神科速治服務快訊”的訪問。今次訪問的主要目的，是希望讓全工能夠了解多些醫院管理局防止老人自殺計劃(ESPP)的情況。趙教授可以和大家分享這個計劃從構思、產生到發展概況以及相關資料嗎？

趙教授：老人精神科工作小組的發展已經有十年以上的經驗，其實這個計劃已經構思了好幾年，由於亞洲區香港老人的自殺率偏高，尤其中國大陸的情況為甚，所以引起了老人精神科工作小組的關注。其後由香港賽馬會慷慨捐贈了一筆錢，促成了珍愛生命老人自殺防治合作計劃 (Joint Project on Elderly Suicide)，



趙鳳琴教授

參與的機構包括香港老人精神科學會，香港社會服務聯會及社會福利署。這個三年計劃包含一個三層的模式 (3 tiers model)：第一層是對公眾的教育；第二層包括基層醫生和社區的社會服務機構，向他們提供有關處理老人精神問題及自殺傾向的訓



練；最高一層是 Life Clinic，接受第二層成員轉介有自殺傾向的長者。計劃亦包括一個亞太區的老人自殺會議。

此外，我們亦參考了其他國家的做法。在瑞典的 Gotland study 顯示，訓練私家醫生可更全面接觸有自殺傾向的患者。而 Professor De Leo 的 Telecheck 計劃則可透過電話跟進轉介個案。

直至 2002 年，政府開始撥款建立這個防止老人自殺計劃，但由於香港老人精神科專科門診的輪候時間比較長，所以便透過老人精神科速治服務（Fast Track Clinic）的模式來提供快捷的服務。

問： 這個老人精神科速治服務是不是一個 RAE Programme？

趙教授： 是的，而且是每年撥款



的（recurrent funding）。

問： 老人精神科速治服務這個計劃從構思到現在遇到甚麼困難？

趙教授： 在計劃的時候，構思比較完美，例如有五六個團隊，而每個團隊有高級醫生（SMO）、醫生（MO）、護士，及至其後撥款時卻有困難，不能得到全數所需求的資源。有些團隊非常細小，正因為沒有足夠資源配合，同事可能要兼顧其他事務，使到人手調動有困難，所以不能完全達

到預期目標，這些是不足之處。

另外是沒有其他撥款作配套，例如訓練、宣傳及評估這個計劃的成效等，結果都要自己找資源去發展。此外，如要實際減低老人自殺率，除了防止老人自殺計劃之外，整體老人精神科服務亦應該加強。因 ESPP 接觸的人數有限，一年大約 700 人，但成功自殺者可能沒有接觸 ESPP，所以政府或醫管



局如果能夠增加人手，例如精神科社康護士及外展服務，可能會捕捉到這些長者，因 ESPP 及 PGT 是相輔相承的。

問：長遠來說如何將 ESPP 服務做得更好呢？

趙教授：我個人的希望是建立溝通的渠道，與衛生福利及食物局及醫管局分享關於老人自殺的問題，而衛福食局亦很重視這個計劃。希望日後可以向他們反映困難及前瞻將來發展的方向。

問：現在醫管局兩層模式的防止老人自殺計劃有甚麼優點和缺點呢？

趙教授：現在醫管局用的兩層模式，因為已有輔導員及社會工作者，所以與三層模式是大致一樣的。至於兩層模式的好處是大的，因為老人自殺是多種原因引起的。除了抑鬱症外還可能是社會支援不足及其它直接因素導致，所以純粹靠醫療或社會服務是不足夠的，這便要依賴多重專業團隊合作的精神，由前線的同事聯繫到專科人員，主動出擊，透過電話聯絡以及外展服務等，以上都是其優點。而這個計劃的缺點或不足之處是缺乏社區教育，以前的 joint project 比較多一點此項工作，有一筆錢專供社區教育之用。現在我們主力是教育私家醫生，然而應該增加一些資源用於社區及基層訓練，令這個計劃更加完善。

問：面對老人精神科服務的需求日漸增加及繁重，趙教授可否同大家分享一些心得呢？

趙教授：我現在有一個構思，是計劃舉行一個研討會（symposium），邀請有參與 ESPP



的同事分享他們面對的問題或障礙及如何改善這個計劃等。因為成功與否可能要靠管理層去支持，邀請他們參與聆聽前線員工的心聲，這樣會比較容易了解問題所在，並找出解決方法。這個 symposium 不但可令同事了解他們的工作是受人讚賞的，也可以消解員工對工作的疲滯感 (burnt out)。

另外，老人精神科速治服務快訊也是一個很好的溝通渠道，透過前線人員親自表達，讓醫管局、衛生福利及食物局可以了解實況。而這個計劃成功與否，最重要是令同事投入其中 (dedicated)。再者，醫管局、衛生福利及食物局的取向亦同樣重要，他們是不是認為防止老人自殺計劃有急切的需要及重視。而其他近期關注的事項如傳染病等，亦同樣需要有相當多的人手及資源，要讓同事不要有失望感，這個計劃才算是有效的。

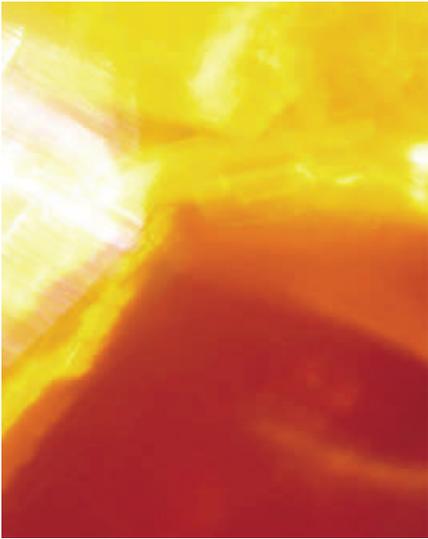
問：在長遠計劃來說，如何加強員工在防止老人自殺計劃的訓練呢？

趙教授：員工訓練是很重要的，我們要掌握防止老人自殺技巧，更應該不斷與時並進。尤其輔導技巧，至少一年一次至兩次接受有關知識的進修。

環顧香港老人精神科的發展，最初是很令人興奮的，由無變有，資源比較容易爭取。雖然有挑戰，亦會覺得做了很多事情，但近幾年資源比較貧乏，在其他專科的競爭下，老人精神科在爭取資源上較為困難，舉例說，沙田醫院老人精神科病房職員較初開病房時減少，比以前辛苦很多。所以不同的老人精神科團隊加強分享經驗，例如近期新知 (recent advances) 等，一方面可以真正協助老人家，另一方面也可減輕疲滯感。

問：趙教授，面對日益繁重的工作及壓力，妳又如何應付呢？

趙教授：在日常工作上我不覺得有壓力。我喜歡老人精神科，是因為在專科進修的時



候，受了我的導師—英國的 Tom Arie 教授所感染。我問他為甚麼選擇老人精神科，他說因為在治療年輕精神病患者時，他們的生活質素會受疾病嚴重影響，容易令人悲觀；相反，長者即使患了如老人痴呆症等精神病患，他們過去多半已享受了大半生的優質生活後才病發，治療他們會比較開心一點。

事實上，我們的責任是令長者開心及減低照顧者的壓力，盡量改善他們的生活質素，而我自己亦不會因為不能治癒老人痴呆症患者而不快，縱使這類病的病變難以逆轉，利用環境及各種治療方法其實也可以改善生活質素。但是，大部份的老年精神問題如

抑鬱及自殺等是可以痊癒的。

最後我覺得服務老人精神科令我感到自豪及幸福，第一是因為現時所有老人精神科團隊的主管（Team Head）都有共同的信念，希望服務有所進步，所以在這十年間發展得很快。而每個團隊亦對其每一位成員感到自豪，老人精神科同事是比較有創意及熱誠的，可以達到一定的成果。事實上，香港的老人精神科服務在亞洲區是具備領導地位的。

後記：在走訪大埔醫院的下午，在短短四十分鐘的會面，能和趙鳳琴教授分享她對老人精神科工作的熱誠和寶貴經驗，暢談心得，使訪問者留下深刻印象。在此恭賀趙教授獲選為國際精神科協會（International Psychogeriatric Association - IPA）2005-2007 年的候任會長 (President Elect) 及 2007-2009 年度的會長。

徐成君

老人精神科專科護士

瑪麗醫院



攜手合作，救助抑鬱長者

劉秀芬 輔導服務社工
明愛元朗長者社區中心

抑鬱症之成因可從生理、心理及社會因素解釋，所以，醫治抑鬱症也須從這三方面着手。醫管局老人精神科速治服務正好體現社會福利界與醫療界攜手合作，照料及醫治患有抑鬱症的長者，消滅自殺風險。

速治服務由 2002 年 10 月 1 日展開至今，本中心先後轉介了 32 名長者接受治療。筆者透過中心舉辦的精神健康教育活動，使用長者抑鬱量表，主動發掘有抑鬱傾向之長者。而在日常工作中，筆者經常與長者接觸傾談，從而識別出情緒抑鬱之長者，與他們建立信任關係，繼而了解他們情緒困擾的原因，並主動提供協助，向他們講解抑鬱症之成因，減低他們對精神病的負面看法，及增強其接受治療之動機和信心，然後在適當時候轉介速治服務。轉介後，筆者仍然繼續跟進個案，直至介入目標達成為止。

面對治療，患者往往會有不少困惑和疑慮，轉介者需給予持續支持和鼓勵，協助患者渡過此困難時刻，工作包括：

1. 心理教育

- 向患者及其家人講解抑鬱症之成因及治療方法，增強他們對治療的信心，同時，使家人對患者多一分接納，多一分體諒，並給予病者適當支持；
- 與醫務人員保持緊密聯絡，觀察患者對藥物的反應，留意服藥後之生理及情緒變化，並向醫務人員報告。同時，需向醫務人員了解藥物的正常作用及副作用。當遇到病者或家人查詢

時，可作出適當解說，及鼓勵他們向醫務人員反映。

2. 實質協助：增強其求助動機

- 安排及陪同社康護士作首次探訪；
- 陪同患者到精神健康中心與醫生會面；
- 尋求資源解決因求醫而帶來的經濟問題。

3. 心理輔導

- 耐心聆聽，疏導患者情緒，減低其負面思想，鞏固其自我價值，增強其應付問題之能力及改善人際關係。

4. 社交環境

- 運用社區資源改善生活狀況，例如：經濟、住屋及日常起居生活照顧；
- 運用長者地區中心資源，包括各類型活動及服務（例如學習小組、康樂活動、講座、飯堂、義工探訪及中心設施），擴闊患者的社交生活及協助建立支援網絡。

轉介者需與醫務人員緊密聯繫，監察患者之情況，互通消息，能作出適時及適當之介入，同時，要彼此協調分工，維持醫療計劃的一致性，透過藥物治療、心理輔導配合社區支援，使患者得到全面醫治。

在合作過程中，其實筆者也得益不少，其中最顯著的莫過於加深了筆者對抑鬱症的認識。



個案分享：一

林浩瀚 老人精神科外展護士
東區尤德夫人那打素醫院

獨居長者經常因孤單無助而產生很多心理問題，礙於他們的自我認知和表達能力各有不同，真正的想法往往無法直接表達出來，內心感受因而為人所忽視。

王婆婆今年八十二歲，自從丈夫離世後，十多年來都過著獨居生活。跟很多香港獨居老人的情況一樣，王婆婆的兒女早已離家自組家庭，但婆婆仍有能力照顧自己，平日更會到附近的老人中心參與義工活動，生活過得積極豐盛。

近日家人發覺王婆婆出現老人痴呆症的早期徵狀，包括記憶力衰退、時常忘記關水掣和煤氣掣、在街上遊蕩不懂回家、睡眠時間日夜顛倒等等。之後透過家庭社工的轉介，由老人精神科外展護士作出了初步評估。

事實上，簡短智能測驗的結果顯示婆婆的智能十分正常，記憶力和其他認知能力都沒有明顯的退化。相反，抑鬱症的徵狀卻較為顯著，經常寢食不安、無緣無故哭泣和有自殺的念頭。細問下發覺婆婆近數個月以來生理機能加速衰退，下肢無力以致經常在家中跌倒，加上心臟病惡化，致令她經常萌生死念。婆婆希望可以替她進行安樂死，助她了結生命而不想拖累兒女。

透過**老人精神科速治服務**，王婆婆在數天內便有機會得到專科醫生的診治，藥物治療令婆婆的情緒逐漸穩定下來，睡眠情況得以改善。護士亦透過定期的家訪和電話慰問服務，給予婆婆和家人直接的關心和支持，向他們講解基本的精神病知識和藥物的特性，評估婆婆病情的進度並提供客觀意見予醫生作進一步分析。而家人為了婆婆可以得到更好的照顧和減少意外發生，亦即時安排了一位家庭傭工協助打理家務和照顧起居飲食。



此外，我們發覺家人跟婆婆的溝通亦存在著根本的問題。平日他們談話的內容往往都離不開婆婆的病情，而每當婆婆對著家人自怨自責，長嗟短嘆的時候，家人總是否定她的感覺和想法，對話中亦往往帶有責備的語調。遇上婆婆越偏激的想法，家人的反應就越嚴厲，時常運用說教的方式嘗試說服婆婆的負面情緒。面對這種「愛之深、責之切」的態度，婆婆不但感受不到他們的關心，還逐漸把自己真正的感受收藏起來，不與家人溝通，而內心卻深藏著無助無望的感覺。

因此，我們嘗試協助家人改善溝通模式。首先我們希望家人不要把婆婆當作病人看待，平日除了問候婆婆的病情以外，談話內容亦要觸及生活的其他細節，減少雙方的隔膜和距離。

其次，家人亦必須讓婆婆有機會表達自己的想法和感受，接受她有宣洩負面情緒的需要，以耐心聆聽的態度取代責備的語調，以同理心取代個人的成見。最後，家人亦要明白家傭只是照顧婆婆生活上的需要，但心理上的安慰還是有賴他們的關心和問候，這樣內心的鬱結才能逐步改善過來。

老人自殺和抑鬱症息息相關，**老人精神科速治服務**為有需要的長者提供快捷而富彈性的專科醫療服務。越早介入，越能減低自殺風險。





個案分享：二

林雪萍 輔導服務社工

鄰舍輔導會屯門區綜合康齡服務中心

劉婆婆（68歲）在三個月前，經中心社工轉介使用青山醫院老人精神科的速治服務，並經診斷後被證實患上抑鬱症而需要定期覆診，經過三個月的治療及精神科護士和輔導員的關心，劉婆婆的病情及情緒已明顯好轉，劉婆婆認為自己低落的情緒能夠逐步回升，主要是由於醫生、護士及輔導員對她的關懷和無私的愛，讓她感到人間有愛和溫暖，明白生命的意義。

劉婆婆自小患有哮喘，加上年少時生活困苦，婚後婚姻生活不如意，子女長大後卻未盡照顧責任，令她感到憤怒及認為生存沒有意思，經常想結束坎坷的一生。

五個月前，劉婆婆的丈夫去世，令劉婆婆更感生活空虛和孤寂，自殺的念頭經常在劉婆婆的腦海中浮現：「我真係好劫，我好想跳樓死咗佢！」隨著這些日子來的天氣急劇下降，劉婆婆的背患復發，她無法自行塗藥治療背患，令劉婆婆更感孤單無依：「我覺得好辛苦，以前老公係度都可幫我搽吓，依家都唔知邊個可以幫我。」因為情緒極度低落的關係，劉婆婆差不多每一天都呆在家中，對任何事情都失去興趣，同時差不多每天均失眠：「我日日都無辦法瞓得著…」，她認為只有死去才能脫離現在的空虛與憤怒的感覺。在本中心的輔導員的協助下，劉婆婆重新去檢視自己的需要，並嘗試尋求專業人士的協助，承諾到青山醫院老人精神科的速治服務就診。

當初劉婆婆只是敷衍輔導員才會到青山醫院應診，但經過數次的覆診後，劉婆婆感到青山醫院老人精神科的工作人員，由醫生到工友都很有愛心，劉婆婆憶及一次應診的經驗：「果日到食飯時候，我仲未睇完醫生，有個工友走過

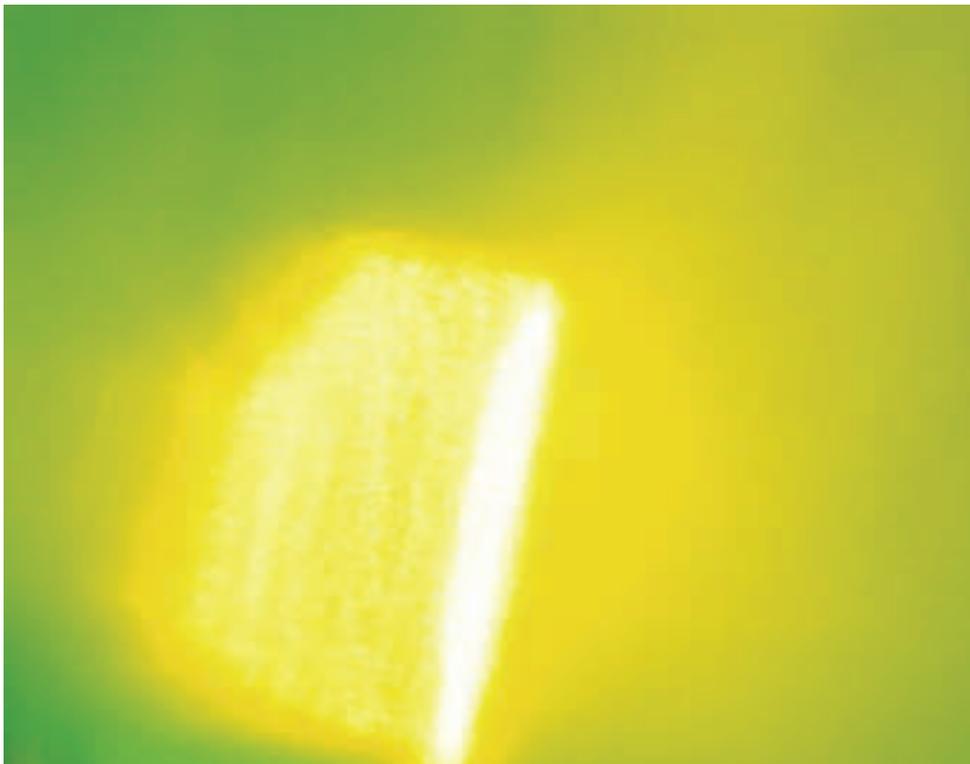
“我真係好劫，我好想跳樓死咗佢！”

“日日都無辦法瞓得著…”



來問我食唔食餅乾頂肚餓，我覺得好感動，我個仔都未試過對我咁好…」劉婆婆認為到醫院應診很有家的感覺，因為很感受到醫生和護士不是只為工作而工作，還懷著愛與耐心：「我成日都診，唔知佢地係天生咁有愛心，定係讀書讀番「黎」既…」。

“果日到食飯時候，我仲未睇完醫生，有個工友走過來問我食唔食餅乾頂肚餓，我覺得好感動，我個仔都未試過對我咁好…”





中國自殺研究

中國的整體自殺數字是全球各國中最高的；但是有關自殺研究的醫學文獻，對中國個案的系統性分析卻不多。在首個包括中國各省自殺者的對照研究中，¹ Phillips 及其小組訪問了 519 個自殺個案的近親，和將這些個案與 676 個在意外中身亡的人比較。當中發現自殺行為最重要的風險因素依次為：抑鬱症狀、企圖自殺的紀錄、突發的壓力事故、長期的壓力、與人最近爭執、和自殺的家庭病史。雖然中國和西方有著巨大的文化差異，但自殺的因素卻是很相似的。再者，許多的自殺案主都有多重的風險因素。因此，要有效防止自殺，同工須從多方面出發，「立體」地審視患者的處境，才可以有效地施加援手。

自殺學·新知



香港自殺整體數字趨升

許多人都感到近年在報章，電台等媒介中報導自殺的新聞似乎越來越多。究竟這是由於資訊發達，還是自殺個案的數字實質增加了？在港大統計系葉兆輝教授最近發表的研究中，² 自殺是香港第六大死亡原因。而自殺身亡的個案近年真的在逐步增加：1981 年至 2001 年間，香港的自殺率由每 10 萬人中約 10 人，上升至 15 人，增幅約為 50%。同期全港因自殺引致的生命年期折損上升了近 100%，即由 1981 年的 9,900 年，上升至 2001 年的 19,400 年；但在這段時期中其他死亡原因導致的整體生命年期折損卻下降了。

今天的香港，醫學水平和經濟指標都是世界上最優秀者之一，但飙升中的自殺率，卻帶給了政府和市民怎麼樣的社會和醫學啓示呢？



參考文獻

1. Phillips MR, Yang G, Zhang Y, Wang L, Ji H, Zhou M. Risk factors for suicide in China: a national case-control psychological autopsy study. *Lancet* 2002; 360(9347):1728-1736.
2. Yip PS, Law CK, Law YW. Suicide in Hong Kong: epidemiological profile and burden analysis, 1981 to 2001. *Hong Kong Med J* 2003; 9(6):419-426.

左美鈞 精神科專科醫生
新界東醫院聯網



讀者來信

問題一：

如果長者沒有自殺紀錄或念頭，但是有抑鬱的情緒及徵兆，他是否符合老人速治診所的轉介資格呢？

答：

成立老人速治診所的目的是希望盡早給予長者一些精神科的服務，從而減低他們自殺的危險，抑鬱症是引致老人自殺的其中一個重要的原因，如果能夠盡早把抑鬱症治療，他們自殺的危機也會隨之降低。

符合老人速治診所的轉介資格包括：

- 1)過去兩年，長者有自殺的紀錄；或
- 2)長者現在有自殺念頭或計劃或行爲；或
- 3)長者在老人抑鬱量表中有八分或以上

所以，即使長者只有抑鬱的情緒及徵兆，倘若他們在老人抑鬱量表中取得八分或以上，儘管沒有自殺念頭或行爲，他們仍然是我們老人速治診所服務的對象。

問題二：

我是一間安老院的工作人員。很多長者和家人都諱忌談及自殺的念頭或計劃，其實當我們輔導病人時，我們應否避開這個話題？

答：

傳統的中國人對於死亡都存在相當的恐懼。我們會擔心，長者會否因為談及自殺而增加他們的自殺念頭及機會。其實，根據不同的研究及文獻的記載，與長者探討或談及自殺並不會增加他們的自殺危機。相反，有部份的長者會在談話的過程中，感覺到有人明白他們的痛苦及感受，也感覺到他們是受到重視及關心的，因而打消他們的自殺念頭。



問題三：

作為家務助理，如果有長者對我說他想自殺，但他要求我不要告訴他人，我應該幫他守秘密嗎？

答：

在一般的情況下，我們是有責任保護病人/長者私隱的，我們不應該把長者的秘密告知他人。但是，當我們知道長者有自殺的危險時，我們是有權利把這個“秘密”通知有關人員，（例如：我們的上司），以避免悲劇發生。在這種情形下，我們不應該答應長者為他們保守秘密。我們可以用較溫和的話告訴長者，當我們自覺無助及情況危險的時候，我們可能需要找人幫助，希望長者明白及感受到我們對他們的關心。

編輯委員會

本刊由老人精神科速治服務快訊編輯委員製作。委員會成員來自醫院管理局各聯網屬下的老人／老齡精神科服務：

潘佩璆醫生（召集人）	精神科顧問醫生	九龍東醫院聯網
陳華發醫生	精神科顧問醫生	東區尤德夫人那打素醫院
左美約醫生	精神科專科醫生	新界東醫院聯網
劉家獻醫生	老齡精神科醫生	葵涌醫院
呂少鋒	老人精神科專科護士	東區尤德夫人那打素醫院
陳德良	精神科護士長	九龍醫院
徐成君	老人精神科專科護士	瑪麗醫院
彭樹良	老人精神科社康護士	青山醫院



本刊預計全年出版三期，為電子刊物。
本刊文章內容屬個人意見，並不代表編輯委員會立場

