

香港成年嚴重精神病患者 個人化復康支援服務框架

Service Framework of Personalised Care for Adults with Severe Mental Illness in Hong Kong

內容

	鳴謝	03
1.	前言	04
2.	為嚴重精神病患者提供社區精神健康服務之全球趨勢	05
2.1	嚴重精神病患 - 沉重的負擔	
2.2	為嚴重精神病患者所提供的社區精神健康服務	
3.	香港為嚴重精神病患者提供的社區精神健康服務的發展	06
4.	社區成年嚴重精神病患者的個人化復康支援的未來服務框架	10
4.1	貫徹願景、使命和核心價值	
4.2	提供有效的個案復康支援	
4.2.1	評估病人需要、風險和優勢	
4.2.2	主要持份者之間的協調和合作	
4.2.3	質素保證及培訓	
4.2.4	充足的人手	
4.2.5	服務使用者的參與	
4.3	有待回應的需要	
4.3.1	職業復康	
4.3.2	嚴重精神病患者的身體健康	
4.3.3	為嚴重精神病患者的照顧者和子女提供的支援	
4.3.4	消除對精神病的負面標籤及歧視	

5.	結論	23
6.	附錄	25
	1. 醫院管理局社區精神科服務	
	2. 精神健康綜合社區中心接獲新轉介個案的處理流程	
	3. 醫院管理局、社會福利署及非政府機構在社區精神健康服務協作的 案例	
7.	參考資料	34

鳴謝

這份有關社區精神健康服務發展的文件，由醫院管理局（醫管局）與社會福利署（社署）合作編訂。我們衷心感謝醫管局暨社署的「香港成年嚴重精神病患者個人化復康支援服務框架」專責小組制訂這份文件，並對小組各成員的貢獻，特別是負責編寫和審校的業內專家深切致謝。

專責小組的成員如下：

醫院管理局

總行政經理（綜合護理計劃）庾慧玲醫生（2015年6月起）
總行政經理（綜合護理計劃）邱家駿醫生（至2015年5月）
總行政經理（綜合護理計劃）鍾健禮醫生（至2014年6月）
副顧問醫生 崔永豪醫生
顧問護師 鄭寶儀女士
經理（綜合計劃）黃健先生
經理（綜合計劃）李鑑祥先生

社會福利署

總社會工作主任 關淑儀女士（由2013年9月起）
總社會工作主任 郭李夢儀女士（至2013年8月）
高級社會工作主任 梁寶玲女士（由2016年4月起）
高級社會工作主任 李金容女士（至2016年3月）
高級社會工作主任 馬翠蓉女士（由2014年11月起）
高級社會工作主任 伍吳麗春女士（至2014年10月）
社會工作主任 羅珮珊女士（由2016年1月起）
社會工作主任 程子銓先生（至2015年11月）
社會工作主任 雷嘉穎女士（由2015年6月起）
社會工作主任 周小慧女士（至2015年5月）

非政府機構

香港心理衛生會總幹事 何惠娟女士
香港心理衛生會助理總幹事（服務及教育）程志剛先生
新生精神康復會行政總裁 游秀慧女士

行政支援：醫院管理局總辦事處 凌曉麗女士及吳穎欣女士

1. 前言

香港的精神健康服務主要由醫院管理局（醫管局）、社會福利署（社署）及受資助的非政府機構提供。

醫管局是一個法定機構，負責管理香港所有公立醫院。醫管局透過七個醫院聯網提供精神科服務，每個聯網均提供一系列的服務，包括住院、日間醫療（精神科專科門診服務及日間醫院）及社區外展服務。

社署及非政府機構主要為社區的精神病康復者提供社會及康復服務，這些服務旨在協助他們在本身的殘疾情況許可下，盡量發展體能、智能和社交能力，達至重新融入社會的目的。

精神病患者及其家人有多種不同需要，沒有單一機構能夠提供全部服務。再者，精神病一般有復發傾向，緩解期及復發期會交替出現，而病人在患病的不同階段有不同需要。為最適切照顧病人的需要，醫管局、社署及非政府機構的服務必須協調得宜，互補優勢，讓病人及其家人獲得整全及連貫的服務。

本文件闡述一個綜合服務框架，如何為成年嚴重精神病患者、其家人及照顧者提供社區精神健康服務。文件亦列出不同持份者的角色和職能，以便能有效提供治療和支援。最後，文件析述如何能在不受限於專業或機構的規範下，因應病人的個別需要制訂綜合服務。

這份文件的重點環繞為成年嚴重精神病患者提供的服務，較普遍而輕度精神病的精神健康服務及私營精神科服務不在本文件涵蓋範圍內。

2. 為嚴重精神病患者提供社區精神健康服務之全球趨勢

2.1 嚴重精神病患 – 沉重的負擔

當精神病對患者造成重大程度或長期殘疾和痛苦，便屬嚴重精神病。在嚴重精神病之中，思覺失調類疾病佔最大多數。思覺失調可影響高達 3% 的人口，並多在青少年期和成年初期病發。¹ 思覺失調是腦部一種病態現象，使患者的感知和思想失調，扭曲與現實世界的認知，主要症狀包括幻覺（如聽到不存在的聲音）、妄想（如以為有人要傷害自己）及思緒紊亂（如語無倫次或行為怪異）。

精神分裂症是最常見的一種思覺失調類疾病。除了思覺失調的症狀外，還有兩方面的病徵，包括陰性病徵，例如意志減退、思考貧乏、表情平淡，以及認知能力減退，例如記憶力、規劃能力、判斷力及社交能力下降。

2.2 為嚴重精神病患者提供的社區精神健康服務

社區精神健康服務乃社區為本的精神健康服務網絡，提供持續的治療、住宿、就業和社會支援，共同協助精神病患者回復正常的社會角色。² 社區精神健康服務約於半個世紀前（即 1950 及 1960 年代）開始發展，當時大家逐漸意識到將精神病患者關進醫院對病人會有嚴重負面影響。³ 病人長期住在精神病院或監獄內，社交及生活技巧不足，稱為「住院綜合症」。病人長期住在院舍內，會失去自主能力和責任感，當他們日後重返「外面的世界」，可能無法適應。愈來愈多證據支持社區環境較諸院舍，更有利於精神病患者康復。因此，嚴重精神病人的治療由「院舍化」逐漸發展至「去院舍化」。

「去院舍化」是指減少住院治療時間，並相應增加社區服務治療設施。⁴ 這個趨勢自 1950 年代開始在美國、英國、澳洲及其他發達國家出現。由院舍化邁向去院舍化，突顯了籌劃及推行社區精神健康服務的重要性。

在 1970 年代，個案管理模式不斷發展，以應對去院舍化出現的問題。一項綜合研究分析發現，個案管理模式較傳統的治療模式在三方面取得更大成效，包括家庭負擔、家人對服務的滿意度及照顧成本。⁵ 社區精神健康服務涉及不同機構提供不同服務，若要取得成效，必須有協調得宜的機制。個案經理是良好協調的關鍵。個案經理是一名專業人員，緊貼及全面地為病人協調各方面的需要。個案經理會跟病人及其照顧者直接商討並提供一系列評估、介入、支援及監察，同時轉介病人接受合適的服務，協助病人重新融入社會。

3. 香港為嚴重精神病患者提供的社區精神健康服務的發展

為嚴重精神病患者而設的社區精神健康服務主要由醫管局、社署及非政府機構提供（圖 1）。

傳統上香港的精神健康服務主要在醫院內提供。於1982年香港發生一宗慘劇，一名精神病患者殺害多人，包括在幼稚園內的幼童，⁶ 香港因而推行全港性的精神科社康護理服務。而過去30年，醫管局的社區精神科服務 (Community Psychiatric Services, CPS) 只由少數精神科社康護士 (Community Psychiatric Nurses, CPNs) 提供，其他大部分精神科護士仍然是在病房工作。⁷

過往六年，醫管局的社區精神科服務大幅擴展。於2009年，醫管局推出「復康支援計劃」(Recovery Support Programme, RSP)，以個案管理模式，為精神病患者提供離院後社區支援，協助病人適應由住院過渡至社區生活。計劃的主要目的，是透過個案管理模式，為剛出院的精神病患者及其照顧者提供支援和照顧。「復康支援計劃」證實成效正面，其中包括因精神問題到急症室求診的人次、非計劃性入院率及病人入院數字均有下降。

因應國際趨勢，精神科服務的重點逐漸轉向為病人提供社區支援，醫管局檢討其社區精神科服務，發展了新的服務模式（附錄 1），涵蓋三層服務，包括「社區專案組」(Intensive Care Team, ICT)、「個案復康支援計劃」(Personalised Care Programme, PCP)及「精神科社康服務」Standard Community Psychiatric Services (Standard CPS)。新的服務模式為需要社區支援的精神病患者提供多種協助。社區精神科服務的重點是採用個案管理模式，為精神病患者及其照顧者提供個人化支援，協助病人重新融入社會及促進復元。

除了社區精神科服務，醫管局自 2001 年起推出全港性的「思覺失調」服務計劃 (Early Assessment Service for Young People with Psychosis, EASY)。計劃的目的是及早識別早期思覺失調病患者，讓其能及早得到治療。「思覺失調」服務計劃初期的服務對象是 15 至 25 歲患有思覺失調早期病徵的人士。在 2011 年，計劃擴闊年齡範圍，涵蓋 15 至 64 歲所有初患思覺失調的青少年及成年人。計劃為這些病人在最關鍵的首三年提供全面針對性及深入的跨專業支援。除了臨床服務，計劃亦舉辦公眾教育及宣傳，加強市民對精神健康的認識。「思覺失調」服務計劃設有資訊網頁及電話熱線 (2928 3283)，方便市民獲取服務。

醫管局最近重整其 24 小時精神科諮詢熱線，名為精神健康專線 (Mental Health Direct, MHD : 2466 7350)。這 24 小時電話熱線是由護士主理，為病人、照顧者及公眾提供有關精神健康或精神病方面的支援。

在社會福利方面，《香港康復計劃方案》列出政府為殘疾人士提供社區照顧和支援服務的政策目標，針對這些人士的需要作出支援，使其可繼續居家獨立生活，並可以全面融入社會。為達至這個目標，政府為嚴重精神病患者提供了一系列社會康復服務（包括就業及職業康復、住宿照顧、日間照顧及社區支援），讓他們在其殘疾情況許可下，充分發展個人體能、智能及融入社會的能力。

社署在 2001 年起推出多項新計劃，為有精神健康問題的人士加強社區支援服務，包括社區精神健康協作計劃、日間社區康復服務、社區精神健康連網及社區精神健康照顧服務，針對病人不同階段的社會康復需要，旨在協助他們發展社交及職業技能，改善社會適應能力，並提升公眾對精神健康的關注。社署亦設立了家長／親屬資源中心，為有精神健康問題人士的親屬及照顧者提供情緒支援及輔導服務。

2009 年 3 月，社署在水坑口以試驗計劃推行首間精神健康綜合社區中心，為區內精神病康復者、懷疑有精神健康問題人士、其家人／照顧者及居住當區的居民，提供一站式及以地區為本的社區支援服務。服務包括及早預防以至風險管理的個案輔導、外展探訪、治療小組、日間訓練、職業治療訓練、支援小組、公眾教育計劃，並在有需要時直接與醫管局聯網為本的社區精神科服務聯繫，轉介服務使用者接受臨床評估或精神科治療。於 2010 年 10 月，社署重整社區精神健康支援服務，推行精神健康綜合社區中心服務，服務範圍覆蓋全港。現時，全港共有 24 間由非政府機構營辦的精神健康綜合社區中心。

上述的社區精神健康服務，是為嚴重精神病患者提供的精神科服務其中一個主要部分。為嚴重精神病患者提供的其他主要服務有：

精神科住院照顧

醫管局轄下有十個精神科組。精神科住院服務的目的，是為那些所患疾病或患病程度對其自身健康或安全有重大影響的精神病患者，或為保障其他人提供深入住院照顧。有關詳細的入院程序，請參閱香港法例第 136 章《精神健康條例》的有關條文。

精神科專科門診診所

醫管局轄下有 19 間精神科專科門診診所，這是病人首次進入醫管局精神健康醫療系統的主要切入點。醫管局在各精神科專科門診診所設立新症分流制度，確保病情緊急而需要及早介入的病人獲優先診治。根據現行的分流制度，獲轉介的新症病人會分流為第一優先（緊急）、第二優先（半緊急）或例行個案類別。醫管局的目標，是將第一優先及第二優先類別個案的輪候時間中位數分別維持在兩星期及八星期內，並一直能達到輪候時間中位數的服務承諾。非緊急及情況穩定的新症個案人數較多，因此輪候時間相對較長。若病人在預約診症日期前精神狀況轉差，可要求有關精神科專科門診診所重新作出評估，以確定需否將原來約期提早。病人亦可考慮到急症室求診，醫管局會提供相應合適的服務。

精神科日間醫院

醫管局轄下七個醫院聯網均設有成人精神科日間醫院，主要目的是讓住院病人能盡早出院，並幫助他們重新融入社區。日間醫院有跨專業團隊，針對病人的特定臨床需要提供康復服務，例如出院後服藥依從性欠佳的病人可在日間醫院接受藥物監察計劃，以加強服藥依從性。

住宿照顧服務

鑑於一些精神病康復者無家可歸或缺乏家庭支援，或需學習適應在社區獨立生活，亦有一些長期精神病患者毋需接受即時醫療護理或在醫院環境下康復，精神病康復者住宿照顧服務正提供支援的環境，幫助這些人士在社區獨立生活。⁸ 現時為精神病康復者提供的住宿照顧服務，主要有長期護理院、中途宿舍及輔助宿舍。

職業康復服務

職業康復服務旨在協助殘疾人士尋找、維持及邁向更佳就業，藉以進一步融入社會。⁸ 這些服務包括庇護工場、輔助就業、綜合職業康復服務中心、綜合職業訓練中心、殘疾人士在職培訓計劃，以及「陽光路上」培訓計劃。

精神科醫務社會服務

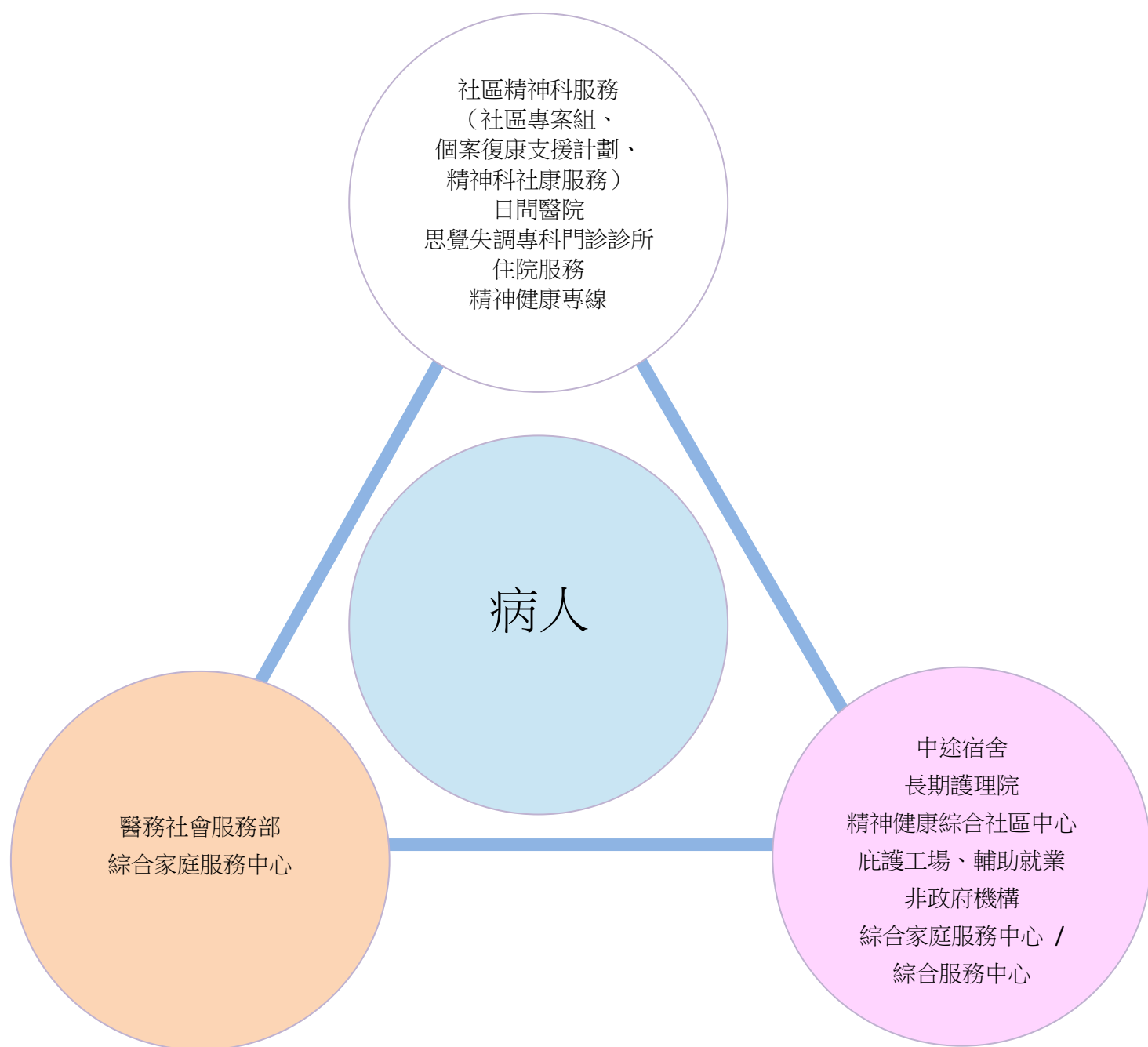
精神科醫務社會服務由社署提供，駐於公立醫院和精神科專科門診診所的醫務社工，為精神病患者及其家屬提供及時的心理社會介入服務。醫務社工是臨床小組的成員之一，擔當醫療及社會服務橋樑的重要角色。

綜合家庭服務中心

由社署及非政府機構在全港營辦的 65 間綜合家庭服務中心及兩間綜合服務中心，為有需要的個人及其家庭提供不同的預防性、支援性及補救性的服務。這些服務包括家庭生活教育、親子活動、諮詢服務、義工培訓、外展服務、支援／互助小組、輔導、轉介服務等。社會工作者會因應有關人士及其家庭的情況和需要提供合適的服務及協助。

有關上述各項社會服務的最新資料，可參閱社署的網頁：<http://www.swd.gov.hk>。

圖 1 在嚴重精神病患者康復進程上，醫管局、社署與非政府機構各主要服務單位之間的協作



4. 社區成年嚴重精神病人的個人化復康支援的未來服務框架

這部分主要闡述未來為社區成年嚴重精神病患者而設的個人化復康支援服務模式。此模式已為各主要持份者採納，包括醫管局、社署及非政府機構。採用個案管理模式，是香港社區精神健康服務發展的一個里程碑，但對於切實滿足嚴重精神病患者及其照顧者的需要，僅屬一小步。要在這方面取得成功，需要一個更全面的藍本，勾劃出能有效為病人及其家人提供個人化支援的策略，以及在病人復元路上作出最具裨益的介入。

4.1 貫徹願景、使命和核心價值

醫管局、社署及非政府機構為社區的成年嚴重精神病患者提供服務，共同願景是協助病人復元。

根據整體的精神健康服務，我們的使命是促進嚴重精神病患者復元，為他們及其家人提供個人化、整全、適時及協調得宜的服務，以切合他們的醫療、心理和社會需要。

我們採納「倫敦南部和莫茲利國民保健服務信託基金會」及「倫敦西南部和聖喬治精神健康信託會」(2010)⁹ 所述復元的核心價值，作為服務框架的依據，包括：

- a) 希望 – 希望是復元的重要推動力，並為病人在復元路上提供持續動力。病人儘管患病，仍可過著滿足和有意義的人生。
- b) 自主自決 – 復元指病人能夠掌管自己面對的困難、所接受的服務和自己的人生。透過提升病人的能力，並幫助他們作出明智及負責任的選擇，讓他們確立和追求人生的意義。
- c) 機會 – 提供機會，令其融入社會。這與復元是息息相關的，讓個人可全面參與社群。

就此，復元不限於就病徵而言的「疾病復元」，亦包括「社會復元」，即使患者未能消除所有病徵，仍能建立有意義的人生。事實上，社會復元能有助疾病復元。有良好自我形象、安全感、維持正面情緒，可減少出現妄想，亦即思覺失調類疾病的主要病徵。¹⁰ 社會復元亦有助防止自殺。當病人感到生命無意義，並承受著精神病帶來的持續痛苦時，會很容易走上絕路（自殺是痛苦最極端的表達），因為對於絕望以及心力交瘁的人來說，死亡會給他們一個幻象，以為死亡能夠給他們一點的解脫。¹¹

4.2 提供有效的個案復康支援

要有效提供個人化支援須具備多個重要元素：

- a) 評估病人的需要、風險和優勢；

- b) 主要持份者之間的協調和合作；
- c) 質素保證及培訓；
- d) 充足的人手；
- e) 服務使用者的參與。

4.2.1 評估病人需要、風險和優勢

個人化的支援首先要全面及持續評估個人的需要、風險和優勢。這些評估需要系統化的臨床判斷，考慮病人各項獨特的個人因素。進行評估需要跨專業知識和技能，但不足的是，評估人員往往較專注於本身專業範圍內的事項，而忽略較不熟悉的事項，例如一名個案經理可能較著重病人的病徵、是否遵從服藥指示及藥物的副作用（即生理方面），而未有充分留意家庭動力及其他壓力來源（即社會方面），這些都會令疾病持續和引發風險。同樣，另一名個案經理可能較著重社會壓力和精神科病徵（即精神和社會方面），而忽略病人身體其他疾病，這些正會影響個人健康。因此，我們應制訂標準化的評估框架，給醫管局、社署及非政府機構不同專業在提供服務時作為指引。（下文表 1 為不同持份者認同的需要、風險和優勢評估架構）

藉著這個標準化評估架構，可就個人需要、風險和優勢進行全面評估。由於個人的需要、風險和優勢有不同優先次序，個案經理不可能一次過填寫所有項目及詳情，過程中需時與個人建立關係以達致了解。然而，這個評估架構讓專業人員可容易察覺一些資料不足的項目，繼而探索更多相關資料，或諮詢其他專業人員作深入了解。例如，個案經理若對病人職業能力一項有疑問，可向病人了解更多有關其才能、興趣和工作抱負，亦可向其家人了解他們對病人的期望，如有需要，也可向另一名專業人員獲取更詳細的職業能力評估。這些進一步的資料會加入個人需要、風險和優勢的整體評估中，個案經理可綜合從病人、其家人及其他參與專業人員獲取的資料，逐步制訂全面的支援計劃。這個系統化方式亦有利不同專業人員溝通，特別在個案交接過程。每名個案經理需為病人制訂個人化支援計劃，詳細列明 1) 個人需要、風險和優勢；2) 個人目標；3) 介入策略；以及 4) 需參與計劃的各方。

透過個人化評估及支援計劃，可提供具針對性和以人為本的支援。個案經理專注及緊貼病人的需要，與病人建立互信及緊密的治療伙伴關係。¹² 一些嚴重精神病患者可能會拒絕幫助，故此建立互信關係對幫助他們尤為重要。

表 1 嚴重精神病患者的需要、風險及優勢評估架構

1. 現時功能狀況及心理社會壓力	● 功能狀況（包括自理、職業及社交） ● 適應及解決困難的能力 ● 壓力來源及對病人的含意（包括家庭關係、人際關係、工作、住屋及財政、身體健康欠佳）
-------------------------	--

2. 現時臨床情況	● 思覺失調症狀 ● 其他精神科症狀（包括精神分裂症負面症狀、情緒病徵、認知功能缺失） ● 病悉感、治療動力及治療依從性 ● 同時有濫用藥物及有其他成癮行為 ● 身體健康狀況 ● 年齡及性別
3. 個人擁有的資源、優勢及其價值觀	● 社會資源（包括專業服務、家人／照顧者支援、其他社會支援網絡及財政支援等） ● 個人強項（包括抗逆力、才能、嗜好） ● 個人價值觀（包括文化及宗教信仰、性傾向、生活經歷、工作及家庭抱負、人生意義）
4. 過往經歷	● 自殘或疏忽照顧自己 ● 暴力 ● 濫用藥物或其他成癮行為 ● 精神病歷程，如治療依從性、徵狀、病發情況 ● 隱性學習或人格障礙 ● 家族成員患有精神病、自殺、成癮

4.2.2 主要持份者之間的協調和合作

a) 角色和職責

為成年嚴重精神病患者提供的社區精神健康服務若要取得成效，有賴清晰界定不同持份者的角色和職責。這在社區嚴重精神病患者的管理上，尤為重要，因當中涉及多種不同服務及專業。下表（表 2）載有不同持份者包括精神科醫生、護士、職業治療師、社會工作者、臨床心理學家及基層醫療醫生的角色和職責。

表 2 成年嚴重精神病患者社區精神健康服務各主要持份者的角色和職責

持份者	服務單位／計劃	專業人員	主要角色和職責
醫院管理局	- 社區精神科服務 - 精神科專科門診診所 - 日間醫院 - 思覺失調服務計劃 - 精神健康專線	精神科醫生	● 精神科評估 ● 處方藥物 ● 心理治療 ● 危機介入 ● 推廣精神健康
		基層醫療醫生	● 及早識別精神病 ● 治理嚴重精神病患者的身體健康問題 ● 推廣精神健康
		護士、職業治療師、社會工作者	● 及早識別精神病 ● 精神科評估 ● 危機介入 ● 心理社會介入 ● 支援照顧者 ● 個案管理工作（擔任個案經理） ● 推廣精神健康
		臨床心理學家	● 心理評估及介入
社會福利署	精神科醫務社會服務	社會工作者	● 心理社會評估及介入 ● 法定介入及督導 ● 擔任精神病患者的受委人，代其處理福利金 ● 協助病人聯繫福利服務機構及社區資源 ● 協調或舉辦有關精神健康社會服務的教育／宣傳活動
非政府機構	社區支援服務，如精神健康綜合社區中心	社會工作者、職業治療師、護士	● 及早識別精神病 ● 精神科評估 ● 心理社會介入 ● 危機介入 ● 目標導向訓練

			● 支援照顧者 ● 協調支援服務 ● 心理社會教育 ● 推廣精神健康 ● 公眾及心理教育
		臨床心理學家	● 心理評估及介入
	職業康復服務，如庇護工場	社會工作者、職業治療師	● 功能及職業評估 ● 安排病人參加職業康復訓練 ● 生活及職業技能訓練 ● 就業選配
	住宿照顧服務，如中途宿舍、長期護理院	社會工作者、職業治療師、護士	● 住宿照顧 ● 膳食服務 ● 督導服藥依從性 ● 安排病人參加康復訓練 ● 生活技能訓練 ● 適時為病人離開院舍作出準備
照顧者	--	--	● 及早識別病患 ● 與專業人員協作 ● 在病人復元路上給予支援

上述服務是根據不同專業背景及服務單位的職能提供。個案經理不論其專業背景及所屬服務單位，均會以全面及整全的手法，為社區的嚴重精神病患者提供整全的支援。根據這個服務框架，個案經理的核心職責包括：

- i) 進行需要、風險及優勢評估；
- ii) 因應個別病人的需要、風險及優勢狀況，制訂個人化支援計劃；
- iii) 提供適當支援及介入，促進病人復元；
- iv) 就精神病患者的疾病管理向照顧者／其家人提供適當支援和意見；
- v) 作為聯絡點及協調人員；
- vi) 協助病人及照顧者／家人聯繫其他社區資源；
- vii) 與其他專業一同監察、檢討及協調病人的支援計劃。

b) 協調機制

社區精神健康服務能有效運作，實有賴社福界和醫療界的緊密合作。自 2010 年起，分別在總部、地區及服務團隊三個層面已正式成立協調平台（圖 2），這些平台進一步提升跨服務及跨界別協作、制訂策略及行動綱領、分享個案資料、合辦項目計劃，以及處理與精神健康服務有關的事宜。

i) 總部層面

中央協調小組於 2010 年初成立，由醫管局和社署總部人員共同擔任主席，成員包括醫療及社福界代表。中央協調小組監察社區服務各個領域持份者的跨界別合作，如精神健康綜合社區中心、醫務社會服務部與醫管局社區精神科服務之間的協作。

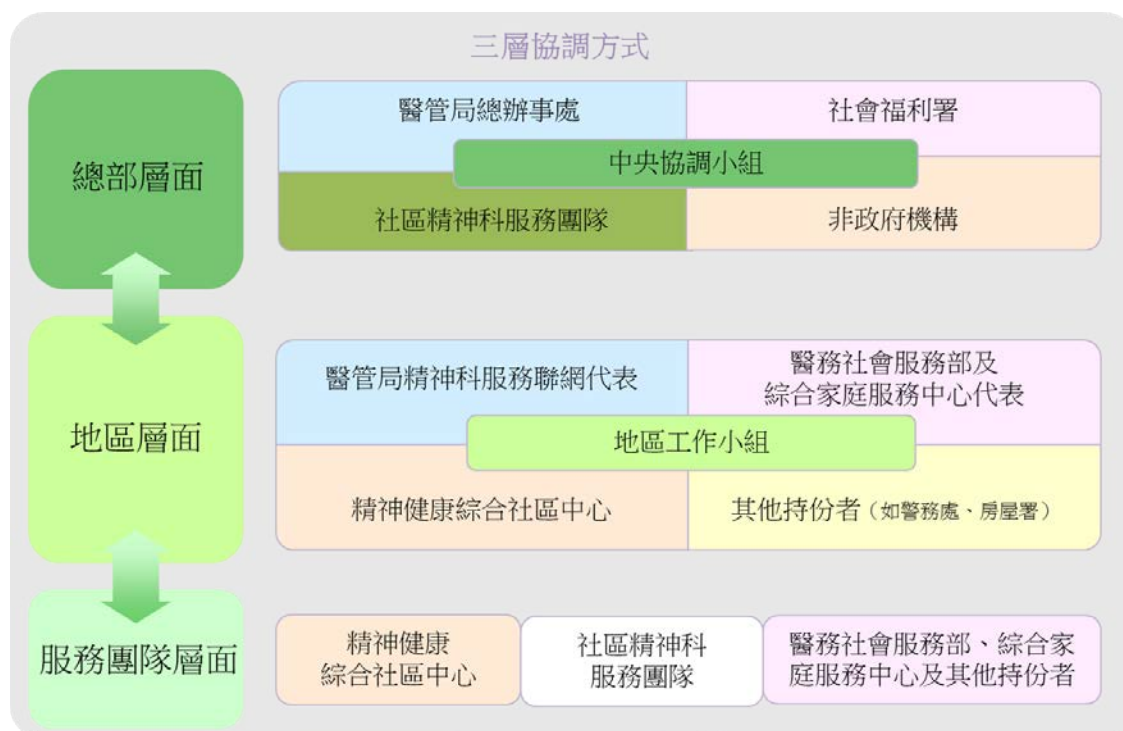
ii) 地區層面

各區地區工作小組按社署的行政分區成立，由地區的福利專員和醫管局精神科服務聯網主管共同擔任主席，成員包括精神健康綜合社區中心、醫務社會服務部、綜合家庭服務中心／綜合服務中心、相關政府部門（如警務處和房屋署）代表及其他相關社區持份者。地區工作小組定期舉行會議，以提升地區層面跨界別及跨服務的合作，協調及理順運作上遇到的問題，以便有效地推行配合該區的人口結構及需求的社區服務。

iii) 服務團隊層面

在總部及地區層面通過的指引及相關運作事宜，會透過社區精神科服務、精神健康綜合社區中心、醫務社會服務部、綜合家庭服務中心／綜合服務中心人員，以及其他相關持份者（附錄 2）在服務團隊層面推行。相關服務單位或持份者會定期舉行個案會議，討論個別嚴重精神病患者的情況。精神病人如需求診，可透過電話直接轉介個案，並可安排陪診服務。至於有複雜需要的病人，可由醫管局、社署及非政府機構共同處理個案並提供服務。

圖 2 主要服務提供者的三層協調模式



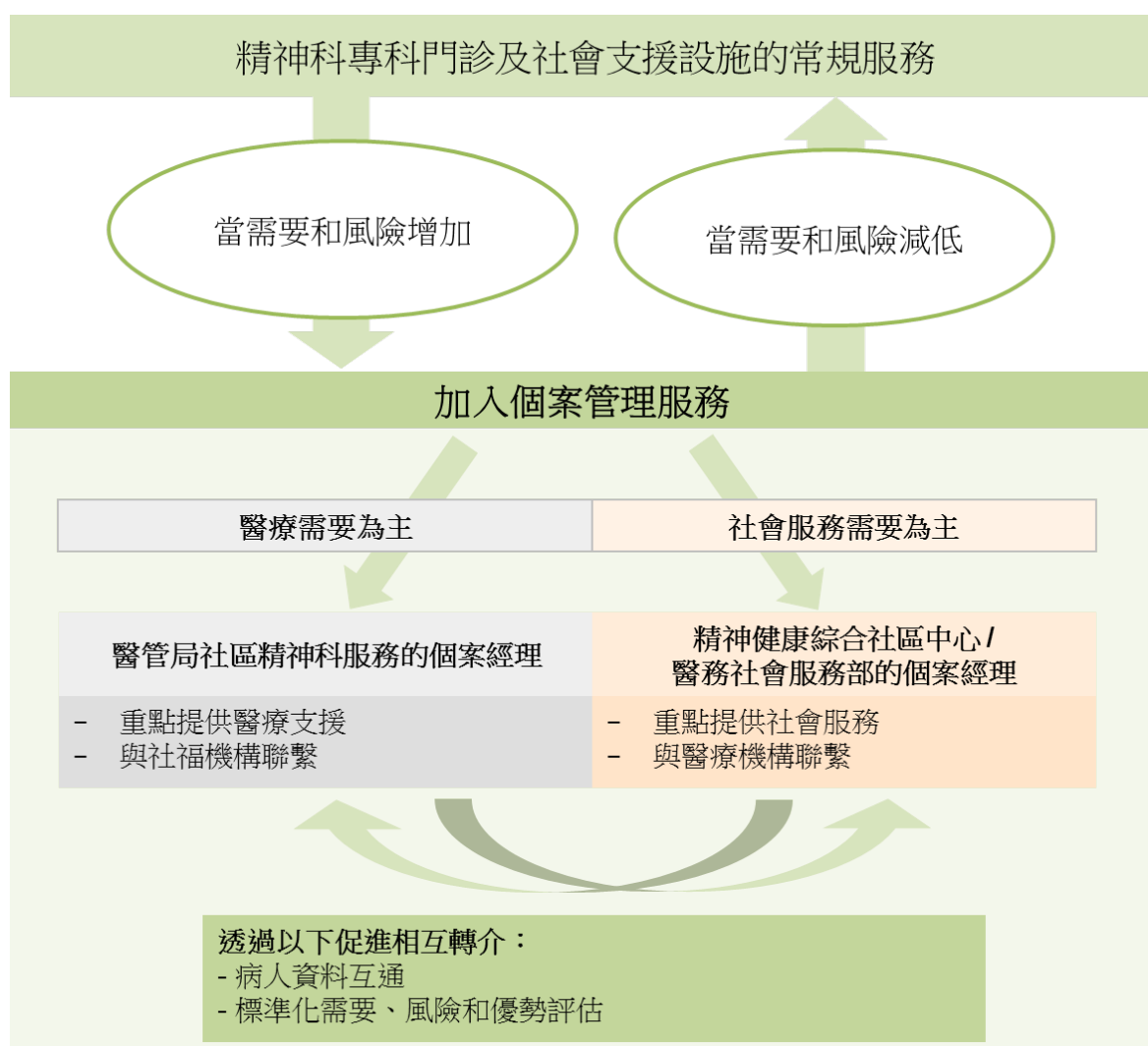
c) 接觸服務對象及相關的轉介機制

精神健康綜合社區中心是地區為本的中心，與當區緊密聯繫。由於中心方便易達，故經常是區內聯絡及與其他社區伙伴（如房屋署及警務處）協作的首個切入點。透過與這些伙伴合作，中心可接觸一些有病未治及引起鄰舍或社區關注的嚴重精神病患者。藉著這些協作，亦有助中心識別一些沒有病悉感及求醫意識低的嚴重精神病患者。在緊急情況下，精神健康綜合社區中心／醫務社會服務部和醫管局社區精神科服務會一同介入危機，安排有自殘或傷害他人風險的嚴重精神病患者強制入住精神科醫院。在這情況下，醫務社會工作者或需參與處理此緊急情況，並行使合適的法定權力。

在病人的復元進程中，精神健康綜合社區中心、醫務社會服務部及其他福利服務單位與醫管局社區精神科服務緊密合作，採用個案管理模式，根據病人的需要、風險和優勢狀況，釐定合適的醫療及社會服務支援。在醫療和社會服務機構之間的病人轉介，主要是根據個人的需要和風險，配對合適的專業人員和所需設施加以協助。一般來說，若病人需要較多醫療照顧，可安排來自醫療機構的個案經理（醫管局社區精神科服務）；若病人的精神狀況較穩定，主要需要社會康復服務，可安排來自社福機構的個案經理（主要為精神健康綜合社區中心社會工作者或醫務社會工作者）（圖 3）。然而，在病人各個復元階段，沒有單一機構能夠滿足個人所有生理、心理和社交需要，故醫療和社福機構之間會有不少合作，而個案經理最重要的角色是擔當支援統籌者，盡量協助病人聯繫所有合適的服務，例如除了個案經理的支援外，就其家庭及兒童照顧的事宜，病人亦可能會接受精神科醫務社工或社福機構社工的服務，或同時接受其他專科醫生及專職醫療人員

的治理，治療身體的其他疾病，及接受非政府機構的職業康復服務。個案經理會持續評估病人的需要、風險和優勢，並協調各項服務，促進所有參與的專業人員與病人家屬的溝通。

圖 3 社區精神科服務與精神健康綜合社區中心／醫務社會服務部在個案管理服務的協調



d) 資訊互通

為進一步加強醫療及社福機構之間的溝通，我們必須處理一個兩難情況：一方面須符合香港法例第 486 章《個人資料（私隱）條例》的規定，另方面雙方需加強溝通，以確保每個嚴重精神病患者的安全和福祉。儘管《個人資料（私隱）條例》訂有基於健康及保護他人理由的豁免條文，但當精神健康專業人員嘗試協助一些需要幫助但拒絕服務的人士時，仍面對不少挑戰。

近來，警務處、醫管局及社署之間就完善三方在轉移病人資料的程序方面有所進展。然而，我們需要建構一套更妥善的機制，以便醫療及社會服務機構相互溝通。鑑於病人

的臨床及社會狀況可能突然轉變，而臨床與社會方面的相互關係往往十分複雜；亦由於能協調不同機構的介入，在病人復元路上需要提供適時及全人的支援至為重要，因此，有效的溝通能將醫療及社會服務機構連繫起來，成為一個整體，緊貼及回應病人不同的需要和風險。

在實際層面，病人與社工或醫護人員首次接觸後，如需轉移病人的個人資料，須向其取得訂明同意。個人資料的收集、保存和轉移須遵照《個人資料（私隱）條例》的資料保護原則。所有個人資料的存取須予記錄，並必須符合有需要知道的原則。

e) 其他協作範疇

醫療及社福機構的協作不限於為病人提供直接服務，亦包括推廣精神健康，這是社區精神健康服務不可或缺的部分。其中一項定期協作活動，是每年舉辦的「精神健康月」。這是由勞工及福利局主導，與醫管局、社署、非政府機構及其他社區持份者舉辦的全港性宣傳活動，旨在提高公眾對精神健康的意識，並致力消除精神病的負面標籤。社區精神科服務及精神健康綜合社區中心亦會為主要的社區伙伴（如房屋署及警務處）的前線人員講解精神健康的知識，為其日常工作提供協助。

附錄 3 載有不同持份者的協作令病人受惠的案例，以供參考。

4.2.3 質素保證及培訓

為確保持續質素改善及評估服務，醫療及社福機構須有妥善的管治制度。

在醫管局，精神科統籌委員會負責為社區精神科服務訂立標準及監察服務質素。社區精神科服務工作小組須向精神科統籌委員會匯報，並負責社區精神科服務在各聯網的推行，包括服務發展、協調和監察。每個聯網的社區精神科服務單位就其服務質素負責，而聯網的社區精神科服務團隊由一名精神科醫生領導。

社署聯同受津助非政府機構於 1999 至 2002 年期間逐步成立服務表現監察制度，確保非政府機構就公帑的運用負責及提供優質的社會福利服務。非政府機構的服務表現評估方法如下：

- a) 由服務營辦者每年根據其轄下服務單位的表現，就基本服務規定、服務質素標準及服務量標準和服務成效標準的表現提交自我評估報告，以及如適用的話，就不符合規定的地方，提出具體的改善計劃；
- b) 由服務營辦者就其服務量標準及服務成效標準的表現，每半年自行報告其差異；
- c) 社署會至少每三年一次到服務營辦者轄下被揀選定的服務單位進行評估探訪／突擊探訪；以及
- d) 社署對新服務單位及在服務表現方面被指出／懷疑有問題的其他單位進行實地評估。

醫管局個案經理的人職資歷要求及各職級的其他特定要求已確切訂明，並緊貼「成年人社區精神科服務的臨床標準」。此外，每名個案經理須完成六個月的個案管理培訓計劃，包括課堂、工作坊、個案分享及臨床實習。

社福機構的專業人員包括註冊社會工作者、合資格護士（精神科）、物理治療師及職業治療師等。有關的人職資歷、相關經驗及其他特定要求均按照社署所訂的人手編制。每間非政府機構有其個別的人力資源管理，員工督導及培訓發展，職員亦會接受一些特定範疇的在職培訓，包括監護事宜、家庭暴力、婚姻輔導、家庭治療及保護兒童等。

個案管理的目的，是促進病人復元。個案經理必須具備多種實證為本的精神科介入專門知識，以切合病人的復元需要。這包括服藥管理、提升動機面談、精神科症狀認知行為治療、家庭輔導及職業康復等介入。要有效應用這些治療介入，不僅須具備知識和技巧，亦須對復元持正確態度。一項本地調查顯示，為職員提供復元培訓是十分重要，特別要明瞭患者於復元過程中是在起伏中成長，以及服務使用者能作選擇的重要性。病人支援計劃既能夠個人化，職員培訓亦可具針對性，配合員工的知識、關注及與病人的經驗。這些培訓可同時採用講述和體驗的教學方法，並鼓勵服務使用者參與。事實上，為所有持份者提供復元培訓，對確保以復元為本的精神科照顧極為重要。¹³

4.2.4 充足的人手

個案經理在同一時間只能有效照顧某個限額的病人，因此個案數量是重要的服務參數。醫管局社區精神科服務每名個案經理處理的個案數目有所不同，個案數量取決於多項因素，包括有關病人個案的複雜程度，以及個別個案經理的經驗。每個聯網的督導人員會定期檢視每名個案經理跟進的個案數量，確保合理調配工作量。平均而言，每名個案經理在同一時間會跟進 40 至 60 名嚴重精神病患者。醫管局會定期檢討社區精神科服務的服務承載能力，確保能及時回應新增的服務需求。

精神健康綜合社區中心的人手要求包括社會工作者、精神科護士及職業治療師。中心可彈性地運用整筆撥款，安排合適人手及相關專業人員數目，配合個別中心的服務需要。中心的服務對象除嚴重精神病患者外，亦包括情緒受困擾及懷疑有精神問題人士。視乎個別服務地區的服務需要及精神健康綜合社區中心的工作重點，中心的社會工作者處理的個案數量各有不同，平均約為 40-50 個。除個案跟進工作外，中心的社會工作者亦須提供其他服務，包括舉辦治療／支援小組和活動、外展探訪、公眾教育及地區聯繫等工作。

為了有效地透過個案管理模式向本地的嚴重精神病患者提供支援服務，我們需定期審視服務團隊的個案數量和人手安排。有關檢討應考慮到本地情況，包括臨床（如不同精神科疾病的普遍率）、社會經濟（如人口結構及家庭收入）、文化（如對精神病的態度和治療）、地域（如人口密度）等因素及醫療制度。然而，在訂定以實證為本的合適個案數

量及具成本效益的團隊架構時，我們可借鑑外國做法¹⁴。在美國，一項就提供精神健康個案跟進服務機構所作的調查顯示，每名個案經理的個案數量平均為 1:29。在荷蘭，靈活積極性社區治療團隊(Flexible Assertive Community Treatment, FACT)在一個地區同一時間服務 200 名嚴重精神病患者，這些病人有 20%需要積極性外展服務及深入支援。靈活積極性社區治療團隊每名個案經理的個案數量是 1:25。在英國，社區精神健康團隊的平均個案數量是 1:21，當中 55%為嚴重精神病患者。英國亦有積極性社區治療團隊，為嚴重精神病患者提供深入支援，負責的個案數量較少(不超過 1:15)¹⁵。然而，近期有實證顯示，積極性社區治療團隊較少的個案數量及其特定人手水平對成效並無影響，英國的普通社區精神健康團隊所用資源雖較少，但似乎亦能達到相同成效。¹⁶

4.2.5 服務使用者的參與

服務團隊可聘請一些復元進程良好的服務使用者，作為朋輩支援員，在幫助病人達到其復元目標上，擔當重要的角色。有實證顯示，由朋輩支援員講解疾病管理具正面成效。¹⁷ 聘請朋輩支援員的試驗計劃已在社區精神科服務及一些精神健康綜合社區中心、中途宿舍及職業康復單位推行，成效令人滿意。¹⁸ 社署亦於 2016 年在社區康復單位推行為期兩年的朋輩支援服務先導計劃，並會檢討有關成效。

除朋輩支援員外，不同社區服務單位已按社署訂明的「服務質素標準」邀請服務使用者就服務提供意見。此外，醫管局《2010-2015 年成年人精神健康服務計劃》實施工作小組轄下新成立一個用家小組，成員包括服務使用者和照顧者組織，以及有關非政府機構的代表，目的是收集他們的回應和意見，以加強服務規劃。一些非政府機構除了就服務給予回應外，亦會舉辦一些由服務使用者籌辦的活動，能更適切地回應他們的需要。

4.3 有待回應的需要

在個案管理的模式中，個案經理是為病人推行全人支援計劃的主要人員。然而，病人仍有很多生理、心理和社會需要，個案經理未能獨力處理。對於一些有待回應的優先範疇，醫療界別、社會服務界別及社會整體須一同作出應對。

4.3.1 職業復康

就業是提升嚴重精神病患者生活質素及融入社會的有效方法。¹⁹ 病人如獲得受薪工作，會較沒有工作或只擔任義工更具滿足感。輔助就業是實證為本的介入手法，可提升嚴重精神病患者的就業成效。「個人編配及支援」(Individual Placement and Support)是經過充分研究的輔助就業方式，能有效協助嚴重精神病患者在競爭性市場達至就業。²⁰ 「個人編配及支援」積極協助弱勢人士尋找及維持一份受薪工作。本港一項隨機對照測試的結果顯示，「個人編配及支援」較傳統的職業康復計劃更為有效，能協助長期

精神病患者在競爭性市場尋找及持續就業。²¹ 在香港，輔助就業職位大部分由非政府機構提供，而私營機構提供的工作機會仍然有限。透過由非政府機構開設的社會企業、給予良好僱主肯定和嘉許、分享良好做法及為僱主提供誘因和協助等，可增加輔助就業的職位，故政府、私營企業及非政府機構需繼續進行磋商。

4.3.2 嚴重精神病患者的身體健康

精神分裂症患者因健康情況而導致早死的風險是一般人的兩倍，²² 心血管疾病是這類病人的主要死亡原因。²³ 嚴重精神病患者增加代謝綜合症的風險，包括糖尿病、肥胖、高血脂和高血壓。一項本地研究發現，社區的精神分裂症患者 35%有代謝綜合症、27%為吸煙者、62%缺乏運動。²⁴ 代謝綜合症、吸煙和缺乏運動均是心血管疾病的主要風險因素。

鑑於嚴重精神病患者有較高機會患上代謝綜合症，這類病人應加強健康意識及關注，因此基層醫療應為所有嚴重精神病患者提供健康教育、運動鍛鍊、飲食輔導及戒煙服務，作為改善健康的方案。

精神健康綜合社區中心亦有成立體育隊及舉辦其他運動鍛鍊小組，反應正面。社區服務單位在推廣精神健康時可加強促進體育運動及健康生活方式的活動，另方面基層醫療、營養師及物理治療師的服務亦應增強。

醫管局為服食第二代抗精神病藥物的嚴重精神病患者推行監察計劃，旨在及早識別代謝綜合症。這計劃只是回應嚴重精神病患者的身體健康問題的第一步，而下一步應是有效介入被識別有心血管疾病風險的患者。

病人如患嚴重精神病患者並同時有身體健康問題，在跟進方面尤具挑戰。除了增加各相關專業的資源，亦須增強跨專業培訓和協作。個案經理宜具備身體健康評估的知識和技巧，而基層醫生及精神科醫生應更緊密合作，互相交流專長。

4.3.3 為嚴重精神病患者的照顧者和子女提供的支援

嚴重精神病患者對照顧者和家人構成很大負擔。面對家人患病，照顧者和家人往往承受各種情緒困擾及巨大壓力，特別是患者的子女，父母患病對他們產生的負面影響更為嚴重。精神分裂症會遺傳，如父母其中一方或雙方都患有精神分裂症，子女遺傳此病的機會分別約為 15%及 30%，而整體人口風險只為 1%。除了遺傳因素較易患病，這些兒童可能因父母疾病復發而留下陰影，父母患有精神病令他們自我形象嚴重受損。父母面對管教困難會導致與子女關係欠佳，令雙方身處痛苦之中，因而增加疾病復發風險及子女患病機會。

我們須提升嚴重精神病患者子女的福祉，以及增加對照顧者的支援，為他們在社區提供綜合連貫的預防、支援和補救性服務。嚴重精神病患者的子女和家人／照顧者很多時未能表達其需要，因此這些跟進應能深入支援及積極回應其需要。我們須將介入的重點，由個人為本擴展至家庭為本，並應從整個系統層面進行介入，優化精神健康與社會服務專業人員，以及教育界和法律界其他相關的專業人員及社區伙伴的協調，並評估這些介入的成效，例如，醫管局社區精神科服務為嚴重精神病患者子女推行的促進精神健康計劃，對他們有積極成效，尤其是自我效能、自我形象、人際關係及減少焦慮方面。²⁵

4.3.4 消除對精神病的負面標籤及歧視

標籤及歧視精神病患者是社會普遍現象，²⁶ 在中國人社會可能更為嚴重。²⁷ 香港仍需努力消除對精神病負面標籤及歧視，因每當進行精神復康設施建議選址的諮詢時，往往會遭到區內居民反對。

負面標籤會妨礙精神病人求診。²⁸ 嚴重精神病的病情發展除取決於治療成效外，社會的理解和對待亦是關鍵因素。²⁹ 因此，公眾教育十分重要，並應長期持續推行，以加強公眾對精神健康的認知和意識，同時應向市民灌輸重要訊息，嚴重精神病患者的復元繫於能否重新融入社會，歧視是病者復元的主要障礙。

改善病人復元機會實是消除對疾病負面標籤及歧視的重要方法，例如約一百年前人們對結核病有嚴重負面標籤，但隨著引入更有效的抗生素治療，結核病的治療成效以至人們對疾病的負面標籤及歧視已明顯改善。香港近期為嚴重精神病患者推行的社區服務擴展和革新，預期可促進嚴重精神病患者的復元，從而減少標籤化。因此，改善上述服務是致力消除負面標籤及歧視的一部分。

5. 結論

嚴重精神病會構成非常沉重的疾病負擔，如果處理欠佳，對患者及其家人會造成嚴重和持續的殘疾及痛苦。社區精神健康服務對嚴重精神病患者十分重要，直至目前，社區仍是病人接受治療及康復的較佳地方。如社區支援不足或安排欠妥善，已出院的嚴重精神病患者或須再度住院，阻礙他們邁向復元之路。

嚴重精神病患者需要複雜，亦因著患病不同階段而有所不同，故在醫療、心理及社會方面應有個人化及持續服務。復元為本的個案管理模式證實是有效的手法，能支援嚴重精神病患者邁向復元，而挑戰在於服務是否協調得宜，能為病人提供整全及個人為本的治療，以及有否足夠資源，確保有需要的人士能獲得有效治療。

在香港，服務提供者如醫管局、社署及非政府機構儘管面對一定限制，仍一直致力為嚴重精神病患者提供在可行情況下最佳的社區服務，除了個案經理提供的服務，醫生、護士、社工、心理學家、職業治療師及其他專職醫療人員亦提供跨專業支援；此外亦有提供住宿照顧及訓練機會，切合病人的康復需要。

以復元為願景，採用個案管理模式提供服務，是香港社區精神健康服務發展的重要里程碑。本文件載列的服務框架闡述了不同持份者協作的基礎，所提供的服務以個別嚴重精神病患者需要為依歸，而非以專業及機構的規範來界定。期望本文件能踏出第一步，引起社會討論，為這個弱勢社群爭取及調撥所需的資源、照顧和支援。

為將這個服務框架付諸實行，下一步需要制訂一套行動計劃，包括：

- a) 實施標準化的需要、風險和優勢評估架構：這個評估架構應為醫療及社福機構的專業人員採用；
- b) 制訂運作指引：這份指引規管不同醫療及社福機構服務提供者的協作，這些機構應有妥善協作，在不受制於專業及機構的規範下，儘快為病人轉介最合適的服務；
- c) 研究建立有效機制，以便醫管局、社署及非政府機構適時互通資訊：對於本服務框架下的每名嚴重精神病患者，所有相關的專業人員可知悉聯絡個案經理的方法、病人最新的需要、風險和優勢概況及支援計劃，以及現正接受的服務。最新及全面的資訊是提供適時、全面及個人為本介入的先決條件；
- d) 員工培訓：醫管局社區精神科服務或精神健康綜合社區中心/醫務社會服務部每名個案經理應接受有關需要、風險和優勢評估、支援規劃及其他核心技能的培訓計劃，以掌握技巧為社區的嚴重精神病患者提供深入個案跟進；

- e) 規劃人手：為應付嚴重精神病患者新增的服務需求，須詳細考慮及訂定醫療及社福界個案經理的合適個案數量。此外，亦應評估每個機構內團隊的規模、結構和職員組合，令人手運用符合成本效益。定期進行檢討亦很重要，這樣可確保提供優質的服務。

這些措施是否成功，不僅取決於一群精神健康專業人員。照顧嚴重精神病患者的全方位需要及幫助他們紓緩困境，肯定需要社會各界共同協作。在上述計劃項目付諸實踐後，我們會根據所得經驗，於三至五年內檢討服務框架。.

6. 附錄

附錄 1

醫院管理局社區精神科服務

目的

醫院管理局社區精神科服務的宗旨，首要是為社區的精神病患者(特別是嚴重精神病的人士)提供復元為本的社區支援服務，同時致力推廣社區精神健康。

轉介途徑

- ➔ 本港註冊醫生
- ➔ 醫院管理局（醫管局）
 - 急症室
 - 專科門診診所
 - 精神科門診診所（如成人精神科診所、兒童及青少年精神科診所、思覺失調門診診所、兒童身心全面發展服務診所、物質濫用診所等）
 - 精神科醫院住院服務
 - 精神健康專線
 - 精神科諮詢會診服務
- ➔ 其他社區持份者（如精神健康綜合社區中心、病人家屬、照顧者等）
- ➔ 政府及其他機構／議會（如房屋委員會、警務處、學校、社會福利署、區議會等）
- ➔ 非政府機構／團體（如教會、防止自殺中心、香港撒瑪利亞防止自殺會等）

服務架構

醫管局社區精神科服務採用跨專業介入的三層架構，提供個案管理，並保持與社區夥伴緊密協作。

(a) 社區精神科服務的三層服務模式

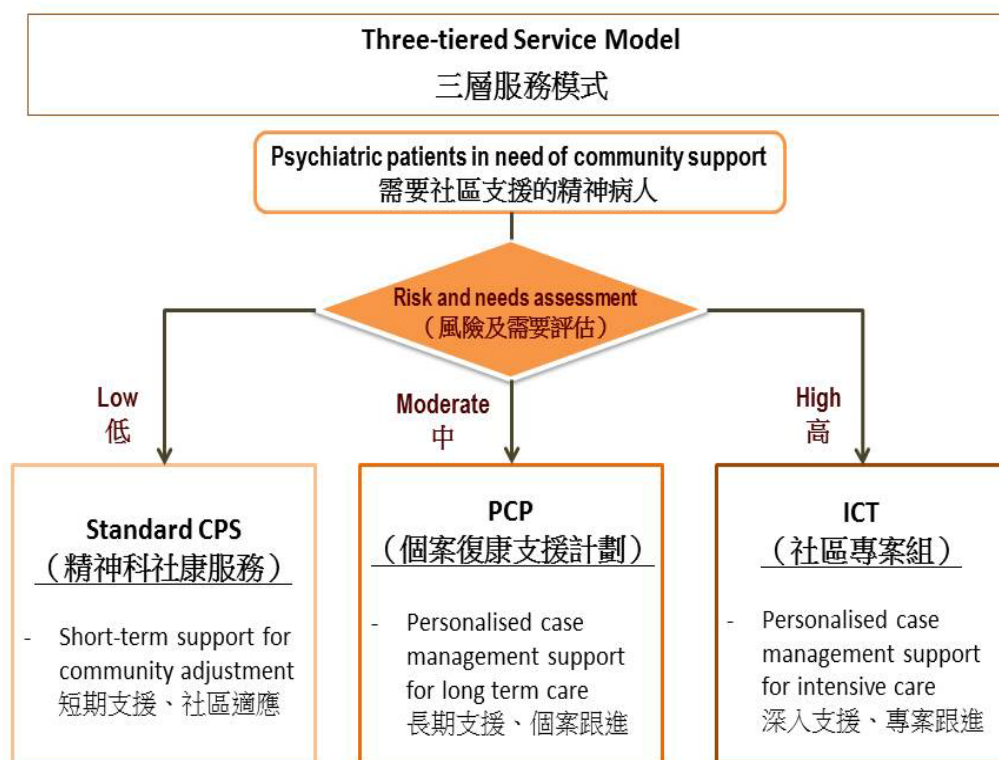
社區精神科服務會持續按照病人的風險和需要作出嚴謹及有系統的臨床評估，然後根據結果將病人分流到三個不同層面跟進，評估範圍包括：

- i) 過往的重要經歷：自殘、暴力行為、濫用藥物、創傷經歷、性格及患病經歷等；
- ii) 現時臨床診斷情況：精神病症狀、病悉感、身體功能狀況、個人傷痛；
- iii) 現時面對的重大人生事件及社會壓力來源：失業、婚姻不和諧、欠債及喪親等；
- iv) 現時擁有的資源及個人能力：住屋及經濟情況、家人支援、社交網絡及個人抗逆力等。

社區精神科服務為每一層病人提供不同的針對性服務，分別是第一層的社區專案組 (Intensive Care Team, ICT)，第二層的個案復康支援計劃 (Personalised Care Programme,

PCP)，以及第三層的精神科社康服務 (Standard Community Psychiatric Services, CPS)。下圖闡述社區精神科服務的三層服務模式：

圖 1 社區精神科服務的三層服務模式



病人的風險程度會隨著患病的進程而有可能轉變，故此，社區精神科服務會為病人進行持續的風險及需要評估，以決定何時／階段作出最合適的支援或介入。每名個案經理跟進的個案數量會因應病人的風險和需要程度，以及與個案經理的專長作出配對。督導人員會於定期舉行的聯網會議就個案經理跟進的個案數量作出合理調配。

第一層：社區專案組（ICT）

第一層服務是為曾有高度暴力、自殺風險、疏忽照顧自己或臨床診斷為極度複雜的病人而設。大部份患者有急性精神病或是病情轉趨惡化的嚴重精神病人。在「特別護理系統」(Special Care System, SCS) 下接受「深切治療」的病人亦屬第一層。根據《精神健康條例》獲准「有條件離院」但曾有不遵從治療記錄的病人，亦會被列入第一層（這些轉介並無年齡限制）。社區專案組會為這類病人提供專案支援，包括危機介入及積極的社區外展服務。專案組須在 24 小時內回應這類病人的服務需求。

「社區精神科服務」第一層的臨床狀況及支援案例

需要及風險	支援
a. 面對重大人生事件及持續的社會壓力來源、機能欠佳，例如：自理能力差、失業、即將離婚、濫用藥物引致財政困難； b. 現時臨床診斷為情況不穩定，例如：持續及難受的思覺失調症狀、沉溺於濫用藥物及仍於改變階段的前思索期、缺乏病悉感、欠缺復康動力及不遵從藥物治療、身體其他問題妨礙精神科治療、拒絕服務； c. 缺乏資源及個人優勢，例如：無家可歸、缺乏家人支援或社交網絡、缺乏解困能力； d. 過往經歷構成的多個風險因素，例如：病發時曾有嚴重自殘及暴力行為、濫用多種藥物、心理病態人格障礙、不遵從藥物治療致經常病發。	社區專案組的服務包括： - 積極接觸病人 - 每星期聯絡病人一至兩次 - 密切檢討支援計劃及評估風險 - 密切監察精神狀況及督導病人遵從藥物治療 - 監察病人的身體狀況 - 服藥跟進計劃 - 以面談方式提升處理濫用藥物的動機 - 提醒潛在受害人有關病人的侵略性行為 - 進行危機介入並為病人入院作出準備 - 協助病人應付心理及社會壓力 - 協助病人聯繫福利服務機構及其他實質支援 - 鼓勵病人復康，探索個人復元目標

第二層：個案復康支援計劃（PCP）

第二層的主要服務對象是經常發病及不遵從藥物治療，或有重大心理及社會困難和情緒問題的精神病患者，大部分病人均患有嚴重精神病。在「特別護理系統」下接受「特別護理」的病人屬於此類別。個案復康支援計劃的目標對象是居於服務範圍內的 18 至 64 歲成年病人。團隊會為這類病人提供復元為本的長期支援，並須在接到服務要求後，在三個工作天內作出回應。

「社區精神科服務」第二層的臨床狀況及支援案例

需要及風險	支援
a. 承受持續社會壓力、功能受損，例如：長期婚姻不和諧、在家中出現有高度情緒表達行為、理財欠佳引致經濟壓力、中途退出復康計劃； b. 臨床情況相對穩定，但容易病發，例如：思覺失調症狀緩解但沒有足夠病悉感、不完全遵從接受精神科治療、身體健康狀態欠佳；	個案復康支援計劃的服務包括： - 每個月一至兩次聯絡病人 - 定期檢討支援計劃 - 提醒病人注意可引致復發的一些生活事件 - 監察病人依從服藥指示的情況，擬定服藥管理計劃 - 監察病人的身體情況，促進其調整生活

c. 有限的資源及個人優勢，例如：家人支援不足或社交網絡狹窄、出現巨大壓力時容易引發適應不良的行為； d. 過往經歷有一些風險因素，例如：曾有數次在病發時出現自殘及暴力行為、停用禁藥後的戒斷期、自我形象低落及性格悲觀。	方式 - 協助復康進程，如達致輔助就業；探索個人復元目標 - 提供輔導和支援以應付心理社會壓力 - 加強支援網絡 - 針對病人家庭中有高度情緒表達而作出家庭輔導 - 鼓勵參加精神健康綜合社區中心的康樂及社交活動、提升自我形象、建立社交支援網絡 - 協助加強解困能力
---	--

第三層：精神科社康服務 (Standard CPS)

第三層是支援精神情況相對穩定，但仍需要社區支援維持其精神狀況穩定的精神病人，以發揮最佳的功能及應付社區生活的能力；並在適當的支援下避免不必要的住院治療，使他們可以融入社區生活。精神科社康服務為這類病人提供常規的支援服務，並在收到服務要求後的五個工作天內作出回應。

「社區精神科服務」第三層的臨床狀況及支援案例：

需要及風險	支援
a. 仍面對一些社會壓力，而有殘留功能缺損，例如：照顧子女重擔、工作壓力、工作能力受損； b. 臨床情況穩定，例如：病人思覺失調症狀緩解並遵從藥物治療； c. 擁有一些資源及個人優勢，例如：有家人支援和社交網絡、具抗逆力的性格，但因患病而缺乏自信； d. 過往經歷有較少風險因素，例如：病發時沒有嚴重的自殘及暴力行為。	精神科社康服務包括： - 協助病人復康進程，如最終達致公開就業 - 加強壓力管理 - 鼓勵參加精神健康綜合社區中心的康樂及社交活動，擴展社交網絡及培養健康生活方式 - 協助實踐個人復元目標

(b) 跨專業團隊協作

社區精神科服務運用跨專業協作模式，由護士、職業治療師和註冊社工擔任個案經理，針對病人的需要，提供全人的支援。此外，又會因應病人的

風險和需要，安排具備相關專業的個案經理負責跟進。由於社區精神科服務是醫管局成人精神科服務的一部分，成人精神科服務的精神科醫生會與個案經理緊密合作，包括參與個案會議和進行外展探訪。

(c) 臨床個案管理模式

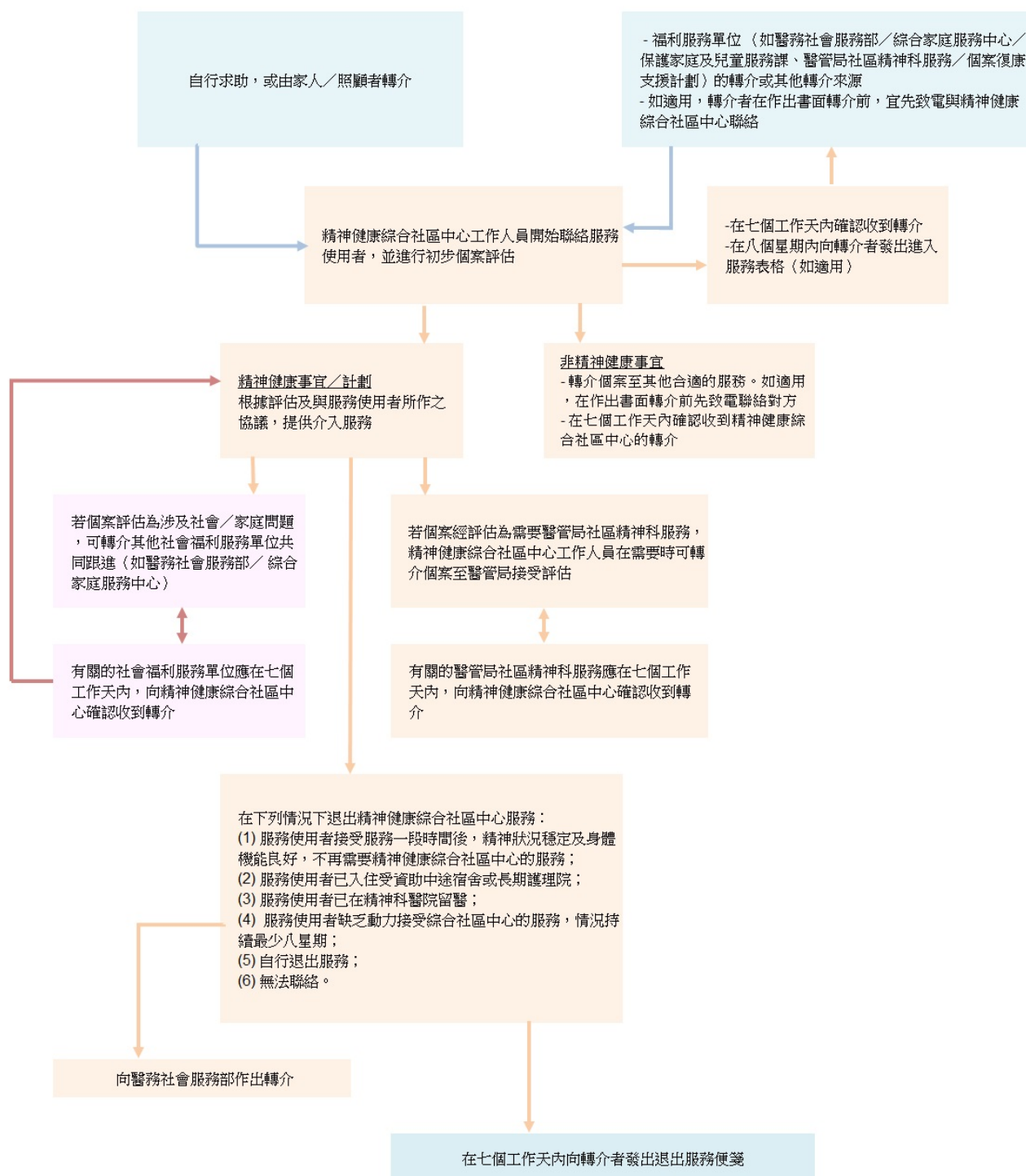
根據這個臨床個案管理模式，每名個案經理須與病人及照顧者一同制訂個人化的支援計劃。計劃的主要元素是包括病人優勢及個人復元目標，與此同時亦會顧及病人面對的風險和需要。是項計劃會因應病人的復康進展，以及其臨床和社會狀況而改變，定期作出檢視。透過釐清病人需要、介入策略、各持份者及各方認同的治療目標，個人化支援計劃可使提供服務的過程更能對應及切合病人的需要。此外，此計劃亦會使用經核證的工具以評估成效，包括症狀、機能狀況、生活質素、照顧者壓力及病人滿意度。

(d) 與社區夥伴協作

為加強協作，在中央及地區層面已設立與社會福利署、非政府機構、警務處及房屋署溝通的平台（本文件第 4 部）。醫管局社區精神科服務一直與由非政府機構營辦、以地區為本的精神健康綜合社區中心緊密合作，為有需要精神健康服務的人士提供及早辨識和介入服務，並支援他們在社區過渡復元的歷程。醫管局與精神健康綜合社區中心之間訂有處理社區嚴重精神病人的協作指引。個別病人在過渡期間，會由醫管局與精神健康綜合社區中心共同跟進，例如病人由社區精神科服務轉介至精神健康綜合社區中心後，當病人已經較適應由精神健康綜合社區中心提供支援時，社區精神科服務會逐步減退介入的程度。

附錄 2

精神健康綜合社區中心接獲新轉介個案的處理流程



（取材自“Collaboration Guidelines among Integrated Community Centres for Mental Wellness, Psychiatric Service and Personalised Care Programme of the Hospital Authority, Medical Social Services Units and Other Welfare Services Units”）

附錄 3

醫院管理局、社會福利署及非政府機構在社區精神健康服務協作的案例

個案 1

王女士是一位中年家庭主婦，與丈夫及兩名十多歲兒子居於一個公屋單位，之前沒接觸過精神健康服務。約一年前，她開始產生妄想，懷疑鄰居在食水下毒要傷害她。她感到食水有一股異味，但其家人完全沒有此感覺。她多次向房屋署投訴其鄰居，並作出報復行為，每晚在家中故意發出噪音。房屋署遂向精神健康綜合社區中心求助。一星期後，精神健康綜合社區中心一名社工聯同房屋署一名主任上門探訪王女士。王女士強烈否認患有精神病，但承認有一些社交問題令她感到困擾，其中鄰居的「騷擾」對她影響最大，於是同意接受社工幫助。精神健康綜合社區中心的社工與王女士一起探討她面對的困難，當中包括她與丈夫和兒子的衝突。她的丈夫是一名賭徒，兩個兒子放學後則沉溺打遊戲機。社工聆聽及安慰王女士後，她的心情稍為平伏。社工安排她兩個兒子放學後到青少年中心，並轉介她的丈夫接受病態賭博輔導服務。

鑑於王女士主要表現出的是思覺失調病徵，精神健康綜合社區中心社工轉介她接受社區精神科服務。精神健康綜合社區中心社工及社區精神科服務一名個案經理進行聯合家訪，最終勸服王女士到精神科專科門診求診。雖然王女士否認有妄想症，但承認情緒受到困擾，且睡眠質素欠佳。精神健康綜合社區中心社工及社區精神科服務個案經理陪同她首次到專科門診就診。醫生診斷王女士患上精神分裂症，並處方口服精神科藥物。王女士處於急性病發階段，當時她的需要主要是控制症狀及監察其服藥的依從性。為了給予王女士最大的幫助，社區精神科服務安排了一名社康護士擔任個案經理，跟進王女士的個案，社區精神科服務的個案經理一直陪同王女士到專科門診覆診，而精神健康綜合社區中心遂停止外展服務。半年後，王女士的被害妄想症狀減退，亦遵從精神科藥物治療。個案經理向她講解精神病知識，她亦建立起病悉感，同意需要維持治療及學習壓力管理，以防疾病復發。個案經理亦進行家庭輔導，教導其丈夫及兒子學習與王女士溝通的方法，以及辨識精神病復發的早期徵狀。王女士對烹飪感到興趣，最享受為丈夫和兒子煮食。她參加了精神健康綜合社區中心的烹飪班，並結識新朋友。王女士的社交圈子得以擴闊，廚藝亦有進步，令她自信增強，對其身心健康亦有裨益。儘管王女士需繼續精神科藥物治療，但她最終能夠復元，重新主宰自己的人生，並從中找到意義。王女士找回自己的角色，並發揮其功能，成為一位稱職的母親和妻子。

個案 2

陳先生現年 20 多歲，未婚，與父母及家人居於一個公屋單位，之前沒有接觸過精神健康服務。由於他已失業三年，逐漸失去工作意志。兩年前，他開始有幻聽，聽到一些舊同事對他竊竊私語，並跟蹤他。他感到腦內被植入裝置，別人可得知他的想法。令他痛苦不堪，曾想過自殺，並表達有上吊的意圖。他的父母致電思覺失調服務熱線求助。由於他有自殘的即時風險，思覺失調服務團隊於翌日派出兩名精神科社康護士進行危機介入。陳先生被強制入住精神科醫院接受治療，被診斷患上妄想型精神分裂症。經過三個月的住院治療，陳先生離院返家，之後到思覺失調專科門診接受治療。其個案經理是一名職業治療師，陳先生獲安排在日間醫院接受復康訓練。三個月後，陳先生的自理能力、工作意志及社交能力得到改善。隨著陳先生自理能力的改善，他與父母的關係比從前融洽。其父母經家庭輔導後明白兒子因患精神病，致令身體機能及認知能力受損，故對他減少苛責，並鼓勵他接受康復訓練。

陳先生自病發後便沒有和朋友聯絡，現時已恢復與一些朋友交往。經個案經理的轉介，他到非政府機構接受輔助就業服務，並找到一個運動場清潔工的職位。陳先生較喜歡戶外工作，亦對自己的體能有自信，故選擇了這份工作。在個案經理鼓勵下，他加入了精神健康綜合社區中心的長跑隊，亦參加了其他康樂活動。一年後，陳先生的精神狀況穩定，並有病悉感，亦遵從藥物治療，不過仍需進一步的職業復康支援。經過陳先生、其父母、思覺失調服務個案經理，以及精神健康綜合社區中心的社工共同商議，最後同意由精神健康綜合社區中心的社工接任為個案經理。陳先生接受思覺失調服務三年後，精神狀況逐漸穩定，獲轉往醫院的成人普通精神科專科門診接受治理。經過兩年的輔助就業支援，陳先生已適合公開就業，在一個私人屋苑擔任清潔工作。數年後，陳先生因家人離世，引致其精神分裂症輕微復發。精神健康綜合社區中心的個案經理聯絡社區精神科服務，一同進行外展家訪。陳先生自願入住精神科醫院，留醫兩星期期間，他的朋友亦有醫院探望他。經過調校藥物及哀傷輔導，陳先生的病情很快好轉，出院後繼續在私人屋苑擔任清潔工作。

個案 3

譚先生是一個 17 歲的中六學生，之前沒接觸過精神健康服務。兩年前，他的精神狀況開始變差，對同學和老師感到懷疑，並有幻聽，聽到有人將他腦裏所想的事說出來，並對他作惡意批評。他無法集中精神學習，成績每況愈下。他害怕被人傷害，所以沒有上學，在家中無所事事，個人衛生日差。他父母因多次勸他求醫不成功而感到很沮喪。由於譚先生堅稱自己沒有精神病，他的學校社工亦屢勸無效。學校社工期後透過電郵，向醫管局思覺失調服務計劃求助。經他父母同意下，思覺失調服務一名個案經理與

學校社工進行聯合家訪。雖然譚先生不承認自己有精神問題，但他自覺有社交問題，故願意和他們傾談。他們聆聽譚先生的傾訴，知道他有學業和感情問題。當譚先生感到有人明白和支持他時，便願意進一步透露感到被迫害和出現幻覺。最後，他同意向精神科醫生求醫，並在個案經理及學校社工陪同下到思覺失調專科門診求診。醫生診斷他患上精神分裂症，並給他處方精神科藥物。個案經理為譚先生提供心理社會教育及服藥輔導，他的病悉感和服藥依從性遂有改善。透過個案經理的家庭輔導，他和父母的溝通改善，其父母不再自責，並接受他的康復需要。譚先生到日間醫院接受日常生活及社交能力訓練。接受精神科治療後，其精神壓力得到紓緩，妄想及幻覺症狀亦消退。三個月後，譚先生重返校園，周末則到屋邨的精神健康綜合社區中心參加壓力管理班和足球隊。現在，他能掌握處理壓力的方法，並知道壓力會引致疾病復發。他在足球隊認識了一些新朋友，而足球運動亦有助提升其體能。在人際關係方面，他沒有過往般害羞。雖然譚先生曾患精神分裂症，但現在已變得更有自信。

7. 參考資料

- 1) Collins, PY, Patel, V, Joestl, SS, March, D, Insel, TR, Daar, AS, Bordin, IA, Costello, EJ, Durkin, M, Fairburn, C (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature* 475, 27–30
- 2) Strathdee, G., & Thornicroft, G. (1997). Community psychiatry and service evaluation. (R. Murray, P. Hill, & P. Mc-Guffin, Eds.) In *The Essentials of Postgraduates Psychiatry* (3rd edn), 513–533.
- 3) Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Conditions of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Doubleday.
- 4) Bachrach, L. L. (1976). Deinstitutionalisation: an analytical review and sociological perspective. US Department of Health, Education and Welfare, NIMH, Rockville, MD.
- 5) Ziguras, S. J., & Stuart, G. W. (2000). A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv*, 51(11), 1410-1421.
- 6) Pang, A. H., Yip, K. C., Cheung, H. K., & Yeung, O. C. (1997). Community psychiatry in Hong Kong. *Int J Soc Psychiatry*, 43(3), 213–216.
- 7) Chui, W., Mui, J., Cheng, K. M. & Cheung, E. (2012). Community psychiatric service in Hong Kong: moving towards recovery-oriented personalised care. *Asia-Pacific Psychiatry*, 4, 155-159.
- 8) Health and Welfare Bureau (1999). *Hong Kong Rehabilitation Programme Plan (1998-99 to 2002-03) – Towards a New Rehabilitation Era*. Hong Kong: Government Printing Department.
- 9) South London and Maudsley NHS Foundation Trust and South West London and St George's Mental Health NHS Trust (2010). *Recovery is for All. Hope, Agency and Opportunity in Psychiatry. A Position Statement by Consultant Psychiatrists*. London:SLAM/SWLSTG.
- 10) Thewissen, V., Bentall, R. P., Oorschot, M., van Lierop, T., van Os, J., & Myin-Germeys, I. (2011). Emotions, self - esteem, and paranoid episodes: An experience sampling study. *British Journal of Clinical Psychology*, 50(2), 178-195.
- 11) Holmes, J. (2015). Personal experience: Suicide and psychiatric care—a lament. *BJPsych Bulletin*, 39(1), 45-47.
- 12) Campling, P. (2015). Reforming the culture of healthcare: the case for intelligent kindness. *BJPsych Bulletin*, 39(1), 1-5.
- 13) Mak, W. W., Lam, B. Y., & Yau, S. S. (2010). Recovery knowledge and recovery-oriented services in Hong Kong. *Psychiatric services*, 61(11).

- 14) Mental Health-targeted Case Management Survey, 2010, http://www.dhs.state.mn.us/main/groups/disabilities/documents/pub/dhs16_159101.pdf
- 15) Van Veldhuizen R. (2007) FACT: a Dutch version of ACT. *Community Ment Health J.* 43, 421–433.
- 16) Tyrer, P., Al Muderis, O., & Gulbrandsen, D. (2001). Distribution of case-load in community mental health teams. *The Psychiatrist*, 25(1), 10-12.
- 17) Salyers, M.P., Mcguire, A.B., Rollins, A.L., Bond, G.R., Mueser, K.T. & Macy, V.R. 2010. Integrating assertive community treatment and illness management and recovery for consumers with severe mental illness. *Community Ment Health J*, 46, 319-29.
- 18) Chan, L. H. (2014). "Recovery" from the Eye of a Peer Specialist. *East Asian archives of psychiatry*, 24(3), 128-128.
- 19) Burns, T. (2010). The rise and fall of assertive community treatment? *Int Rev Psychiatry*, 22, 130–137.
- 20) Bond G.R., Drake R.E., Becker D.R. (2008) An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J.* 31, 280–290.
- 21) Wong, K. K., Chiu, R., Tang, B., Mak, D., Liu, J., & Chiu, S. N. (2008). A randomized controlled trial of a supported employment program for persons with long-term mental illness in Hong Kong. *Psychiatric services*, 59(1), 84-90.
- 22) Harris, E. C., & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*, 173, 11-53.
- 23) Brown, S. (1997). Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 171, 502-508.
- 24) Bressington, D. T., Mui, J., Cheung, E. F., Petch, J., Clark, A. B., & Gray, R. (2013). The prevalence of metabolic syndrome amongst patients with severe mental illness in the community in Hong Kong—a cross sectional study. *BMC psychiatry*, 13(1), 87.
- 25) Chan, S., Mui, J., Shing, K. C., Chien, W. T., Chan, A., Chan, D., & Ip, W. Y. (2011), "Growing in Happiness": Pilot study of a mental health promotion programme for children with mentally ill parents, Vol 37(1),pp. 22-30, *Hong Kong Journal of Mental Health*.
- 26) Crisp A.H., Gelder M.G., Rix S., Meltzer H.I., Rowlands O.J. (2000) Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry*. 177, 4–7.
- 27) Chong S.A., Verma S., Vaingankar J.A., Chan Y.H., Wong L.Y., Heng B.H. (2007) Perception of the public towards the mentally ill in developed Asian country. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 42, 734–739.
- 28) Docherty J.P. (1997) Barriers to the diagnosis of depression in primary care. *J*

Clin Psychiatry.58(Suppl 1), 5–10

- 29) Littlewood R. (1998) Cultural variation in the stigmatisation of mental illness. Lancet. 352, 1056–1057