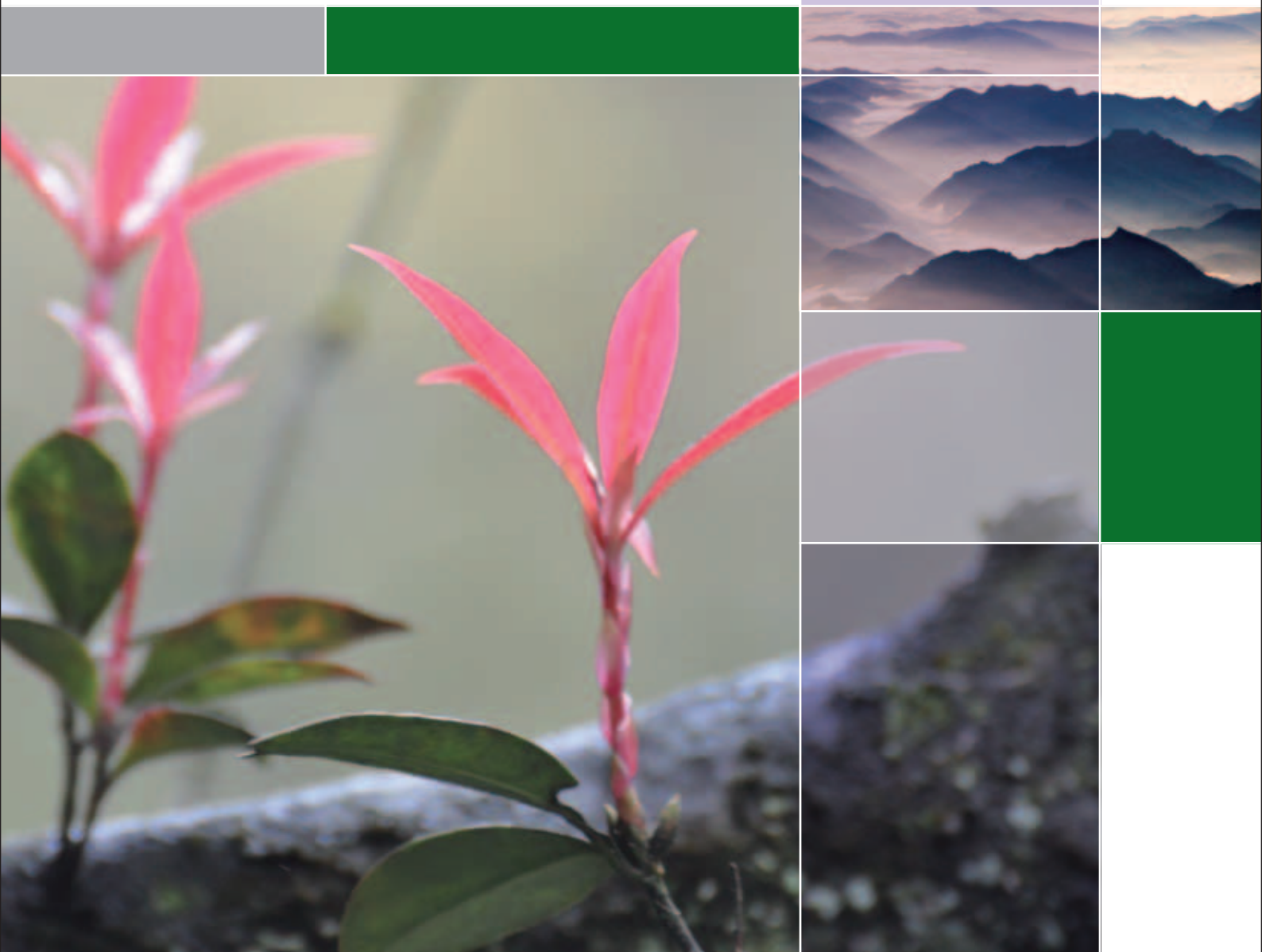


醫院管理局
2010-2015年
成年人精神健康服務計劃



醫院管理局
HOSPITAL
AUTHORITY

本文件的中文版僅供參考，內容以英文版為準。

封面照片分別由羅熙達先生及鄭保強醫生拍攝

目錄

	頁數
1 序言	3
2 鳴謝	4
3 摘要	5
第一部分 綜論	
4 引言	11
5 2010-2015年精神健康服務計劃的範疇	12
6 釋義	13
第二部分 背景及近期發展	
7 香港精神健康服務的需求	15
8 醫院管理局現有的精神健康服務	19
9 2000-2009年精神健康服務的現代化	25
10 目前精神健康服務的問題	30
11 2009-2010年施政報告	32
第三部分 成年人精神健康服務策略計劃	
12 新的策略方向(服務願景)	35
13 策略成果(要達致甚麼)	39
14 策略目標(向何處邁進)	40
15 優先項目(要做些甚麼)	42
16 2015年的精神健康服務	45
17 精神健康服務計劃的推行	47
第四部分 附錄	
附錄一 醫院管理局精神健康服務計劃工作小組	53
附錄二 外聘顧問	54
附錄三 精神健康服務計劃工作坊參加者名單(2009年11月27日)	54
附錄四 「香港醫院管理局精神健康服務檢討」(2007年12月)	56
附錄五 「香港精神科醫學院就精神健康政策向食物及衛生局提交的報告」 (2007年11月)	58
附錄六 精神健康服務計劃擬稿諮詢	66
附錄七 參考書目	68



1. 序言

過去數年，香港的精神健康服務一直備受關注和討論。在醫院管理局（醫管局）《2009至2012年策略服務計劃》中，我們承諾為香港的成年人制訂精神健康服務計劃。為此，我們向關注香港未來精神健康服務的機構和人士進行了一連串的諮詢，在參考各界意見後，制定了這份明確的《2010-2015年成年人精神健康服務計劃》。

精神病不單影響人的正常生活，亦會直接或間接影響周圍的人，甚至會造成悲劇。過往大家對精神病並不特別重視，但這情況近數十年迅速改變，醫管局認為現在正是為精神健康服務訂立願景和目標的適當時機。

對所有關注香港精神健康服務的醫管局同事而言，我們最大的挑戰是將計劃付諸實行。要達到此目的，必須有賴醫管局同人以及香港各界人士的努力。我們期待與大家攜手並肩，致力為香港市民提供更優質的精神健康服務。



醫院管理局行政總裁

梁栢賢醫生

2. 鳴謝

這份《2010-2015 年成年人精神健康服務計劃》由醫院管理局聯網服務部轄下的綜合護理計劃組及策略發展部轄下的服務規劃發展組共同編訂。在編訂過程中，眾多關注精神病人需要的專業人士均有作出貢獻，我們特別鳴謝由食物及衛生局局長帶領的專家工作小組，以及香港精神科醫學院專家小組的參與。

在三個月的諮詢期內，我們收到超過四十份來自個人或機構的建議書；此外，我們亦與病人、照顧者、社會福利機構及專業團體會面交流。多謝各界人士積極參與、撥冗回應，我們仔細研究了所有意見，並盡量收納在服務計劃內。提交意見的人士和團體詳列於服務計劃的末頁。醫管局精神健康服務計劃工作小組最後負責制訂這份精神健康服務計劃，我們對各位成員的貢獻再三致謝。

雖然這份精神健康服務計劃是為成年人而制訂，但我們同樣關注兒童、青少年以及長者的精神健康。醫管局日後將會詳細研究他們對精神健康服務的需要。



醫院管理局聯網服務總監
張偉麟醫生



醫院管理局策略發展總監
羅思偉醫生

3. 摘要

醫管局精神健康服務計劃工作小組（工作小組）於 2009 年成立，負責制訂這份精神健康服務計劃（計劃）。工作小組的職權範圍是：

- 檢討市民現時對醫管局精神健康服務的需要及預計未來的發展；
- 制定策略及服務優先次序，以應付未來五年可能會出現的供求失衡情況；
- 就未來的服務模式提出建議，加強精神健康服務的質素和成效。

經過廣泛的諮詢，工作小組建議醫管局為成人精神健康服務訂立新的願景。現今治療精神病人的服務模式以住院護理為主。

我們的願景：以個人需要為本，提供有效及協助病人復原的醫療服務。

工作小組建議醫管局應在未來五年達致成年人精神健康服務的五項成果。醫管局的目標，是在 2015 年實踐以下五項策略成果：

1. 醫管局將提供高質素的精神健康服務，能適時、便捷及適切地配合病人、照顧者以及家人的需要；
2. 精神健康服務使用者將在更多方面與醫管局建立夥伴關係，參與制定其護理計劃；服務使用者及其照顧者並可參與設計及發展服務；
3. 精神健康服務的目的，是促使病人痊癒或協助他們處理病情，讓他們可以重過過開心、充實的生活。如有需要，服務團隊會根據對患者的評估，以個案管理方式提供個人化的精神健康服務；
4. 精神病對患者、其家人及照顧者均帶來沉重的壓力。醫管局會和醫護夥伴緊密合作，對患者、其照顧者及家人提供支援；
5. 精神健康服務應盡量在輕鬆、舒暢的環境下提供。醫院會盡可能佈置成家居模樣，改善治療環境及病人護理質素。如病人需要住院，醫院會盡量配合他們的需要，以維持其個人習慣及延續其生活方式。

工作小組制訂了六個主要長遠策略目標，以實現醫管局成年人精神健康服務的願景和未來成果。六個主要目標為：

1. 發展高質素及成效為本的精神健康服務；
2. 致力及早識別潛在精神病患者並作出治療及護理（包括自我管理）；
3. 於可行情況下在基層醫療體系為一般精神病患者提供治療及護理；
4. 進一步發展及擴展社區精神健康醫護團隊；
5. 重整住院及醫院門診服務，提供新的治療環境；
6. 與醫管局以外支援殘疾及復康的機構加強合作

為達致各項目標，醫管局需要推行多項行動措施及優先項目。這些措施的暫擬推行時間表載於第 17 段。

目標 1 — 為發展高質素及成效為本的精神健康服務，醫院管理局將會：

- i. 成立精神健康服務使用者小組，以收集意見並作為參考；
- ii. 制訂精神健康服務住院、專科門診及社康服務質素標準；
- iii. 就精神健康專科服務制訂臨床常規標準及協定治療指引；
- iv. 根據國際認可指標，制定一套醫管局通用的精神健康成效指標；
- v. 制定每年量度及呈報服務標準及臨床成效的機制；
- vi. 委託機構進行獨立的醫管局病人滿意度調查，評估精神病人對醫管局服務的評價，並制訂服務改善基準。

目標 2 — 為及早識別潛在精神病患者並作出治療及護理（包括病人自我管理），醫院管理局將會：

- i. 視乎可用資源，擴闊「思覺失調服務計劃」的年齡範圍，及早為患有思覺失調的年青及成年人進行評估；
- ii. 增撥資源擴展及加強香港大型醫院急症室的精神科諮詢會診服務，以辨識、支援及治理有精神病症狀的病人；

- iii. 大幅縮短精神科專科門診的診症預約輪候時間；
- iv. 與基層醫生合作制訂治療常規，以便及早識別一般精神病患，並提供治療及護理；
- v. 參照醫管局的患者自強計劃，開發新的資源加強精神病預防、精神健康教育及管理，增加對病人及照顧者的支援；
- vi. 與社會福利署及非政府機構合作制訂治療常規、培訓課程及溝通計劃，以支援非醫療專業人員處理社區內的精神疾病。

目標 3 — 為於可行情況下在基層醫療體系為一般精神病患者提供治療及護理，醫院管理局將會：

- i. 研訂跨專業精神健康專科服務團隊在社區所需的資源，為醫管局家庭醫學專科診所及普通科門診診所的基層醫療團隊提供資訊、臨床支援和建議；
- ii. 將臨床常規標準及協定治療指引推展至家庭醫學專科診所及普通科門診診所，包括更新及擴展藥物名冊，以便病人加深了解及依從程序；
- iii. 在相關組織支援下，建立跨專業精神健康專科服務團隊、私家精神科醫生與基層醫生合作的框架，以發展在私營基層醫療體系治理一般精神病患者；
- iv. 在跨專業精神健康專科服務團隊支援下，在基層醫療就某些一般精神病患提供認知及其他心理治療。

目標 4 — 為進一步發展及擴展社區精神健康醫護團隊，醫院管理局將會：

- i. 在所有醫院聯網聘請個案經理，為所有適合在社區接受治療的嚴重精神病患者推行綜合個案管理計劃，並由經適當訓練的人員透過醫管局 24 小時精神健康熱線提供支援；
- ii. 發展個案管理模式，並遵照個人資料私隱指引應用個人電子健康記錄，加強住院及社區護理服務的融合及互通；
- iii. 設立激勵機制，吸引和挽留社區內的精神健康專才；
- iv. 試行跨專業社區精神健康專科服務團隊，並與第 11 段所述的社會福利署的精神健康綜合社區中心聯繫，在社區提供全面的精神科及精神健康服務；
- v. 由外間機構對精神科日間醫院服務進行檢討，建議最合適的醫院日間精神科護理模式。

目標5 — 為重整住院及醫院門診服務，提供新的治療環境，醫院管理局將會：

- i. 以跨專業護理為基礎，推行新的專科門診模式，以改善輪候及診症時間、服務靈活度（特別是夜間診所）及服務範圍；
- ii. 就專科門診診所進行全面翻新計劃，設立範圍較細但對病人更方便的臨床區域，並按不同治療類別劃分區域，例如分設情緒障礙及精神病診所；
- iii. 進行精神科住院病房翻新計劃，提供安全、舒適的家居式環境，加強病人治療；
- iv. 研究為特別嚴重精神病人設立精神科深切護理部的效益和需要；
- v. 進一步制訂人力方案及職員培訓計劃，以便從制約及管理式的護理轉型至現代化及個人化的護理；
- vi. 為住院病人提供全面身心社交及健康計劃，促進病者家人及照顧者的參與及加強對他們的支援。

目標6 — 為加強與醫管局外支援殘疾及復康機構的合作，醫院管理局將會：

- i. 加強醫管局及社會福利署 / 非政府機構聯繫小組的工作，改善服務協調，特別支援非政府機構為精神病人提供復康及工作機會，致力使非政府機構成為復康服務的協調者及主要提供者；
- ii. 與所有相關方面合作，包括法定機構及非政府機構，致力消除精神病標籤化，加強公眾對精神健康的認知；
- iii. 支援社會福利署發展精神科長期護理院舍發牌制度，關注有長期精神健康需要的人士，特別是曾經長期住院的病人；
- iv. 與相關公共房屋提供機構合作，制訂新的住宿安排，讓長期嚴重精神病人可居於社區。





第一部分 綜論



4. 引言

過去數十年，全球的精神健康服務經歷重大變化。除少數情況外，大部分地區的醫療體系均逐步減少對精神科住院服務的依賴，轉而加強社區精神科及基層醫療服務^{1, 2}。病人長年累月在大型精神病院接受治療的時代已成過去，取而代之是現代化的精神健康服務計劃。新計劃強調及早介入、積極治療，重點在有復發及住院風險的個案^{3, 4, 5}。我們尊重病人的個人需要及將他們視為醫護過程的夥伴^{6, 7, 8, 9}，過往以住院為主的精神科服務已逐步轉為以社區為本的治療模式，提供個人化照顧，使病者在經歷急性發病後能夠復原，而長期病患者亦能逐漸重過普通人的生活。

香港醫院管理局參考了醫護界、社會福利界、基層及專科精神健康服務提供者的意見，並在其協助下，制訂了首份成年人精神健康服務計劃。整個過程由醫管局的精神健康服務計劃工作小組負責，小組聯任主席為聯網服務總監張偉麟醫生及策略發展總監羅思偉醫生¹⁰。工作小組亦得到本港其他精神健康專家及兩位海外專家顧問的協助，包括來自英國倫敦的精神科顧問醫生 Frank Holloway 及來自澳洲昆士蘭精神健康研究中心的 Harvey Whiteford 教授¹¹。工作小組在 2009 年底進行了實地考察，與 80 多名專業人員會面，另於 2009 年 11 月舉辦了工作坊及研討會，有超過 140 名不同界別的醫護人員參與，反應熱烈。此外，本服務計劃在制訂過程中亦曾參考大量文獻，主要參考資料載於附錄的參考書目內。

¹ Mental Health Network. (2009). *Fact sheet: Key facts and trends in mental health*. London: The NHS Confederation.

² Killaspy, H., Johnson, S., King, M. & Bebbington, P. (2008). Developing mental health services in response to research evidence. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 17(1): 47-56.

³ Department of Health (2009). *New Horizons: Towards a shared vision for mental health: Consultation*. London.

⁴ Killaspy, H., Johnson, S., King, M. & Bebbington, P. (2008). Op cit.

⁵ Mental Health Network. (2009). Op cit.

⁶ Department of Health. (2009). Op cit.

⁷ Royal College of Psychiatrists, Academy of Medical Royal Colleges. (2009). *No Health without Mental Health: The Alert Summary Report*. London.

⁸ Sainsbury Centre for Mental Health. (2009). *Implementing Recovery: A new framework for organisational change*. London.

⁹ Mental Health Network. (2009). Op cit.

¹⁰ 見附錄一：醫院管理局精神健康服務計劃工作小組。

¹¹ 見附錄二：外聘顧問。

醫管局已就這份精神健康服務計劃進行廣泛諮詢，向各持份者、政府部門、非政府機構、專業人員、病人組織及其他有關團體徵集意見¹²。



5. 2010-2015 年精神健康服務計劃的範疇

這份成年人精神健康服務計劃將會成為醫管局未來五年成年人精神科服務的藍圖。醫管局將服務計劃的範疇限於本身所負責的精神健康服務。這是一項臨床服務計劃，並非香港的精神健康服務政策，探討的範疇不包括整體精神健康服務發展，亦不涉及公共衛生、私營服務，或政府、非政府機構及獨立界別的角色¹³。然而，由於醫管局是香港精神健康服務的主要提供者之一，我們的著眼點仍是整體香港精神健康服務的考慮。

這份計劃的討論範圍限於成年人精神健康服務。有關兒童、青少年與長者的精神健康服務目前仍在討論階段中。

醫管局精神健康服務計劃工作小組的職權範圍：

- 檢討市民現時對醫管局精神健康服務的需要及預計未來的發展；
- 制定策略及服務優先次序，以應付未來五年可能會出現的迫切需求；
- 就未來的服務模式提出建議，加強精神健康服務的質素和成效。

¹² 見附錄六：精神健康服務計劃擬稿諮詢。

¹³ 見附錄五：「香港精神科醫學院就精神健康政策向食物及衛生局提交的報告」（2007年11月）。

6. 釋義

文獻以及醫療及精神健康專業領域中使用的精神健康用語，差異很大。本文件中我們使用了以下用語¹⁴：

精神病和精神障礙 二詞互通使用，指某人的病徵符合診斷標準，有必要尋求治療。

精神健康問題 指某人的症狀未符合診斷標準，但可及早介入。

精神健康服務 指由具備認可專科技能的醫護人員為精神病患者及有精神健康問題人士提供的治療服務。

嚴重精神病 由三項因素界定 — 診斷結果、持續期間及殘障程度。某些病例，如精神分裂及其他重性精神病，一般會自動歸類為嚴重精神病；然而，所有精神障礙均可能對患者有極端影響，而被界定為嚴重類別。

一般精神障礙 指常見及高發病率的精神病，一般指情緒病，例如焦慮症及抑鬱症。可是，一般精神病患者或有複雜需要，因而發展為嚴重精神病。

複雜需要 指病人臨床護理外的其他需要，例如社會福利及 / 或住屋等。病情不屬嚴重的精神病患者亦可有複雜需要，反之亦然。

精神科服務 指由具備認可精神專科培訓及資格的醫生所提供的服務。

基層醫療 指醫療系統的最基層，是個人和家庭在求診過程中首個接觸點。在香港，這些服務由醫院管理局普通科門診的醫生、家庭醫學專科診所的專科醫生及普通科私家醫生提供。

基層醫療環境 指提供基層醫療服務的地方，病人可透過基層醫療進一步獲取專科服務。

¹⁴ 技術詞彙由澳洲昆士蘭大學人口健康學院精神病學和人口健康學的 Harvey Whiteford 教授提供。

An aerial photograph of a wide, turquoise-colored river meandering through a dense forest. The forest is in peak autumn, with many trees displaying bright yellow and orange foliage, interspersed with dark green evergreens. The river's water is a striking milky blue-green, contrasting sharply with the surrounding forest. The banks are rocky and uneven, with some small islands and peninsulas in the water.

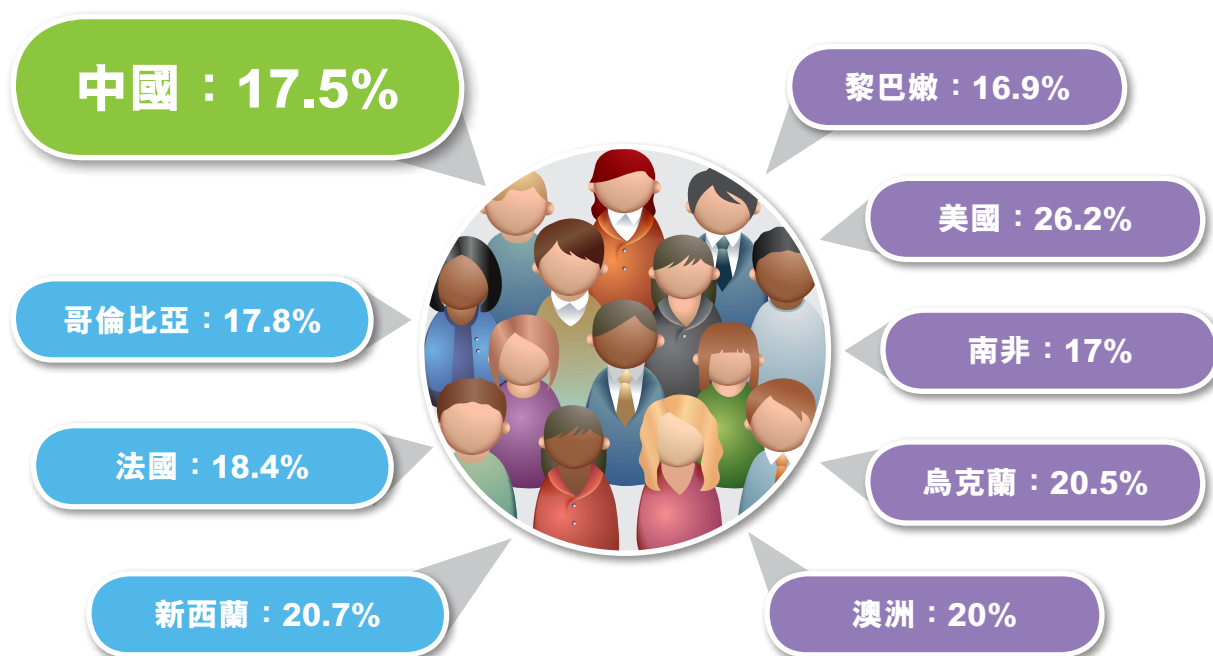
第二部分 背景及近期發展

7. 香港精神健康服務的需求

患有精神障礙的人數

雖然香港並無進行大型的流行病學調查，以評估現時精神健康服務的需求，但我們亦可以根據全球的數據推測香港的情況。全球有4億5千萬人患有精神或神經障礙，其中1億5千萬人患有抑鬱症、2,500萬人患有精神分裂、9,000萬人有濫藥或酗酒問題¹⁵。一般估計，患有精神障礙的數目是平均人口的約15%至25%；患嚴重精神病的則介乎1%至3%¹⁶。香港人口約690萬，按全球數字推算，估計香港約有100萬至170萬人患有精神障礙，而當中約有7萬至20萬人患有嚴重精神病。香港約有4萬人經診斷患上精神分裂，其中約半數於未來數年會集中在社區接受護理。世界各地的精神健康服務提供者發現，過於倚賴住院服務難以有效切合人口的需要。

下圖顯示部分國家患有精神障礙的人口百分比¹⁷：

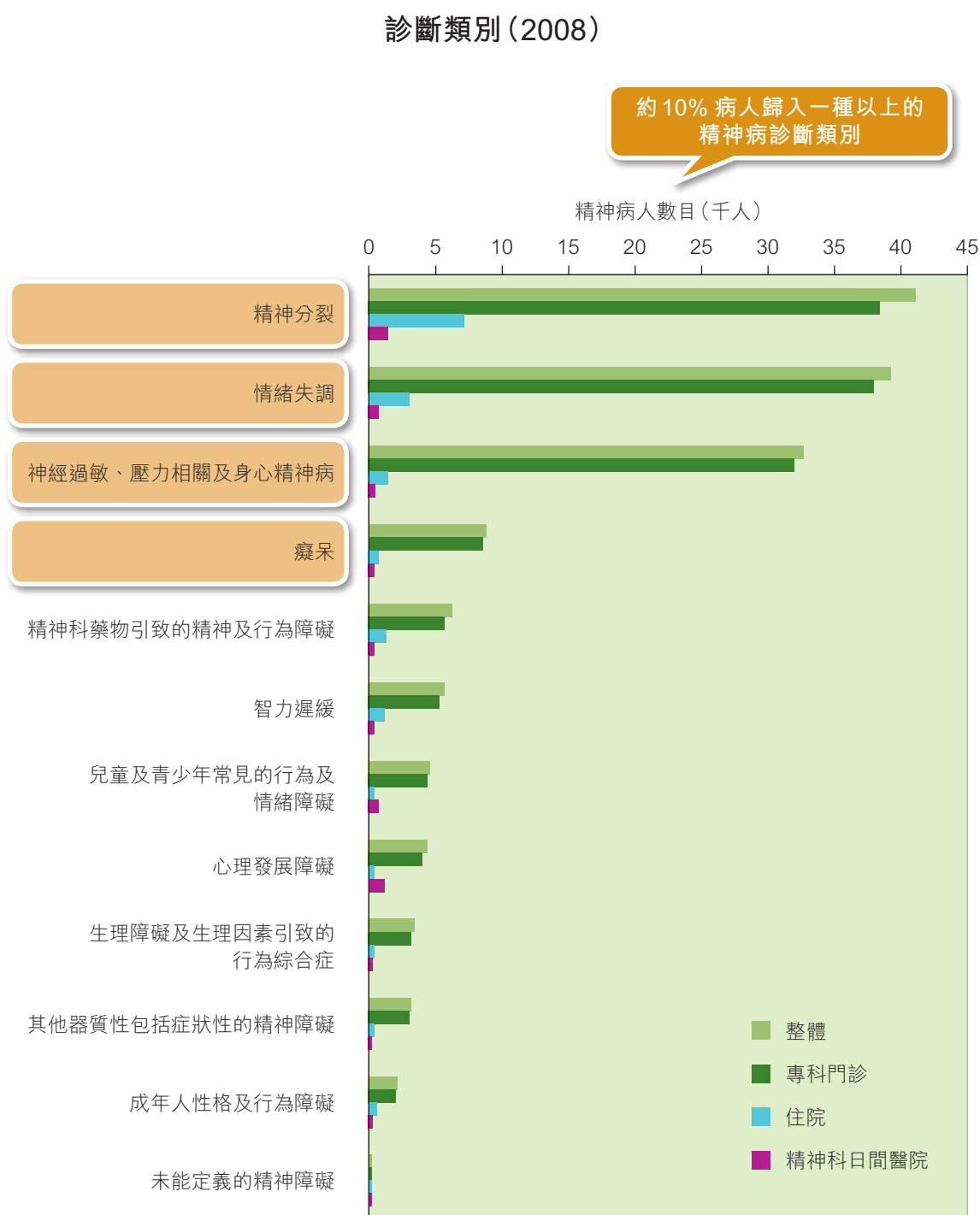


¹⁵ WHO (2003). *Investing in Mental Health*. (p.8). Geneva.

¹⁶ 同上。頁8。

¹⁷ WHO (2009). *Addressing Global Mental Health Challenges*. Geneva.

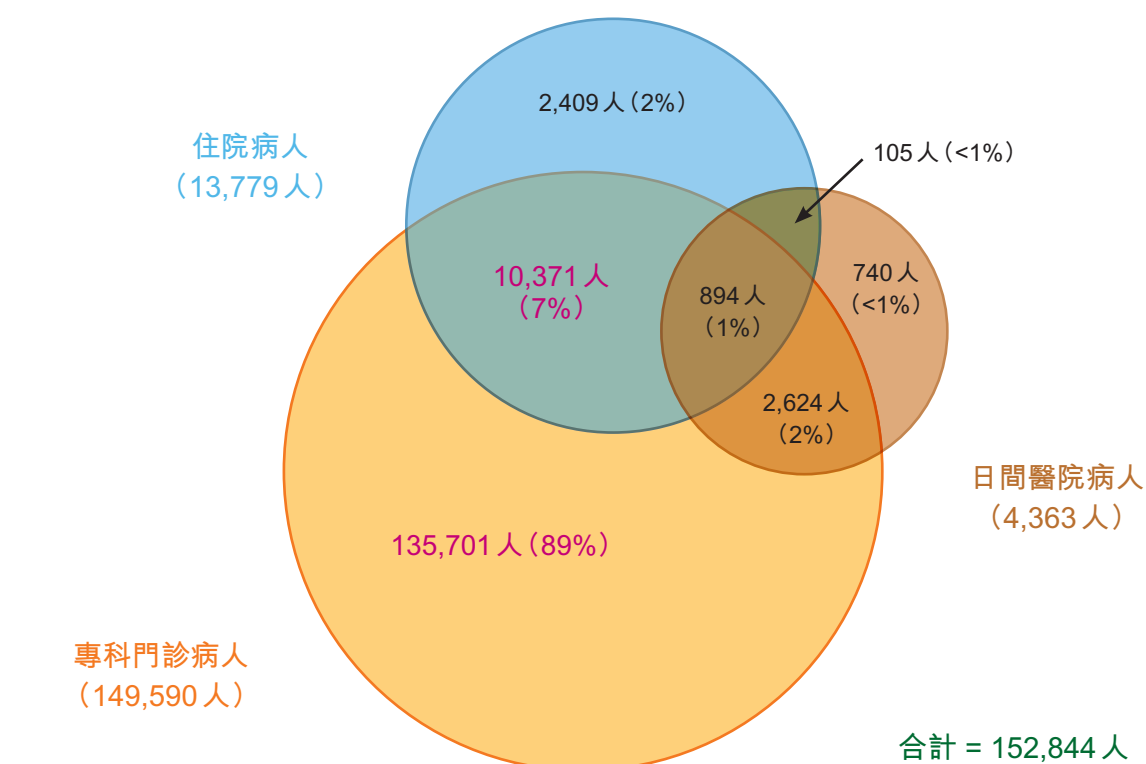
下表列出使用醫管局各類精神科服務的病人數目：



資料來源：醫管局策略發展部統計及人力規劃組

下圖列出香港三種主要精神科服務（住院、門診及日間醫院服務）的使用量：

精神科服務使用情況（所有年齡組別，2008 年）



資料來源：醫管局策略發展部統計及人力規劃組

精神病負擔

精神病是現時全球患者數目最多的引致殘疾的疾病^{18, 19}，這是因為不少患者都是年青人，而他們可能要與精神病搏鬥多年。世界衛生組織計算「殘疾調整生命年數」(DALY)²⁰的方法如下：

生命損失年數 + 活於殘疾的生命年數

按「殘疾調整生命年數」計算，精神障礙是人口中一個主要的疾病負擔。

下表列出2004至2030年由不同疾病或傷害引致的「殘疾調整生命年數」的排名，其中抑鬱性精神病將成為全球最主要的「殘疾調整」的疾病²¹。

2004 年 疾病或傷害	佔「殘疾 調整生命 總年數」 百分比	排名		排名	佔「殘疾 調整生命 總年數」 百分比	2030 年 疾病或傷害
下呼吸道感染	6.2	1		1	6.2	單極性憂鬱症
腹瀉	4.8	2		2	5.5	缺血性心臟病
單極性憂鬱症	4.3	3		3	4.9	道路交通意外
缺血性心臟病	4.1	4		4	4.3	腦血管病
人類免疫力缺乏病毒 / 愛滋病	3.8	5		5	3.8	慢性阻塞性肺病
腦血管病	3.1	6		6	3.2	下呼吸道感染
早產及出生體重偏低	2.9	7		7	2.9	成人型聽力損失
新生嬰兒窒息及出生創傷	2.7	8		8	2.7	屈光不正
道路交通意外	2.7	9		9	2.5	人類免疫力缺乏病毒 / 愛滋病
新生嬰兒感染疾病及其他	2.7	10		10	2.3	糖尿病
慢性阻塞性肺病	2.0	13		11	1.9	新生嬰兒感染疾病及其他
屈光不正	1.8	14		12	1.9	早產及出生體重偏低
成人型聽力損失	1.8	15		15	1.9	新生嬰兒窒息及出生創傷
糖尿病	1.3	19		18	1.6	腹瀉

全球十種主要殘疾成因，2004及2030 年

¹⁸ WHO (2003). *Investing in Mental Health*. (p.8). Geneva.

¹⁹ Thornicroft, G., & Tansella M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: Overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*, 185, 283-290.

²⁰ Friedli, L., Jenkins, R., McCulloch, A. & Parker, C. (2002). *Developing a National Mental Health Policy*. (pp. 15-22). UK: Psychology Press.

²¹ WHO (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. (p. 51). Geneva.

近年於社會大眾已認識到精神病所造成的經濟及社會負擔。倫敦著名獨立健康機構 King's Fund 於 2008 年發表一項名為《支付代價：英國至 2026 年支付的精神健康護理費用》的大型研究指出「要不斷為處於就業年齡的失業精神病患者提供支援，協助他們重新投入工作」，同時指出應向各種精神病服務增撥資源，以減輕對經濟造成的負擔²²。

8. 醫院管理局現有的精神健康服務

作為香港精神科服務的主要提供者，醫院管理局的服務範圍包括住院設施、日間醫院、專科門診及社康外展服務。醫管局面對與日俱增的精神健康服務需求，壓力非常沉重。需求增加可能是由於大眾對精神健康問題加深認識、及早發現病患，以及基層醫療支援不足和社會經濟環境轉變。

住院接受治療病人數目

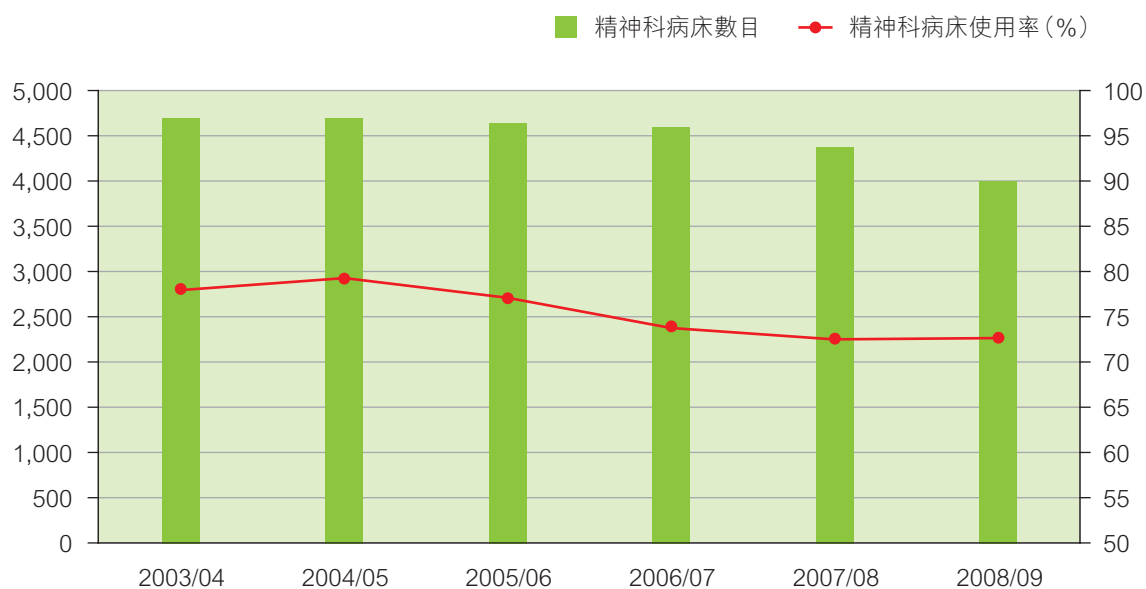


²² McCrone, P., Dhanasiri, S., Patel, A., Knapp, M., Lawton-Smith, S. (2008). *Paying the Price: The cost of mental health care in England to 2026*. (p. xxi) UK: King's Fund.

住院服務 住院接受醫管局精神科治療病人數目，由2003-04年的13,816人，增至2008-09年的15,887人。大部分住院病人都患有嚴重精神病，如精神分裂。除服務急性發病的病人外，精神科病床亦照顧有複雜需要並須在醫院接受較長期復康護理的病人。透過制訂各項社康計劃，我們可減低病人對病床的需求。過去五年，醫管局精神科病床由2003-04年的4,730張減至2008-09年的4,000張。雖然部分醫院的病床數量較為緊張，但使用率普遍仍維持於75%左右。（註：除另作說明外，第8及9段有關現有精神健康服務及服務現代化的統計數字均來自醫管局策略發展部統計及人力規劃組。）



精神科病床



過去四十年，除日本外，所有發展成熟的醫療體系都逐步削減精神科病床。現時，醫管局的精神科病床數目為每 10 萬人約 57 張，與其他發展成熟的醫療體系比例相若²³：

國家	2004 年每 100,000 人的病床數目	高峰期及每 100,000 人的病床數目
美國	77	(1955) 339
加拿大	193	(1965) 400
澳洲	39	(1965) 271
新西蘭	38	(1949) 約 500
日本	284	(1965) 133*
英國	58	(1955) 350
所有高收入國家	75	不適用
		* 未達到高峰

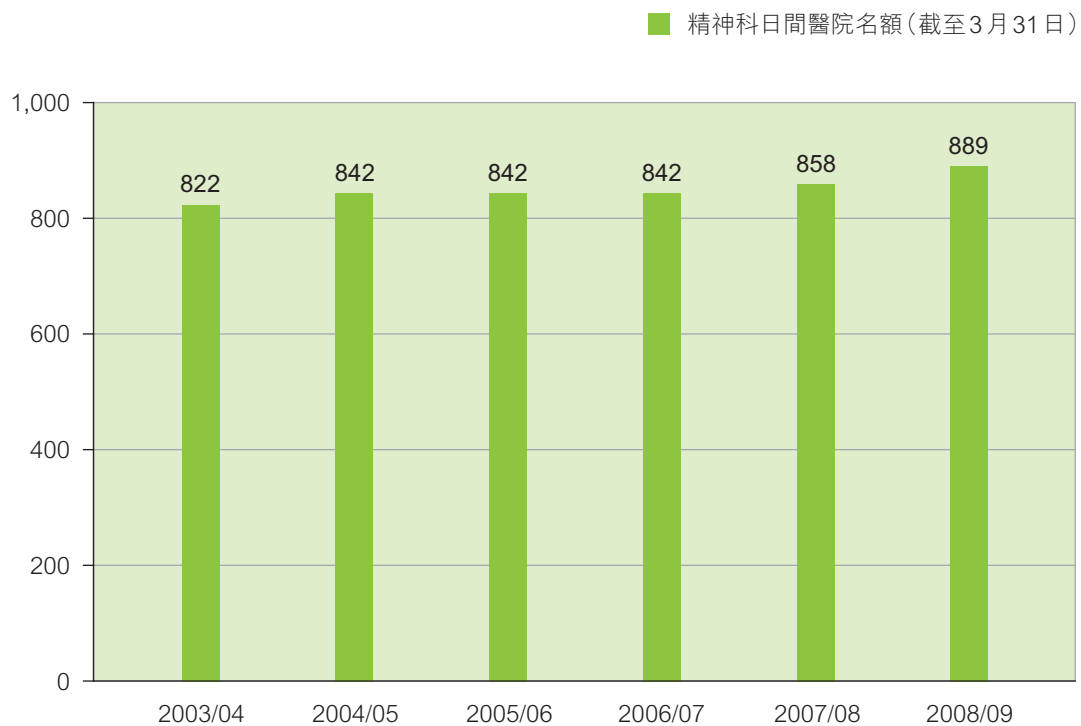
²³ Holloway, F., & Sederer, L. 'Inpatient Treatment', submission to Thornicroft, G., Szmukler, G., Mueser, K. & Drake, R. (2009) *Textbook of Community Mental Health*. Oxford University Press.

專科門診服務 公營醫療體系內的精神健康專科門診服務，是精神科治療最重要的環節之一。精神科門診為嚴重及一般精神病患者提供主要的非住院護理，亦是新症病人進入精神科醫療體系以獲取服務的切入點。精神科門診既為急性發病的患者提供治理，亦為病情轉趨穩定的病人覆診。在2008-09年，這些繁忙的門診診所共為647,864人次提供診症服務，當中26,747名為新症病人。自2003-04年起，精神科門診診所的工作量增加了19%。

	2003/04	2004/05	2005/06	2006/07	2007/08	2008/09
精神科專科門診新症病人求診人次	21,881	25,676	27,238	25,751	26,522	26,747
精神科專科門診覆診人次	521,562	551,089	578,717	589,332	601,653	621,117
精神科專科門診總求診人次	543,443	576,765	605,955	615,083	628,175	647,864
精神科專科門診病人數目	111,806	121,174	130,200	136,765	144,304	151,259

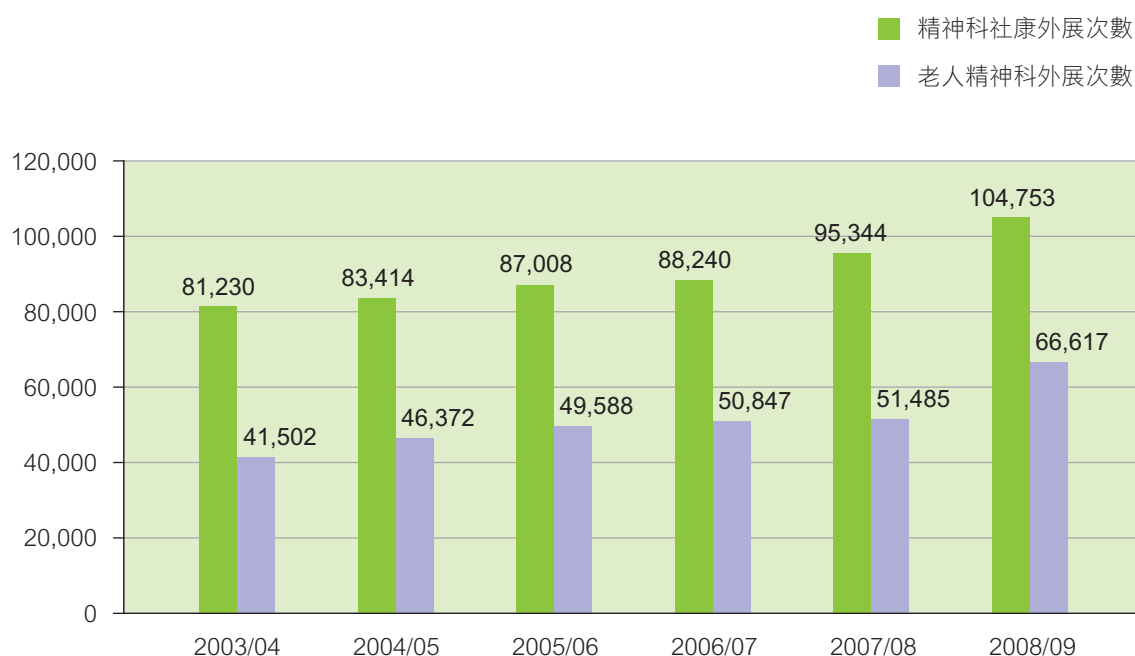
精神科日間醫院 精神科日間醫院為病人提供一系列的治療及復康服務，病人每周接受一定時數的治療。這種治療形式符合如引言所述之現時的精神科服務趨勢，強調在較少限制的環境提供護理。醫管局現時提供 889 個精神科日間醫院名額。與繁忙的精神科專科門診診所不同，精神科日間醫院的工作量一直保持平穩。

精神科日間醫院名額



社康服務 精神科社康服務是精神健康服務的第三大組成部分。隨著醫管局協助病人融入社區進行復康，以及精神科醫院不斷精簡規模，社康服務的角色日益重要。醫管局現時在全港提供聯網為本的精神科社康服務，除為成年人提供服務外，亦為需要特別護理的長者提供服務。隨著醫管局逐步將服務重點轉向社區，這方面的服務將需要進一步加強。

精神科社康服務



9. 2000-2009 年精神健康服務的現代化

醫管局意識到精神病的負擔與日俱增，自 2000 年初已展開改革，推行多項先導計劃。政府透過衛生福利及食物局以及後來的食物及衛生局（自 2007 年易名），在推動改革上擔當重要角色，而香港的精神健康服務自此亦有顯著的改變。



「思覺失調」服務計劃 這項先導計劃於2001年試行，目的是為年齡介乎15至25歲的初患精神病的年青人提供服務。計劃透過密集的宣傳教育，讓公眾認識到精神病的早期病徵，並提供便捷的評估服務及全面的介入治療。這計劃取得以下成果：

- 縮短思覺失調個案的「未治期」(從病癥出現至開始接受治療的時間)
- 減低自殺率
- 改善負面症狀



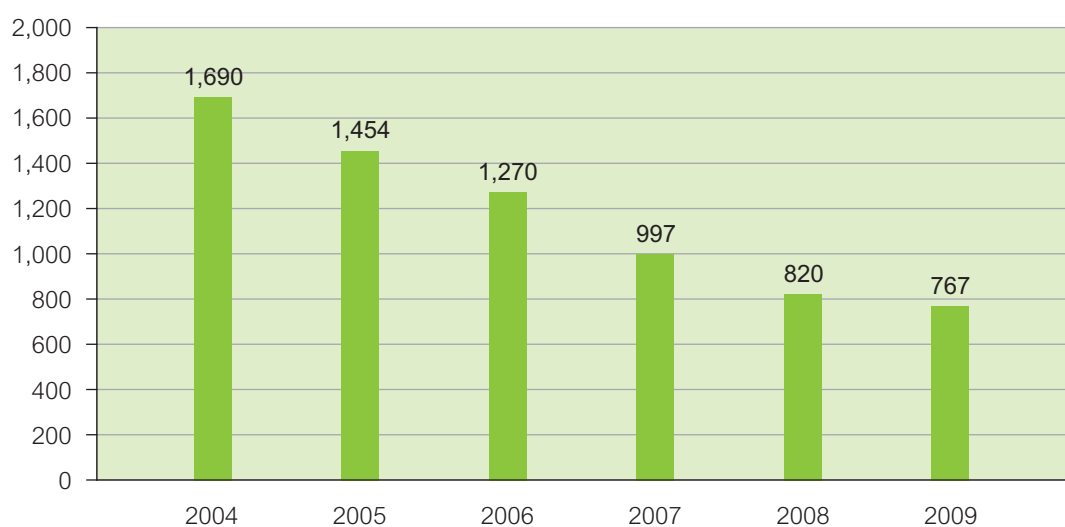
截至2008-09年度，醫管局共為11,359個個案進行了評估，並為5,546人提供治療。計劃的另一重大成果是消除對精神病的負面標籤和誤解。計劃命名為「思覺失調服務計劃」，令人感到精神病不再是高深莫測的疾病，而是可以治療的。此計劃的命名於2002年獲得國際傳播專業獎項(Gold Quill Award 2002, International Association of Business Communicators)。

「毅置安居計劃」醫管局在2001年審視精神科住院病人的情況時發現，醫院內有不少住院超過四年的「極長期住院病人」。為協助他們重新融入社區，計劃小組參考外國的成功例子，發現密集式的個案管理，配合家居式的治療環境，對長期住院病人的康復十分重要。因此，醫管局推行「毅置安居計劃」，將空置的宿舍裝修成家居環境，並提供密集式的復康服務，安置長期住院病人入住，協助他們重新融入社區。這項計劃至今取得以下成果：

- 讓918名長期住院病人出院
- 減少精神科住院病床的需求

精神科長期住院病人數目（一年或以上）

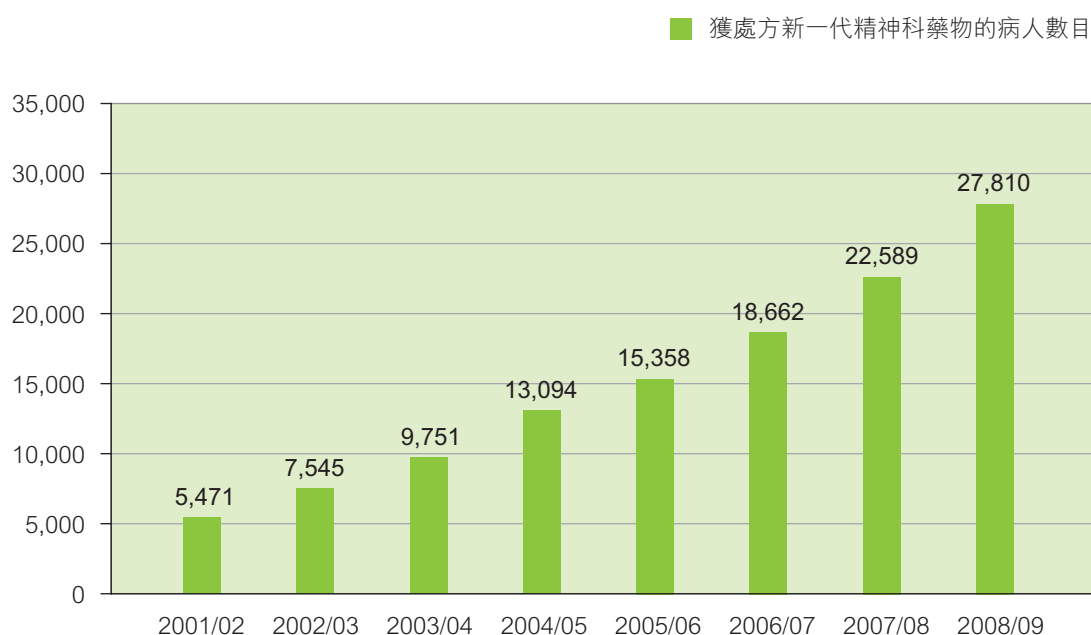
■ 精神科長期住院病人數目（一年或以上）（截至6月30日）



防止老人自殺計劃 長者容易感到抑鬱。在2006年，65歲以上長者的自殺率為每10萬人有26.4人，75歲以上為每10萬人有41.6人（75歲以上的男性為每10萬人有70.1人），同年全港的整體自殺率則為每10萬人有15.2人（世界衛生組織的數據）。像推行「思覺失調服務計劃」一樣，醫管局亦為長者推行一項辨識抑鬱症，並提供及早介入治療的服務計劃。透過公眾教育和社區參與，特別是政府機構夥伴的參與，醫管局於2002年推行防止老人自殺計劃。這項計劃至今透過精神科速治診所為37,391人次提供服務。

使用新一代抗精神病藥物 定期服藥是防止精神病復發的主要方法，新一代的抗精神病藥物療效與傳統藥物相若，但副作用較少。由於獲得新增撥款，醫管局可以為更多病人處方新藥物，受惠人數由2001-02年的5,471人，增至2008-09年的27,810人。

獲處方新一代精神科藥物的病人數目



其他新計劃 除上述計劃外，醫管局由 2006 年起亦在不同聯網推行其他創新的先導計劃。部分先導計劃仍在初步階段，醫管局會繼續監察及檢討計劃的成效。近期的項目包括：

- 社區精神健康協作服務
- 經常再入院病人服務計劃
- 急症室諮詢會診服務
- 私營護老院外展服務
- 出院病人康復支援計劃
- 分流診所
- 專職醫療診所

10. 目前精神健康服務的問題

過去三年，不同專家報告及工作小組就香港的精神健康服務提供了有用的概況資料^{24, 25, 26}。在此基礎上，醫管局精神健康服務計劃工作小組考慮了服務結構、過程及成效等因素，就未來五年精神健康服務的發展作出以下分析：

服務結構

住院及門診服務 香港的精神健康服務以醫院及專科門診服務為主²⁷。醫院的精神科服務質素優良，但資源不足，而且病人過多及過於依賴住院服務²⁸。同樣，專科門診診所亦是病人過多，輪候時間很長，診症時間卻很短。心理治療服務未見普及的情況亦值得關注。我們希望能收集更多資料，從而更了解服務的成效²⁹。



社康服務 近年一些創新的社康計劃相繼推出，但社區精神健康服務普遍人手不足，而且缺乏個案管理制度為病人提供持續護理³⁰。我們需要發展現代化的跨專業社康服務，並予以適當的激勵措施³¹。社會福利署及非政府機構在社康服務方面亦應擔當重要角色。

需要 / 需求評估 相比其他類似的醫療體系，香港投放於精神健康服務方面的醫療經費較少³²。根據醫管局在2007年進行的一項檢討，年青人及較年長人士的精神健康服務發展不足³³。精神健康服務的未來規劃應以香港的精神科流行病學趨勢為基礎³⁴。

²⁴ The Hong Kong College of Psychiatrists. (2007). *An Epidemiological Study to Evaluate the Prevalence of Major Mental Disorders and Unmet Needs in Hong Kong*. Hong Kong.

²⁵ The Hong Kong College of Psychiatrists. (2007). *Submission from the Hong Kong College of Psychiatrists to the Food and Health Bureau on Mental Health Policy in Hong Kong*. Hong Kong.

²⁶ Vine, R. & Grigg, M. (2007). *Review of Hong Kong Hospital Authority's Mental Health Services*. Hong Kong: Hospital Authority.

²⁷ 同上，頁3。

²⁸ 同上，頁9-10。

²⁹ 同上，頁16-17。

³⁰ 同上，頁20。

³¹ 同上，頁21。

³² 同上。

³³ 同上，頁11。

³⁴ The Hong Kong College of Psychiatrists. (2007). *Submission, etc.* (pp. 6 & 18).

服務過程

基層醫療 公營和私營的家庭醫學醫生及基層醫生在診斷及治理精神健康問題方面，所獲得的支援及培訓不多³⁵。由於長期護理的成本高昂，而病人沒有醫療保險或資源不足，很多私營病人都轉用醫管局的精神科服務，令醫管局的服務不勝負荷³⁶。專科門診難以控制工作量³⁷，亦難於將病人轉返（私營或公營）基層醫療體系。

負面標籤 在香港，精神病一直以來都被加上負面標籤³⁸。人們很多時不願求助，並對家人隱瞞病情，直至危機發生。社會大眾對精神健康的態度，也因為對公眾安全的考慮而有所改變。

輪候時間及住院期 相比其他類似的醫療系統，香港的精神病服務輪候時間及住院期較長。這不單令住院成本增加，病人較難離開醫院，長期住院病人（一年以上）更難以重投社區。透過一些新措施，例如毅置安居計劃和設立精神健康中心³⁹，我們希望減低病人對專科門診及住院的需求。



服務成效

服務成效資料不足 雖然現時不乏有關香港精神健康服務的資料，但卻缺乏有關服務質素，如成效（出院資料以外）、病人及照顧者對治療的感受，以及病人和員工滿意度等的數據。此外，現時亦比較缺乏關於預防性精神健康計劃、精神健康推廣及消除對精神病誤解方面的資料。

經濟損失 精神病人如諱疾忌醫，會導致其於工作缺勤或勉強帶病上班（上班但缺乏生產力），對香港造成重大經濟損失。透過及早介入和治療，可以減低這方面的經濟損失。

³⁵ The Hong Kong College of Psychiatrists. (2007). Op cit (p. 15) .

³⁶ 同上，頁7。

³⁷ Vine, R. & Grigg M. (2007). Op cit(p. 13) .

³⁸ The Hong Kong College of Psychiatrists. (2007). Op cit (pp.6-7) .

³⁹ 醫院管理局自2010年4月起設立聯網為本的精神健康診所，以加強精神科專科門診服務，並縮短非緊急病人的新症預約輪候時間。

11. 2009-2010 年施政報告⁴⁰


考慮各專家小組的意見後，政府在 2009-2010 年的施政報告中公布會在 2010-11 年推行精神健康的新訂 / 改善措施：

1. 對於嚴重精神病患者，醫管局會在個別地區推行個案管理計劃，並培訓醫護人員成為個案經理，為這些病人提供持續和個人化的深入社區支援。個案經理會透過在 2010-11 年於各區設立的精神健康綜合社區中心（見下文（3）段），與社會福利界的服務提供者建立聯繫。視乎這個新服務模式的成效及人手安排，醫管局將會在未來三年於全港逐步擴展此計劃；
2. 對於一般精神病患者，醫管局會促進轄下精神科專科門診與基層醫療的協作，為病人提供適當評估及治療服務。醫管局會加強一般精神病患者的評估服務，專科門診診所將集中治理病情複雜的病人。同時，醫管局會將病情較輕的病人轉往基層醫療繼續跟進。醫管局亦會向基層醫療提供支援，為這些病人提供綜合精神健康護理；
3. 繼 2009 年 3 月天水圍成立首間精神健康綜合社區中心，提供一站式的精神健康綜合社區服務後，政府計劃繼續發展這種綜合服務模式，透過改革現時由社會福利署資助的社區精神健康支援服務，在全港十八區設立精神健康綜合社區中心。這些中心將為已出院的精神病人、懷疑有精神健康問題的人士、病者家人 / 照顧者及區內居民，提供一系列精神健康服務⁴¹。中心亦會和醫管局的個案管理計劃互相配合，為社區內的嚴重精神病患者提供服務。

⁴⁰ 2009-2010 施政報告 (<http://www.policyaddress.gov.hk/09-10/chi/>)

⁴¹ 有關服務包括社區精神健康教育、日間訓練、職業治療的評估及訓練、小組訓練 / 活動、輔導、外展探訪，以及必要時直接聯絡醫管局，以獲得緊急的精神科診症服務。





第三部分

成年人精神健康服務 策略計劃

12. 新的策略方向（服務願景）

工作小組建議醫管局應為成年人的精神健康服務訂立新的願景。現今治療精神病人的服務模式以住院護理為主。

我們的願景：以個人需要為本，提供有效及協助病人復原的醫療服務。

醫管局的精神科服務，將盡量由以醫院精神科部門為主的服務，轉為於社區提供個人化的護理，希望病人感到被尊重，並為病人、其照顧者及家人提供適時、便捷及適切的支援。

新模式著重協助精神病患者復原，並對長期病患者提供支援。

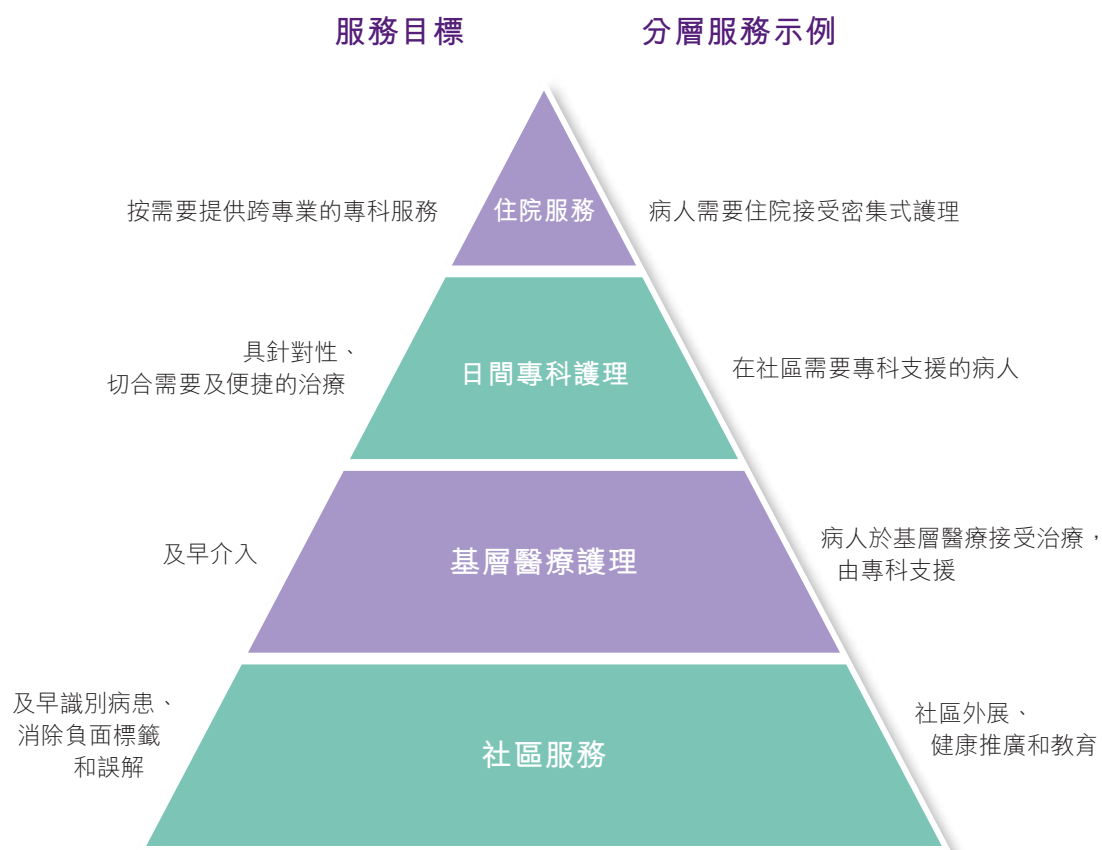
由於醫管局是香港精神健康服務的主要提供者，醫管局會採用人口為本的方式處理精神健康問題，強調預防及健康教育，以減低發病率，並不時留意有關香港精神病的流行病學研究。

精神健康服務新的策略方向符合醫管局一貫的願景、使命及核心價值⁴²。

⁴² 醫院管理局：《2009至2012年策略服務計劃》，香港：醫院管理局，2009年。

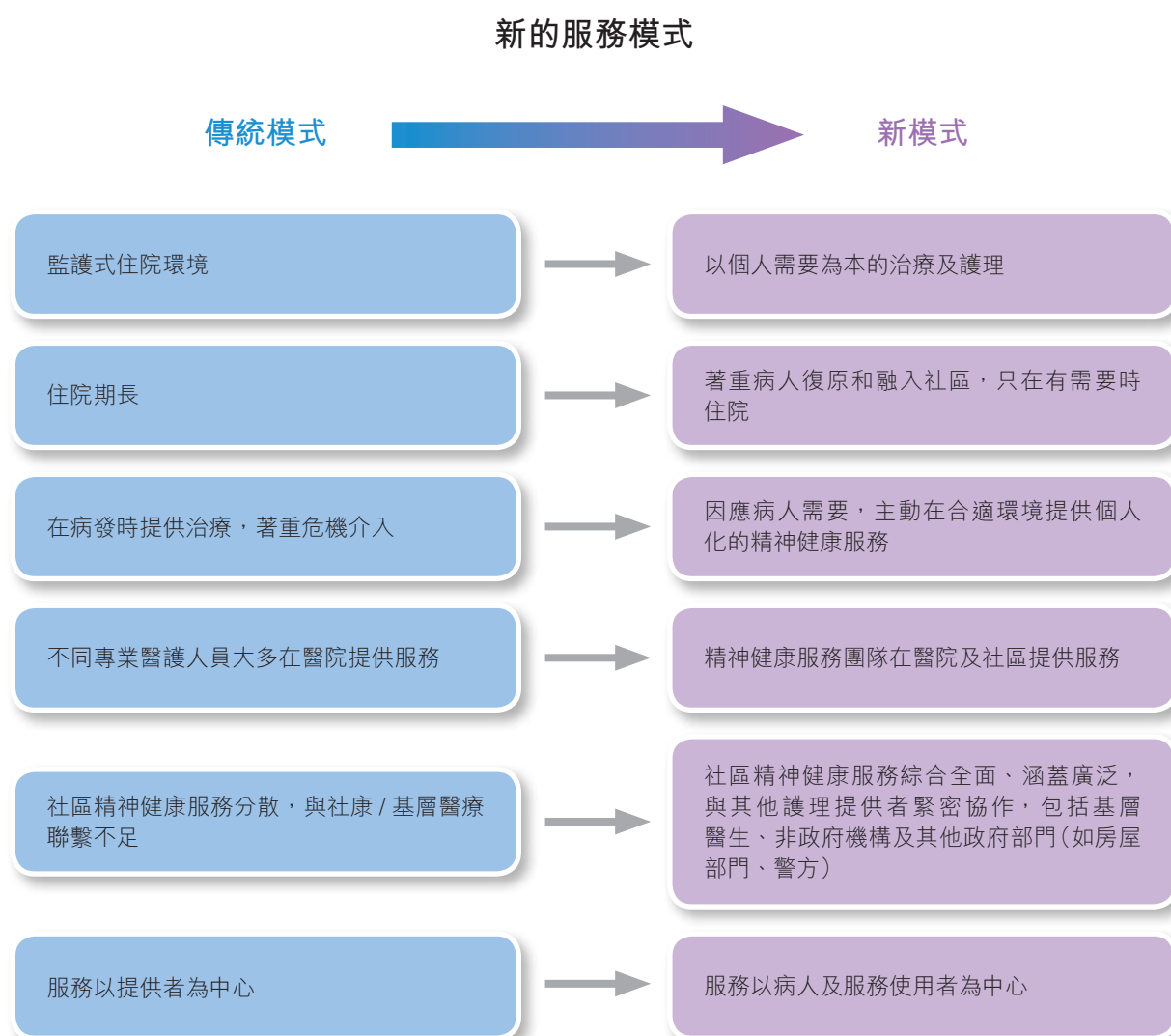
病情嚴重或有複雜需要的精神病人會獲安排在合適的醫院環境下接受密集及跨專業的專科護理服務；情況不太嚴重或需要較簡單的病人，如一般精神病患者，則會在其他環境（尤其是基層醫療）獲得專科支援。總括而言，我們將因應病人的需要提供適切的服務⁴³。

服務金字塔



⁴³ 醫院管理局。這是參考 2007 年「香港精神科醫學院就精神健康政策向食物及衛生局提交的報告」，見附錄五。

此外，服務會採用以下的新模式：



為從現時高效率的精神病管理模式轉型，我們應要明白精神科及精神健康服務的醫護人員往往須在十分困難的環境下執行大量工作，他們的工作非常忙碌，須應付龐大的病人數量、服務量及緊密的程序。由於病人數目眾多，現今的醫護模式無可避免以住院護理為主，並且傾向一種規避風險的管理文化。儘管如此，醫護人員仍一直緊守崗位，致力為病人提供高質素的個人化服務。然而，醫療系統未能容許醫護人員提供他們理想中以病人為中心的服務，可是現時的病人卻有權期望獲得這種服務。此外，現有的制度亦沒有充分照顧醫護人員的精神健康。

提供以病人為中心的治療及復康服務，在醫療、倫理、社會及經濟方面都具充分理由：

- **復原而非維持病情穩定：**藥物及認知療法的發展，令很多精神病患者可以完全復原，或者起碼回復最佳的健康狀態^{44, 45}。
- **共同護理：**根據現代化的自我管理及以個人為中心的護理概念，病人已不再視為被動的服務接受者，而是主動的健康合作夥伴^{46, 47, 48, 49}。
- **疾病負擔：**鑑於精神病患者的數目顯著及持續地增加，支援精神病的預防、及早識別及治療對維持一個健康的社會十分重要^{50, 51, 52}。
- **生產力損失：**除非能提供有效的精神健康服務，否則精神病導致的殘障及精神病年輕化，會令生產力損失日趨嚴重^{53, 54}。

⁴⁴ Department of Health (2009). *New Horizons: Towards a shared vision for mental health: Consultation*. London.

⁴⁵ Sainsbury Centre for Mental Health. (2009). *Implementing Recovery: A new framework for organisational change*. London.

⁴⁶ Care Quality Commission. (2009). *Mental health acute inpatient service user survey 2009*. (2009). London.

⁴⁷ Care Quality Commission. (2009). *National NHS patient survey programme: Mental health acute inpatient service users survey 2009*. London.

⁴⁸ Department of Health and Ageing. (2009). *Fourth National Mental Health Plan: an agenda for collaborative government action in mental health 2009-2014*. Commonwealth of Australia.

⁴⁹ The Future Vision Coalition. (2009). *A future vision for mental health*. UK.

⁵⁰ Department of Health and Ageing. (2009). *Fourth National Mental Health Plan*, etc.

⁵¹ Mental Health Network. (2009). *Fact sheet: Key facts and trends in mental health*. London: The NHS Confederation.

⁵² 參見本報告的第 18 頁。

⁵³ Royal College of Psychiatrists, Academy of Medical Royal Colleges. (2009). *No Health without Mental Health: The Supporting Evidence*. London.

⁵⁴ King's Fund. (2008). *Op cit* (p. xxi).

13. 策略成果(要達致甚麼)

工作小組建議醫管局應在未來五年達致精神健康服務的五項成果。醫管局的目標，是在2015年實踐以下五項策略成果：

1. 醫管局將提供高質素的精神健康服務，能適時、便捷及適切地配合病人、照顧者以及家人的需要；
2. 精神健康服務使用者將在更多方面與醫管局建立夥伴關係，參與制定其護理計劃；服務使用者及其照顧者並可參與設計及發展服務；
3. 精神健康服務的目的，是促使病人痊癒或協助他們處理病情，讓他們可以重過開心、充實的生活。如有需要，服務團隊會根據對患者的評估，以個案管理方式提供個人化的精神健康服務；
4. 精神病對患者、其家人及照顧者均帶來沉重的壓力。醫管局會和醫護夥伴緊密合作，對患者、其照顧者及家人提供支援；
5. 精神健康服務應盡量在輕鬆、舒暢的環境下提供。醫院會盡可能佈置成家居模樣，改善治療環境及病人護理質素。如病人需要住院，醫院會盡量配合他們的需要，以維持其個人習慣及延續其生活方式。



14. 策略目標（向何處邁進）

工作小組制訂了六個主要長遠策略目標，以實現精神健康服務的願景和未來成果。六個主要目標為：

1. 發展高質素及成效為本的精神健康服務

醫管局的精神健康服務一直維持高效率，在不同護理環境治理大量病人，並將重點放於預防病發及疾病管理。未來的重點將會是提供個人化服務，顧及病人尊嚴、個人意願和能力，並著重服務質素，以復原、回復最佳狀態及康復為主要成效指標。醫管局應致力與病人和照顧者建立夥伴關係，並為精神健康服務的主要範疇設定服務標準、服務指引、成效指標以及呈報的方式。

2. 致力及早識別潛在精神病患者並作出治療及護理（包括自我管理）

為了解疾病造成的負擔，醫管局將繼續委託機構進行有關精神病負擔的流行病學研究。為發展金字塔式的護理，我們需大大加強及早辨識、治療及支援精神病患者，包括一般精神病患者。為此，我們需擴展現時的精神病及早評估服務及公眾健康教育活動，以助消除對精神病的負面標籤，並鼓勵患者及早求助。

3. 於可行情況下在基層醫療體系為一般精神病患者提供治療及護理

一般精神病患者可以及應該在基層醫療體系接受治療及護理，並在有需要時獲得適當的專科護理。為此醫管局應建立妥善的共同護理模式，由精神科醫生提供支援，並與基層醫生合作，為一般精神病患者進行評估及治療。

4. 進一步發展及擴展社區精神健康醫護團隊



現時大部分精神健康服務是在醫院提供。為減輕醫院的工作量，我們需進一步在社區發展專科護理，著重設立跨專業社區精神健康服務。社康服務應由精神健康專業人員提供，並與醫院、基層醫療醫生、社會福利服務及非政府機構、房屋部門及警方密切合作。

5. 重整住院及醫院門診服務，提供新的治療環境

醫院精神科服務將由本來提供多數服務，演變成集中為嚴重及複雜精神病患者提供服務，並採用個案管理模式。這樣，我們亦可為一些有複雜或特殊需要的病人，發展其他醫院專科服務，更可發展與病人或照顧者議定的個案管理模式，在住院、門診、社區及家居環境推行。

6. 與醫管局以外支援殘疾及復康的機構加強合作

社會福利署及非政府機構是精神健康復康服務的重要提供者。醫管局應致力確保局內及局外服務（特別是社會福利署和非政府機構）有更佳協調，為有需要人士提供均衡全面的照顧。醫管局也應充分利用資源，支援精神病患者及其照顧者，改善協調及避免服務重疊。



15. 優先項目（要做些甚麼）

為達致各項目標，醫管局需要推行多項行動措施及優先項目。這些措施的暫擬推行時間表載於下文第 17 段，現撮列如下。

目標 1 — 為發展高質素及成效為本的精神健康服務，醫院管理局將會：

- i. 成立精神健康服務使用者小組，以收集意見並作為參考；
- ii. 制訂精神健康服務住院、專科門診及社康服務質素標準；
- iii. 就精神健康專科服務制訂臨床常規標準及協定治療指引；
- iv. 根據國際認可指標，制定一套醫管局通用的精神健康成效指標；
- v. 制定每年量度及呈報服務標準及臨床成效的機制；
- vi. 委託機構進行獨立的醫管局病人滿意度調查，評估精神病人對醫管局服務的評價，並制訂服務改善基準。



目標 2 — 為及早識別潛在精神病患者並作出治療及護理（包括病人自我管理），醫院管理局將會：

- i. 視乎可用資源，擴闊「思覺失調服務計劃」的年齡範圍，及早為患有思覺失調的年青及成年人進行評估；
- ii. 增撥資源擴展及加強香港大型醫院急症室的精神科諮詢會診服務，以辨識、支援及治理有精神病症狀的病人；
- iii. 大幅縮短精神科專科門診的診症預約輪候時間；
- iv. 與基層醫生合作制訂治療常規，以便及早識別一般精神病患，並提供治療及護理；
- v. 參照醫管局的病人自強計劃，開發新的資源加強精神病預防、精神健康教育及管理，增加對病人及照顧者的支援；
- vi. 與社會福利署及非政府機構合作制訂治療常規、培訓課程及溝通計劃，以支援非醫療專業人員處理社區內的精神疾病。

目標3 — 為於可行情況下在基層醫療體系為一般精神病患者提供治療及護理，醫院管理局將會：

- i. 研訂跨專業精神健康專科服務團隊在社區所需的資源，為醫管局家庭醫學專科診所及普通科門診診所的基層醫療團隊提供資訊、臨床支援和建議；
- ii. 將臨床常規標準及協定治療指引推展至家庭醫學專科診所及普通科門診診所，包括更新及擴展藥物名冊，以便病人加深了解及依從程序；
- iii. 在相關組織支援下，建立跨專業精神健康專科服務團隊、私家精神科醫生與基層醫生合作的框架，以發展在私營基層醫療體系治理一般精神病患者；
- iv. 在跨專業精神健康專科服務團隊支援下，在基層醫療就某些一般精神病患提供認知及其他心理治療。



目標4 — 為進一步發展及擴展社區精神健康醫護團隊，醫院管理局將會：

- i. 在所有醫院聯網聘請個案經理，為所有適合在社區接受治療的嚴重精神病患者推行綜合個案管理計劃，並由經適當訓練的人員透過醫管局24小時精神健康熱線提供支援；



- ii. 發展個案管理模式，並遵照個人資料私隱指引應用個人電子健康記錄，加強住院及社區護理服務的融合及互通；
- iii. 設立激勵機制，吸引和挽留社區內的精神健康專才；
- iv. 試行跨專業社區精神健康專科服務團隊，並與第11段所述的社會福利署的精神健康綜合社區中心聯繫，在社區提供全面的精神科及精神健康服務；
- v. 由外間機構對精神科日間醫院服務進行檢討，建議最合適的醫院日間精神科護理模式。

目標5 — 為重整住院及醫院門診服務，提供新的治療環境，醫院管理局將會：

- i. 以跨專業護理為基礎，推行新的專科門診模式，以改善輪候及診症時間、服務靈活度（特別是夜間診所）及服務範圍；
- ii. 就專科門診診所進行全面翻新計劃，設立範圍較細但對病人更方便的臨床區域，並按不同治療類別劃分區域，例如分設情緒障礙及精神病診所；
- iii. 進行精神科住院病房翻新計劃，提供安全、舒適的家居式環境，加強病人治療；
- iv. 研究為特別嚴重精神病人設立精神科深切護理部的效益和需要；
- v. 進一步制訂人力方案及職員培訓計劃，以便從制約及管理式的護理轉型至現代化及個人化的護理；
- vi. 為住院病人提供全面身心社交及健康計劃，促進病者家人及照顧者的參與及加強對他們的支援。

目標6 — 為加強與醫管局外支援殘疾及復康機構的合作，醫院管理局將會：

- i. 加強醫管局及社會福利署 / 非政府機構聯繫小組的工作，改善服務協調，特別支援非政府機構為精神病人提供復康及工作機會，致力使非政府機構成為復康服務的協調者及主要提供者；
- ii. 與所有相關方面合作，包括法定機構及非政府機構，致力消除精神病標籤化，加強公眾對精神健康的認知；
- iii. 支援社會福利署發展精神科長期護理院舍發牌制度，關注有長期精神健康需要的人士，特別是曾經長期住院的病人；
- iv. 與相關公共房屋提供機構合作，制訂新的住宿安排，讓長期嚴重精神病人可居於社區。



16. 2015 年的精神健康服務

這份成年人精神健康服務計劃旨在於 2015 年或之前改進精神健康服務，以達到預期的目標。

到了 2015 年，我們希望香港市民能更加了解及接受精神病，並相信這個病症是可以有效治療的。市民若更能認識病發的原因，必然能更有效的預防自己、家人和朋友患上精神病。

到 2015 年，醫管局將更了解精神病在香港的情況以及它對經濟和社會的影響，並針對需要提供一系列有效的服務，包括透過跨專業社區精神健康團隊提供基層醫療服務，以至醫院的專科服務等。醫管局認為病人應參與本身的醫療護理，因此亦會透過現代化的通訊技術提供一系列病人資訊及自助療法的資料。

在 2015 年，基層醫療服務將能主動為更多一般精神病患者提供有效的治療。以往這些人士並未被辨識為有精神健康服務需要。醫管局基層醫療服務將透過綜合電子病歷記錄，根據議定臨床治理常規，在專科意見的支援下，提供個案管理及綜合服務。部分基層醫療服務可透過公私營協作計劃轉介由普通科私家醫生提供，這些醫生可根據議定的臨床治理常規，並以實證為基礎，在專科的支援下提供服務。

到 2015 年，全港的社區診所將設立社區精神健康專科團隊，為適合於社區診所或家中接受社康護理的複雜或嚴重精神病患者提供治療。社區精神健康團隊將與社會福利署的精神健康服務設於同一地點，並與非政府機構保持密切聯繫。他們將與社會福利署合作，確保私營宿舍適合嚴重或複雜精神病患者入住。社康專科

2015 年的服務 (個案一) 六星期前，30 歲的 A 先生首次病發後，其家人致電「思覺失調服務計劃」的工作人員。他獲安排到本區的明愛醫院就診。其後，他入住葵涌醫院的青少年精神科單人病房，留院兩周，然後試行出院由父母照顧。他須於葵涌醫院精神科診所覆診，並繼續獲「思覺失調服務計劃」提供支援。該服務亦協助其家人了解患者的病情，以及怎樣辨識疾病復發的徵兆。

2015 年的服務 (個案二) B 女士因產後感到抑鬱及焦慮，向普通科私家醫生 Z 醫生求診。由於 Z 醫生曾接受精神科醫生的培訓，故能迅速為 B 女士診斷問題及提供適當治療。由於 Z 醫生加入了醫管局的公私營協作計劃，他可獲取基督教聯合醫院產後抑鬱症專科門診與私家醫生制訂的臨床治理常規。B 女士定期到 Z 醫生處覆診，為期數周。作為治療計劃的一部分，B 女士亦從醫管局獲得心理支援服務。她與一名社康專科護士透過電郵保持聯絡，並知道如需獲取專業支援，可隨時致電求助。

人員會採用與病人及照顧者議定的個案管理常規，而個案經理會主動支援所有高危病人，面對危機時能即時介入，並與醫院保持緊密聯絡。急症室亦會和聯絡小組緊密合作，及早辨識精神病，確保到急症室求診的病人能獲得有效治療。

到2015年，醫院會更集中為社區環境無法應付的嚴重或複雜精神病患者提供專科服務。住院病房將已重新設計，提供輕鬆的家居式環境，病人亦可穿著自己的衣服。有特別需要的病人可入住精神科深切護理部，以減少普通病房的住院人數及病人住院時間。病人及照顧者會主動參與護理計劃，透過個案管理常規，確保病人在門診或社區獲得跟進。

由於有更多病人轉而接受基層醫療及社區診所的服務，專科門診診所將會細分為不同的診所，以應付病人的複雜需要。而跨專業的精神健康專科護理團隊，特別是提供認知療法或輔導的臨床心理學家及精神科護士，亦會參與提供服務。

在2015年，社會福利署及非政府機構會和醫管局合作，提供更連貫的服務，而非政府機構將會成為復康服務的協調者及主要提供者。在服務使用者及照顧者的參與下，醫管局會定期修訂及檢討服務的成效指標，並以協助病人復原及恢復精神健康為服務重點。

2015年的服務(個案三) C女士患有鬱躁症多年，與家人同住。其家人獲得協助，學習如何辨識她的病徵。過去18個月，一名個案社工一直跟進C女士的個案，對她及其家人的情況十分了解。期間，C女士雖然多次病發，其家人每次都能及時知會個案社工，精神健康專科服務團隊遂可為她提供主動支援，使她無需入院。個案社工亦安排一些社區夥伴(包括一間非政府機構)與C女士聯絡，協助其就業。最近，她在區內一家超級市場找到了一份兼職工作。

2015年的服務(個案四) D先生是青山醫院一名長期住院病人，直至2009年出院獲安排入住毅置安居計劃宿舍，居住超過一年。期間，他學習了基本的生活技能，並與香港的親人重新建立聯繫。自2011年起，他居於一間非政府機構的輔助宿舍，並與一名社工及社區精神健康人員定期聯絡。他每周到非政府機構的工場工作兩次，並每周一次到青山醫院的咖啡室工作。

17. 精神健康服務計劃的推行

雖然這份成年人精神健康服務計劃標誌著精神健康服務的重大變革，但不少建議其實源自醫管局轄下七個醫院聯網現正推行的計劃及措施。我們的挑戰在於如何促進溝通、加強協調，令這些措施具體落實，最後成為機構的主流文化。

起步

醫管局會成立**執行小組**及訂定其職權範圍，該**小組**將全面負責推行精神健康服務計劃，其職責包括：

1. 評估現時各個精神健康項目；
2. 設立**培訓小組**，研究精神健康服務計劃對人力需求的影響、現有精神健康醫護人員的培訓需要及能力建設，以及未來幾年新加入職員的培訓；
3. 設立**臨床標準小組**，為醫管局精神健康服務制訂服務標準、臨床常規標準及治療指引；
4. 監察醫管局年度工作計劃中的精神健康服務新措施，包括社區個案管理及基層綜合精神健康計劃；
5. 在直至2015年的醫管局週年工作計劃中訂定精神健康服務計劃的推行時間及作出檢討。

這份成年人精神健康服務計劃主要是一份策略文件，但當中一些建議可分階段推行。

要採納多專業參與及跨界別協作的模式，我們需要龐大的職員隊伍，以提供經重新設計的服務，特別是在社區推行的服務。醫管局將制訂人力需求規劃及適切的培訓計劃，使新措施能持續及具質素地推行。我們其中一項目標，是在2011年或之前聘請80至100名具精神健康服務經驗的精神科護士及專職醫療人員擔任個案經理。他們會獲得個案管理方面的系統培訓，包括密集式課堂講授、督導研討及實習。

為增加人手供應，各間大學已開辦精神健康服務課程。精神科護士畢業生的人數，將由 2011/12 年 75 名增至 2013/14 年約 130 名。然而，為應付嚴重的人手短缺，我們推行了一項中期措施，開辦為期 18 個月的轉職課程，讓普通科護士可以轉為精神科護士，預計 2014 年前將有 85 名畢業生可以投入服務。醫管局亦了解，社福界同樣面對人力的需求，以配合服務擴展及滿足病者、其家人及照顧者的需要。醫管局現正為社會福利署開辦精神科登記護士培訓課程，每年約招收 30 名學員，以補人手的不足。

第一階段(2010-13年)

首三年應可完成的優先項目：

1. 成立精神健康服務使用者小組，以收集意見並作為參考；
2. 制訂精神健康服務住院、專科門診及社康服務質素標準；
3. 就精神健康專科服務制訂臨床常規標準及協定治療指引；
4. 根據國際認可指標，制定一套醫管局通用的精神健康成效指標；
5. 制定每年量度及呈報服務標準及臨床成效的機制；
6. 委託機構進行獨立的醫管局病人滿意度調查，評估精神病人對醫管局服務的評價，並制訂服務改善基準；
7. 視乎可用資源，擴闊「思覺失調服務計劃」的年齡範圍，及早為患有思覺失調的年青人及成年人進行評估；
8. 增撥資源擴展及加強香港大型醫院急症室的精神科諮詢會診服務，以辨識、支援及治理有精神病症狀的病人；
9. 參照醫管局的病人自強計劃，開發新的資源加強精神病預防、精神健康教育及管理，增加對病人及照顧者的支援；
10. 與社會福利署及非政府機構合作制定治療常規、培訓課程及溝通計劃，以支援非醫護專業人員處理社區內的精神疾病；
11. 研訂跨專業精神健康專科服務團隊在社區所需的資源，為醫管局家庭醫學專科診所及普通科門診診所的基層醫療團隊提供資訊、臨床支援和建議；
12. 將臨床常規標準及協定治療指引推展至家庭醫學專科診所及普通科門診診所，包括更新及擴展藥物名冊，以便病人加深了解及依從程序；

13. 在跨專業精神健康專科服務團隊支援下，在基層醫療就某些一般精神病患提供認知及其他心理治療；
14. 在所有醫院聯網聘請個案經理，為所有適合在社區接受治療的嚴重精神病患者推行綜合個案管理計劃，並由經適當訓練的人員透過醫管局24小時精神健康熱線提供支援；
15. 發展個案管理模式，並遵照個人資料私隱指引應用個人電子健康記錄，加強住院及社區護理服務的融合及互通；
16. 設立激勵機制，吸引及挽留社區內的精神健康專才；
17. 由外間機構對精神科日間醫院服務進行檢討，建議最合適的醫院日間精神科護理模式；
18. 進一步制訂人力方案及職員培訓計劃，以便從制約及管理式的護理轉型至現代化及個人化的護理；
19. 與所有相關方面合作，包括法定機構及非政府機構，致力消除精神病標籤化，加強公眾對精神健康的認知；
20. 支援社會福利署發展精神科長期護理院舍發牌制度，關注有長期精神健康需要的人士，特別是曾經長期住院的病人。

第二階段（2014 年及之後）

在其後年度應可完成以下的優先項目：

1. 大幅縮短精神科專科門診的診症輪候時間；
2. 與基層醫生合作制訂治療常規，以便及早識別一般精神病患，從而提供治療及護理；
3. 在相關組織支援下，建立跨專業精神健康專科服務團隊、私家精神科醫生與基層醫生合作的框架，以發展私營基層醫療治理一般精神病患者；
4. 試行跨專業社區精神健康專科服務團隊，並與第11段所述的社會福利署的精神健康綜合社區中心聯繫，在社區提供全面的精神科及精神健康服務；
5. 以跨專業護理為基礎，推行新的專科門診模式，以改善輪候及診症時間、服務靈活度（特別是夜間診所）及服務範圍；
6. 就專科門診診所進行全面翻新計劃，設立範圍較細但對病人更方便的臨床區域，並按不同治療類別劃分區域，例如分設情緒障礙及精神病診所；

7. 進行精神科住院病房翻新計劃，提供安全、舒適的家居式環境，加強病人治療；
8. 研究為特別嚴重精神病人設立精神科深切護理部的效益和需要；
9. 為住院病人提供全面身心社交及健康計劃，促進病者家人及照顧者的參與及加強對他們的支援；
10. 加強醫管局及社會福利署 / 非政府機構聯繫小組的工作，改善服務協調，特別支援非政府機構為精神病人提供復康及工作機會，致力使非政府機構成為復康服務的協調者及主要提供者；
11. 與相關公共房屋提供機構合作，制訂新的住宿安排，讓長期嚴重精神病人可居於社區。



第四部分 附錄

附錄一 醫院管理局精神健康服務計劃工作小組

聯任主席 聯網服務總監張偉麟醫生

聯任主席 策略發展總監羅思偉醫生

葵涌醫院行政總監熊思方醫生

新界西聯網統籌員(精神科)/青山醫院成人精神科顧問醫生張復熾醫生

香港東聯網部門主管統籌員(精神科)/東區尤德夫人那打素醫院精神科部門主管鄧麗華醫生

九龍醫院精神科顧問醫生吳文建醫生

大埔醫院精神科部門主管鍾維壽醫生

總行政經理(策略、服務規劃及知識管理)高拔陞醫生

總行政經理(綜合護理計劃)鄭淑梅女士

總行政經理(護理)馮玉娟女士

總行政經理(統計及人力規劃)徐麗卿女士

總行政經理(專職醫療)鍾慧儀女士

青山醫院精神社康服務顧問護士梅杏春女士

高級經理(服務規劃發展)韋奕新先生(至2010年9月17日)

高級經理(服務規劃發展)吳柏楠醫生(2010年9月18日起)

經理(綜合計劃)溫永權先生

經理(特別項目)陳可風醫生

經理(服務規劃發展)梁美儀女士(秘書)

附錄二 外聘顧問

醫管局成年人精神健康服務計劃的外聘顧問為：

Frank Holloway 醫生，南倫敦和莫茲利國民保健服務信託基金 (South London and Maudsley National Health Service Foundation Trust) Croydon 綜合成人精神健康服務中心精神科顧問醫生兼臨床主任、英國精神科醫學院保健服務及人口研究系名譽高級講師。

Harvey Whiteford 教授，澳洲昆士蘭大學人口健康學院精神病學和人口健康 Kratzmann 教授及澳洲政府全民精神健康計劃顧問。

附錄三 精神健康服務計劃工作坊參加者名單 (2009 年 11 月 27 日)

姓名	稱銜	職位
陳子勤	先生	東區尤德夫人那打素醫院精神科部門運作經理
陳黃怡	女士	基督教聯合醫院物理治療部部門經理
陳志英	女士	明愛醫院醫務社會工作部社會工作主任
陳劍邦	先生	北區醫院精神科護士長
陳木光	先生	青山醫院護理總經理
陳鍾煜	醫生	醫院管理局總辦事處策略發展部高級行政經理 (基層健康服務)
陳可風	醫生	醫院管理局總辦事處策略發展部經理 (特別項目)
鄭吳倩華	博士	九龍醫院部門經理 (職業治療部)
張復熾	醫生	新界西聯網統籌員 (精神科) / 青山醫院顧問醫生 (成人精神科)
張偉麟	醫生	醫院管理局總辦事處聯網服務部聯網服務總監
趙鳳琴	教授	香港中文大學教授
蔡小琮	女士	九龍醫院精神科部門運作經理
朱偉星	醫生	港島東聯網副聯網服務總監 (社區) / 聯網服務統籌員 (家庭醫學及基層護理) / 顧問 (家庭醫學及基層護理)
鍾維壽	醫生	雅麗氏何妙齡那打素醫院、北區醫院及大埔醫院精神科部門主管
鍾慧儀	女士	醫院管理局總辦事處聯網服務部總行政經理 (專職醫療)
戴兆群	醫生	醫院管理局總辦事處策略發展部總行政經理 (社區及基層健康服務)

姓名	稱銜	職位
鄧麗華	醫生	東區尤德夫人那打素醫院精神科部門主管
馮玉娟	女士	醫院管理局總辦事處聯網服務部總護理行政經理
許少芬	女士	新界東聯網聯網護理統籌員(精神科)/大埔醫院精神科部門運作經理
許明通	醫生	新界東聯網家庭醫學及普通科門診副顧問醫生
熊思方	醫生	九龍西聯網臨床服務統籌(精神健康)/葵涌醫院行政總監
高淑蘭	女士	北區醫院職業治療部部門經理
高拔陞	醫生	醫院管理局總辦事處策略發展部總行政經理(策略、服務規劃及知識管理)
谷敏榮	女士	葵涌醫院護理總經理
鄭保強	醫生	葵涌醫院精神科部門主管
黎偉健	先生	沙田醫院物理治療部部門經理
羅小露	女士	醫院管理局總辦事處聯網服務部項目主任(綜合計劃)
梁麗端	女士	九龍中聯網臨床心理學家統籌員/九龍醫院臨床心理學家
梁美儀	女士	醫院管理局總辦事處策略發展部經理(服務規劃及發展)
林小娟	女士	社會福利處高級社會工作主任
盧德臨	醫生	葵涌醫院精神科部門主管
羅思偉	醫生	醫院管理局總辦事處策略發展總監
吳文建	醫生	九龍醫院精神科顧問醫生
吳家驊	先生	沙田醫院精神科部門運作經理
潘麥瑞雯	博士	葵涌醫院高級臨床心理學家
宋朱彩雲	女士	醫院管理局總辦事處策略發展部高級統計師
戴玉卿	女士	基督教聯合醫院精神部門運作經理
鄭淑梅	女士	醫院管理局總辦事處聯網服務部總行政經理(綜合護理計劃)
曾羅美姿	女士	新界西聯網統籌員(臨床心理學家 - 精神健康服務)/青山醫院高級臨床心理學家
徐麗卿	女士	醫院管理局總辦事處策略發展部總行政經理(統計及人力規劃)
溫成顯	先生	基督教聯合醫院職業治療部部門經理
溫永權	先生	醫院管理局總辦事處聯網服務部經理(綜合計劃)
黃健	先生	葵涌醫院職業治療部一級職業治療師
王明燦	醫生	港島西聯網統籌員(精神科)/瑪麗醫院精神科部門主管
黃麗雯	女士	瑪麗醫院精神科部門運作經理
韋奕新	先生	醫院管理局總辦事處策略發展部高級經理(服務規劃及發展)
楊明康	醫生	新界西聯網成人精神科部門主管
葉嘉池	醫生	九龍中聯網部門主管統籌員(精神科)及聯網統籌員(精神科復康)/九龍醫院部門主管(精神科)
葉秀春	女士	醫院管理局總辦事處策略發展部經理(知識服務發展及推廣)
姚家聰	醫生	九龍東聯網部門主管統籌員(精神科)/基督教聯合醫院精神科部門主管
姚玉筠	醫生	九龍西聯網部門主管(家庭醫學及基層醫療部)
阮瑞麒	先生	葵涌醫院精神科社康服務經理

附錄四 「香港醫院管理局精神健康服務檢討」 (2007 年 12 月)

2007 年 12 月，醫院管理局延聘 Ruth Vine 醫生(澳洲維多利亞省衛生部精神科主管)及 Margaret Grigg 博士(澳洲維多利亞省衛生部高級護理顧問)對其精神健康服務進行檢討。該報告首段概述香港精神健康服務的現況：

「香港的精神健康服務大體上仍以住院服務為主，並輔以規模龐大而繁忙的門診服務。儘管社區及復康服務已有顯著進步，惟服務範疇和資源投入仍然有限。同樣，即使指向服務變革的參考數據不斷增加，但服務仍主要沿用傳統的專業架構及服務模式。目前在精神健康服務方面缺乏一整體政策，以推動理念及實踐方面的改變。」

兩位顧問表示：

「我們認為，在增撥款項有限的情況下，仍可對服務平台作出一定程度的變革，更著重消費者為本及服務實證。這將包括改變若干專業範疇、逐漸發展以復原為本、社區為本的服務模式，以及加強基礎層面及非政府機構的參與。要推動該等變革，便需加強支援社區意見組織、非政府機構以及促進消除精神病的負面標籤。其中一個需要處理的主要問題是醫護流程。只有通過明確界定的流程針對醫療需要作出介入，方可以有效而可持續地提供服務。」

Vine 醫生及 Grigg 博士的建議：

1. 香港政府應該制訂一套精神健康政策，訂明香港醫管局現時所提供的住院及社康護理等精神健康服務的框架，以及促進與社會福利署等其他機構發展夥伴合作關係。

該政策應該訂明發展社區精神健康護理及減少住院病床的方向。

2. 香港醫院管理局應就精神健康服務制訂人力計劃，包括：

- 加強精神科護士的人手供應及運用；
- 考慮是否可以起用第二層護士(登記護士或健康服務助理)及其職責；
- 制訂策略增加使用心理學家及職業治療師等非醫療人員，提供以實證為基礎的介入；

- 精神健康服務團隊涵蓋醫務社工；及
 - 發展跨專業的社區精神健康課程，促進跨專業團隊工作。
3. 香港醫管局應檢討精神健康門診服務，透過以下方式減少求診人次：
- 就患上常見及高發病率精神障礙而病情穩定的長期患者制訂轉離專科門診的策略；
 - 制訂及提供標準的參考資料，讓轉介者、病人及其家人清楚門診服務的範疇；
 - 透過資助和鼓勵措施（例如由精神科護士為私家醫生提供協助；補貼藥物降低治療成本）等策略，支援私家醫生提供持續精神健康護理；
 - 增加起用護士、心理學家及職業治療師等非醫療人員，以提供其他治療選擇；及
 - 制訂服務表現指標，例如三個月出院病人比率、平均住院時間、新症病人比率等。
4. 香港醫管局應檢討現時日間醫院的運作，加強配合病人需求提供服務，措施如下：
- 減少按專業範疇劃分日間醫療護理（例如促進護理及職業治療功能的協調融合），以發展團隊式的護理；
 - 確保每名病人均可獲得個人化的護理計劃，以達致預期效果；
 - 日間醫院醫療服務與社會福利署建立合作夥伴關係，為病情穩定的患者提供更佳服務，透過非政府機構有效地配合其心理社交需要。
5. 隨著社康服務的擴充，香港醫管局應致力逐步減少住院病床數目，特別是長期住院病床。就此，當局應該繼續投資和擴充「毅置安居計劃」，放寬吸納標準至新入院的長期住院病人。
6. 如有機會進行醫院重建，香港醫管局應解決住院病房的活動設施問題，特別著重於減少每個病房的病人數目及營造正常生活環境（例如病人可穿著便服），以提供個人化護理。
7. 香港醫管局應進一步發展針對專門對象的專科住院服務，例如提供跨聯網兒童及青少年精神健康服務，令有關服務達到足夠的規模，更為整全完善。若現時兒童病人與成年病人共住同一病房，應優先作出處理。
8. 香港醫管局應確保減少精神科病床所節省的資源會繼續投放於精神健康服務，保證款項的運用具透明度。
9. 香港醫管局應制訂一系列表現指標，以便各聯網可就不同服務作出比較，促進體系改善。

附錄五 「香港精神科醫學院就精神健康政策向食物及衛生局提交的報告」(2007 年 11 月)

建議

精神健康政策

醫學院認為，香港精神健康服務的長遠發展繫於香港有否一套精神健康政策。所有發展成熟的國家均有本身的精神健康政策，界定精神健康服務的方針及範疇，並預留款項作有關發展用途。我們認為，一項連貫的長遠精神健康政策可應對許多現有的問題。

香港精神健康政策的特點及內容

1. 政策應訂明提供精神健康服務的理念是向精神病患者提供高質素、具成本效益、便捷、公平、人道及受到尊重的治療。精神病是一個公共健康問題，因為這個病症十分普遍，而且對患者、其家人以至整個社會都會帶來沉重的醫療負擔和經濟損失。
2. 政策應促進所有持份者參與，包括精神健康專業人員、服務使用者、照顧者及參與照顧精神病患者的社區機構。
3. 應預留獨立撥款用於發展精神健康服務。我們的服務對象是社會上弱勢及缺乏資源的一群。除公營服務外，他們可以負擔和享用的醫療服務非常有限。他們往往無法為自己爭取權益，因此需要設立指定撥款為他們提供持續支援及服務。
4. 政策應統一協調醫療及社會福利服務的發展和提供，解決現有的服務錯配問題。
5. 政策應提倡提供全面的精神科護理，從及早辨識至積極復康及病後護理均全面涵蓋。這對嚴重精神病患者尤其重要。當局應該因應香港特區獨有的政治、文化及社會特點，在醫院服務與社區護理之間取得最佳平衡。這將涉及精神健康護理方面的重大直接投資。
6. 政策應強調及早辨識疾病、適時介入及迅速的危機預防，同時顧及服務是否便捷。
7. 政策應優先分配資源到需求最緊迫的範疇，即嚴重精神病、高發病率的精神障礙、年齡相關的精神障礙及社區精神健康教育。
8. 政策應廣泛推行促進消除精神病負面標籤的大型活動，提供可持續的公眾教育。

9. 政策應以嚴謹的臨床實證及可靠的科學數據為基礎。當局應該進行一次全港流行病學研究，釐定有關精神病方面的重要統計數字，以便政府了解精神健康服務的需求範疇及程度。此外，政府亦應協助進行精神疾病研究。在服務規劃及提供方面，必須進行實證為本的臨床研究，以評估介入服務及計劃的成效。
10. 政策應提供精神健康專業人員的培訓及人力規劃藍圖。

策略及優次

醫學院明白醫療預算有限。我們認為未來發展應以需求為導向，根據港人精神健康服務需求而清晰界定優次分配資源。為此，我們已找出若干的壓力範疇，並建議實施分層策略。

醫學院認為應研究及制定**三層的發展策略**，而每一層的發展對改善香港精神健康服務都十分重要。另一方面，由於資源有限，以及不同精神病的發病率和對社區的潛在風險各異，因此應該根據有關影響的嚴重程度排定優次。我們認為下列優先排序實際和有效，而且切合需要：

1. 加強對不同年齡嚴重精神病患的服務（第1層）
2. 處理高發病率精神障礙的策略（第2層）
3. 社區精神健康教育（第3層）

加強對不同年齡嚴重精神病患的服務

不同年齡組別的人士對於精神健康護理服務的需求有很大差異。就兒童及青少年而言，精神健康問題多涉及注意力不足過動症等；成年人方面，發病率較高的主要為精神分裂症及嚴重情緒障礙等嚴重精神問題。隨著香港人壽命延長，出現神經精神症狀的癡呆症亦為精神科服務帶來重大負擔。

為確保充分考慮到不同界別人士的需求，我們應採納以問題為導向及以病人為中心的方針。以下討論將集中於成年人嚴重精神病的社康護理。至於兒童及青少年以及高齡人士的精神健康服務需求，相關策略可借鑑以下例子。如有需要，日後將另行提交報告詳述。

醫學院支持在限制最少的環境為嚴重精神病患者提供治療，並支持發展社區精神健康護理，最終達致平衡的護理模式。為此，對於有需要的人士，我們有必要發展方便及為他們接受的服務。醫管局根據資源分配安排提供經費的一些項目，例如「思覺失調」服務計劃，已證實積極的及早辨識 / 介入服務是具成效的。

在社康護理的「**上游**」，透過接受非醫療轉介、與社區的非政府機構合作，以及提供速治流程以便及早辨識和介入等，可令服務更為普及。「思覺失調」服務計劃推行成功，顯示如果配合協調得宜的精神健康推廣活動和傳媒參與，及早介入服務將會更為普及，更容易為人接受。對於嚴重精神病患者，應該在發病早期採用跨專業治療。門診服務醫生的診症個案應該減少，以便他們有較多時間為每名病人覆診跟進，而非現時每名病人六分鐘。此舉需要投放資源增加醫生、護士和專職醫療人手。

當局應提供精神科社康服務，為處於不同康復及治療階段的長期嚴重精神病患者提供護理和支援。有關服務範疇視乎病情及對患者本身及他人的相關風險而有所不同。該等精神科社康服務可包括密集式的積極外展服務（護理人員與病人的比例為1：10），以至定期的監察及社康支援（護理人員與病人的比例為1：40）等。英國的精神健康服務改革重點在於設立危機解決小組、積極外展小組和及早介入小組。自2000年起，英國已設立343個危機解決小組、252個積極外展小組及118個及早介入小組（Appleby, 2007年）。透過及早介入精神健康問題，因精神病而首次入院及其後因病情加劇而再入院的數字均有所下降。對於首次發病的嚴重精神病，及早介入亦可取得較佳成效。

在社康護理的「**中游**」，醫學院認為病人應盡可能避免住院。然而，部分嚴重精神病患者確實需要定期住院接受精神科治療，以穩定突然加劇的病情、防止患者對自身或他人造成危險及發生與精神病有關的犯罪行為。此外，精神科文獻顯示，有小部分嚴重精神病的長期患者（稱為「難以安置」Difficult-to-Place (DTP) 人士）亦需要長期住院接受精神科治療。有關當局必須就住院設施進行適切審慎的規劃。這對由於居住環境擠迫而容易造成緊張和增加衝突的香港社區尤其重要。在妥善統籌下積極進行的精神病管理，有助縮短住院時間。我們認為住院服務的治療環境應該符合人道、病人有尊嚴及受到尊重，以便患者盡早重新融入社區。對大部分病人而言，重新融入社區是指回到自己家中與家人生活。但對於部分嚴重殘障而且缺乏親友支援的病人而言，則有需要安置到受照管的社區。有關社區設施應該有完善的規劃和充足的供應。

在社康護理的「下游」，當局需要確保嚴重精神病患者出院後獲得充分的社區支援。相關統籌工作應該跨越醫療及社會福利機構，包括非政府機構，以建立有效的社區網絡為該等出院病人提供支援。此外，促進公眾接受精神病人重投社區的持續教育和推廣活動也同樣重要。

在綜合精神科治療過程中，完備的精神科藥物必不可缺。現有的預算限制導致無法提供完備的精神科藥物。當局應審慎修訂藥物預算，使藥物在精神病治療中發揮最大效用。治療精神障礙的完備精神科藥物應包括第一代及第二代抗精神病藥物、新舊抗抑鬱藥，以及各種情緒穩定藥及抗癡呆藥。

為嚴重精神病患者提供具成本效益而且基於實證的心理治療，是全面的精神科服務不可或缺的一環。最近有數據提供了令人信服的證據，顯示以心理治療配合藥物，能有效減輕和治癒精神分裂症、兩極情緒障礙等嚴重精神病。此外，也有確實證據支持單獨或配合藥物的心理治療，可醫治高發病率的精神障礙（例如焦慮及抑鬱症）。因此，當局應培訓更多精神健康專才，並在基層及中層醫療發展心理治療專科，為嚴重精神病及若干高發病率的精神障礙病患提供心理治療服務。

最後，我們認為有需要全面檢討精神健康的立法事宜，以便治理社區內的嚴重精神病患者。澳洲政府其中一項策略，就是頒布社區治療令，從而有效監督社區內原應約束留院的嚴重精神病患者，並向其實施強制治療。香港是否接受此項策略，最終取決於社會共識，並在尊重個人自由自主與保護公眾兩者之間取得平衡。

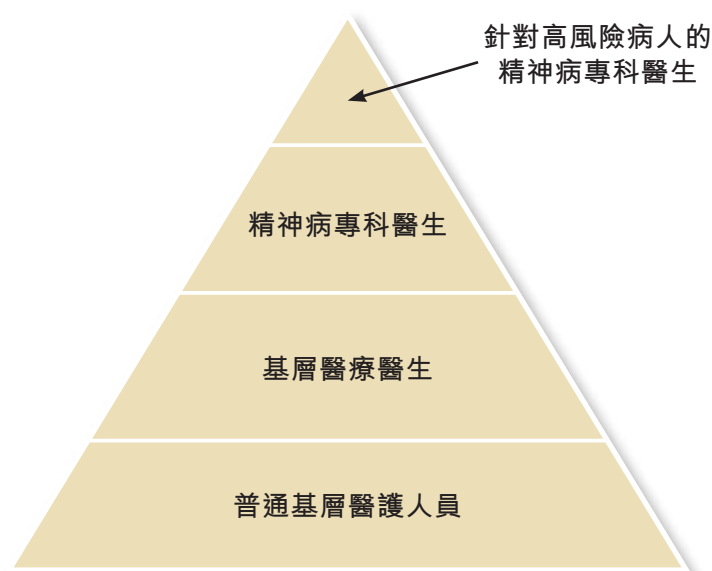
外國的經驗顯示，提供全面的社區精神健康護理需要大量直接投資。英國於1999年展開為期10年的精神健康服務改革計劃，投資合共180億英鎊，增加了55%精神科顧問醫生、69%臨床心理學家、24%精神科護士，並設立全國性的積極外展、危機解決和及早介入小組（Appleby，2007年）。這些資源更是在較我們多兩、三倍的基線預算以外。澳洲方面也實施了類似計劃加強社康服務，當地的精神健康預算亦增加了80%。

處理高發病率精神障礙的策略

抑鬱、焦慮及適應障礙等高發病率的精神障礙十分常見，任何時間人口中平均約有 13% 至 15% 人士患有此等病症。這些疾病屬於複雜的腦部障礙，病症很大程度取決於腦部應付不同環境影響的功能狀況。在香港這類壓力大的社會，發病率可能較高。抑鬱、焦慮等高發病率精神障礙已知是疾病負擔及生產力減損的主因，如不治療，往往會演變成嚴重後果，如蓄意自殘、濫用藥物及自殺等。

這類精神障礙很大機會能夠治癒，但由於公眾意識不足、社會存在偏見，加上服務不夠普及，以致求助數目偏低。大部分患有抑鬱及焦慮等病症的人士會於基健層面尋求幫助，但研究發現，普通科醫生僅能察悉 50% 的精神病患者 (Mulsant & Ganguli, 1999 年)。此外，研究亦顯示，超過 50% 的高齡自殺人士在自殺前一個月曾經接觸過其醫生 (當時未必有情緒異常或自殺念頭) (Harwood et al, 2000 年)。這些證據清楚反映專科與基健服務緊密協作的必要。基於這些精神病的高發病率，以及有關患者的求助行為，專科醫生不可能照顧到所有病人。就此，醫學院建議設立分層模式，各層的醫護服務進行緊密協作，病人可在各層之間靈活流動，以便能最有效切合不同程度患者的需要。(參看圖 1)。

圖 1：處理高發病率精神病的分層模式



在最基層，因適應困難、生活壓力及感情問題而患有抑鬱的人士，可以接受經訓練的基層醫護專業人員所提供的服務。這個層面的工作人員應有不同訓練和背景，例如社會工作或曾接受有關的特別培訓。

患有相對簡單的非重性精神病患者，應由接受過心理治療培訓的家庭醫生及基層醫療醫生治理。基層醫療體系與專科醫生的共同護理、緊密協作、相互支援和靈活病人流動都是「專科基層協作」成功的關鍵。當局亦應為基層醫療醫生提供定期的持續會診、督導及培訓的機會，以確保服務水平及在需要時及時轉介病人。

患有複雜精神病而需要跨專業團隊提供專科治療及協助的病人，應由中層精神病專科醫生治理。此外，當局應該設立機制，讓病情轉穩的病人逐步轉介回基層醫療。對於極複雜及棘手的個案，應有一些第三層專科醫生可提供診治及作出轉介。

除發展此分層醫護模式外，當局亦需配合精神健康服務進行有關的公共教育和推廣，促進消除負面標籤，改善精神病患抗拒求助的情況。要對有關人士實施適當管理，也需投入大量資源。

社區精神健康教育

全面的精神健康服務改革不能缺少社區精神健康教育計劃。如前所述，精神病往往是生理狀況與環境因素在複雜的相互作用下產生的病症。在**全民層面**，精神健康教育及推廣計劃旨在提倡正面態度和適應行為，以減輕環境不利因素的影響，例如在工作地點和學校推廣精神健康及如何應付日常壓力。這些策略有助及早辨識（雖或未可預防）精神病患。

精神健康教育的主要對象可以是**弱勢社群**及**高危人士**。當局亦可推行特定的精神病宣傳教育計劃，如早期精神病、產後抑鬱及預防自殺等，並採取其他策略，為高危人士提供有效服務。

精神健康教育活動必須協調得宜並且持續進行，有傳媒和社區共同參與，例如地區性教育計劃和義工活動等。這些活動應能達到提升公眾意識及消除負面標籤的雙重目的。當社會大眾對精神病有正確認識，錯誤觀念就會隨之而減少。由於此類活動規模大、協調廣，因此最適宜由政府統領。

有需要掌握流行病學數據

在進行服務及人力規劃時，必須掌握準確的流行病學數據。目前香港並無可靠的流行病學數據。香港唯一的一次精神病社區調查是在 1984 至 86 年進行的沙田調查。由於該次調查所能提供的新資料有限，當局在進行服務規劃時一直需倚賴外國的發病率數據，作為推算及估計的基礎。因此，政府有迫切需要重新進行精神科流行病學調查，以便掌握精神健康問題的嚴重性及服務不足的情況。

人力及培訓

訓練有素的人手是任何醫療服務的成功關鍵。資金撥款須配合相應的長遠人力計劃。就此，醫學院於2005年向香港醫學專科學院提交人力計劃，列出截至2020年的估計需求。按照國際基準並按本地因素及我們的培訓能力調整，醫學院建議精神科醫生與人口的比例應為1：16,000-19,000，即約在2020年或之前應有460名精神科醫生（香港精神科醫學院，2005年）。

由於政府應會承擔精神病患者的主要醫療責任，計及至2020年的預計流失率，公營服務應獲增撥資源，以延聘及留用至少為目前數目兩倍的精神科醫生。

其他精神健康專才的培訓計劃，特別是精神科護士及專職醫療人員，是同樣重要的。目前香港並無精神科護士學士課程，令有關專業的發展受到很大影響。事實上，精神健康護理的改進有賴不同專業人士的協同努力。培訓機會及人力規劃對精神科醫生及其他相關專業都十分重要，當局宜向各相關專業團體徵取意見。如前所述，當局應更進一步探討如何加強公私營協作，以便在基礎層面提供普通心理治療。

附錄六 精神健康服務計劃擬稿諮詢

醫管局在2010年5月11日的醫管局研討大會發表《2010-2015年成年人精神健康服務計劃》擬稿，諮詢期由為2010年5月14日至7月31日。我們在諮詢期內向主要持份者徵集意見，首先是醫管局的行政人員、服務主管及職員同事，然後是外界人士及夥伴機構。我們向職員、專業團體及學術機構、相關決策局、政府部門及非政府機構派發了超過450份諮詢文件，最後收到四十份來自團體及個人的建議書。此外，在2010年5月至8月期間，我們曾與社會福利署、非政府機構、病人及照顧者會面交流，聽取他們的意見，亦於8月至9月與香港執業精神科醫生協會及私家醫生進行討論，了解他們對諮詢文件的意見。

工作小組於2010年10月4日的會議上收閱及審議所有就計劃擬稿提交的建議和意見。對於所有曾參與制訂服務計劃及就諮詢文件提交意見的同事和團體，我們再三致謝。在制訂服務計劃的最後定本時，我們仔細研究了所有意見，並盡量收納在服務計劃書內，所有意見均予保密處理。

醫管局就諮詢文件收到的四十份建議書來自以下個人及團體：

局內職員

職員類別	收到建議書數目
急症室顧問醫生	1
總辦事處總行政經理	1
臨床心理學統籌委員會	1
物理治療統籌委員會 / 物理治療師	2
精神科顧問醫生	1
精神科部門運作經理	1
家庭醫學醫生	2
醫院行政總監	1
職業治療師	1
總數	11

外界持份者

政府部門 / 專業團體 / 病人團體	收到建議書數目
政府部門	
衛生署	1
社會福利署	1
專業團體	
香港社會醫學學院	1
香港精神科醫學院	1
香港心理學會	1
職業治療師管理委員會	1
物理治療師管理委員會 / 香港物理治療學會	2
香港護理學院	1
香港執業精神科醫生協會	1
大學相關學系	5
病人團體	
提供精神健康服務的非政府機構	12
病人團體 / 照顧者團體	2
總數	29

附錄七 參考書目

(中文部份)

2009-2010 年施政報告 (<http://www.policyaddress.gov.hk/09-10/chi/>)

醫院管理局：《2009 至 2012 年策略服務計劃》，香港：醫院管理局，2009 年。

(英文部份)

ACT Health. (2009). *ACT Mental Health Services Plan 2009-2014*. Canberra.

Care Quality Commission. (2009). *Investigating into West London Mental Health NHS Trust*. London.

Care Quality Commission. (2009). *Mental health acute inpatient service user survey 2009*. London.

Care Quality Commission. (2009). *National NHS patient survey programme: Mental health acute inpatient service users survey 2009*. London.

Commissioning Supporting for London. (2009). *The Commissioning Friend for Mental Health Services: A guide for health and social care commissioners*. London.

Cooper, C. & Bebbington, P. (2006). Mental Health. In M. Bajekal, V. Osborne, M. Yar & H. Meltzer (Eds.), *Focus on Health* (pp. 110-122). UK: Palgrave Macmillan.

Cross-government strategy: Mental Health Division. (2009). *New Horizons: A shared Vision for Mental Health*. London.

Department of Health and Ageing. (2005). *National Mental Health Report 2005: Summary of Ten Years of Reform in Australia's Mental Health Services under the National Mental Health Strategy 1993-2003*. Commonwealth of Australia.

Department of Health and Ageing. (2009). *Fourth National Mental Health Plan: an agenda for collaborative government action in mental health 2009-2014*. Commonwealth of Australia.

Department of Health and Ageing. (2009). *National Mental Health Policy 2008*. Commonwealth of Australia.

Department of Health. (2009). *Mental Health Clinical Costing Standards*. UK.

Department of Health. (2009). *Primary Care & Community Services: Improving quality in primary care*. London.

Department of Health (2009). *New Horizons: Towards a shared vision for mental health: Consultation*. London.

DH/Children's Mental Health DCSF/Children's Mental Health. (2009). *Improving access to child and adolescent mental health services: Reducing waiting times policy and practice guide (including guidance on the 18 week referral to treatment standard)*. London.

Dowell, A.C., Garrett, S., Collings, S., McBain, L., McKinlay, E & Stanley, J. (2009). *Evaluation of the Primary Mental Health Initiatives: Summary report 2008*. Wellington: University of Otago and Ministry of Health.

Friedli, L., Jenkins, R., McCulloch, A. & Parker, C. (2002). *Developing a National Mental Health Policy*. UK: Psychology Press.

Health & Consumer Protection Directorate-General. (2004). *The State of Mental Health in the European Union*. EU: European Commission.

Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) Programme (2007). *Computerised Cognitive Behavioural Therapy (cCBT) Implementation Guidance*. London.

Joint Meeting of the Legislative Council Panel on Health Services and Panel on Welfare Services. (2009). *Community Support Services for Ex-mentally Ill Persons*. Hong Kong.

Killaspy, H., Johnson, S., King, M. & Bebbington, P. (2008). Developing mental health services in response to research evidence. *Epidemiologia e psichiatria sociale*, 17 (1): 47-56.

Layard, R. (2004). *Mental Health: Britain's Biggest Social Problem*. UK.

McCrone, P., Dhanasiri, S., Patel, A., Knapp, M. & Lawton-Smith, S. (2008). *Paying the price: The cost of mental health care in England to 2026*. UK: King's Fund.

McDonald, Bob. (2009). *Information Sharing and Mental Health: Guidance to Support Information Sharing by Mental Health Services*. London: Department of Health.

Mental Health and Drugs Division, Department of Health. (2009). *Shaping the future: The Victorian mental health workforce strategy Final report*. Victoria.

Mental Health Network. (2009). *Fact sheet: Key facts and trends in mental health*. London: The NHS Confederation.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). *Anxiety: management of anxiety (panic disorder, with or without agoraphobia, and generalized anxiety disorder) in adults in primary, secondary and community care*. London.

National Institute for Health and Clinical Excellence. (2007). *Depression: management of depression in primary and secondary care*. London.

National Institute of Mental Health. (2009). *The Numbers Count: Mental Disorders in America*. U.S.

NHS Finance, Performance and Operations. (2009). *Implementing the NHS Performance Framework: Application to mental health trusts*. London: Department of Health.

NSW Health. (2009). *NSW Health patient survey 2009 statewide report*. Sydney.

O'Connor, E.A., Whitlock, E.P., Beil, T.L. & Gaynes, B.N. (2009). Screening for depression in adult patients in primary care settings: a systematic evidence review. *Annals of Internal Medicine*, 151 (11), 793-803.

Panel on Health Services and panel on Welfare Services. (2009). *Background brief prepared by the Legislative Council Secretariat for the meeting on 30 September 2009: Community support services for ex-mentally ill persons*. LC Paper No. CB (2) 2525/08-08 (02). Ref: CB2/PL/HS+WS. Hong Kong.

Royal College of Psychiatrists, Academy of Medical Royal Colleges. (2009). *No Health without Mental Health: The Alert Summary Report*. London.

Royal College of Psychiatrists, Academy of Medical Royal Colleges. (2009). *No Health without Mental Health: The Supporting Evidence*. London.

Sainsbury Centre for Mental Health. (2009). *Implementing Recovery: A new framework for organisational change*. London.

Simon, G.E., Ludman, E. J. & Rutter, C.M. (2009). Incremental benefit and cost of telephone care management and telephone psychotherapy for depression in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 66 (10), 1081-9.

Singleton, N., Bumpstead, R., O'Brien, M., Lee, A. & Meltzer, H. (2001). *Psychiatric morbidity among adults living in private households, 2000*. London: The Stationery Office.

Social Care Institute for Excellence. (2009). *At a glance 18: Personalisation briefing: Implications for community mental health services*. London.

Steering Committee on Community Health Call Centre. (2009). *Establishment of a Community Health Call Centre in Hospital Authority — Issues for Consideration (SC-CHCC-P2)*. Hong Kong: Hospital Authority.

The Australian Council for Healthcare Standard. (2008). *Review of the National Standards for Mental Health Services*. Australia.

The Future Vision Coalition. (2009). *A future vision for mental health*. UK.

The Hong Kong College of Psychiatrists. (2007). *An Epidemiological Study to Evaluate the Prevalence of Major Mental Disorders and Unmet Needs in Hong Kong*. Hong Kong.

The Hong Kong College of Psychiatrists. (2007). *Submission of The Hong Kong College of Psychiatrists to the Food and Health Bureau on Mental Health Policy in Hong Kong*. Hong Kong.

The Hong Kong College of Psychiatrists. (2009). *Establishment of a Shared Care Team*. Hong Kong.

The Mental Health Act Commission. (2009). *Coercion and consent: monitoring the Mental Health Act 2007-2009 MHAC Thirteenth Biennial Report 2007-2009*. UK: The Stationery Office.

The NHS Confederation. (2009). *New Horizons: the next phase of mental health policy*. London.

Thornicroft, G., & Tansella M. (2004). Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: Overview of systematic evidence. *British Journal of Psychiatry*, 185, 283-290.

Thornicroft, G., Szukler, G., Mueser, K. & Drake, R. (2009). *Textbook of Community Mental Health*. UK: Oxford University Press.

World Health Organization. (2003). *Investing in Mental Health*. Geneva.

World Health Organization. (2008). *The global burden of disease: 2004 update*. Geneva.

World Health Organization. (2009). *Addressing Global Mental Health Challenges*. Geneva.



Planning Tomorrow's Hospital

醫院管理局策略發展部出版

地址：香港九龍亞皆老街 147B

醫院管理局大樓

電郵：str.planning@ha.org.hk

網址：http://www.ha.org.hk

© 2011 醫院管理局

版權所有，不得轉載。任何人士如未獲版權持有人事先許可，一律禁止以任何形式翻印、轉載或發放本文件的任何部份。本文件亦可由醫管局網頁 <http://www.ha.org.hk> 下載。



醫院管理局

HOSPITAL
AUTHORITY