

香港精神健康議會

全民精神健康意見書(草稿)

目的

1. 本文件旨在向政府就全民精神健康提出政策上的意見。

背景

2. 精神健康是健康不可或缺的元素。世界衛生組織將「健康」定義為體格、精神及社會適應各方面良好的一種狀態，而不僅是指沒有生病或者體格壯健。在健康狀態下，個人能夠發揮潛力、應付一般生活壓力，並有成效地工作，貢獻社區。
3. 就港人的精神健康，根據醫院管理局(“醫管局”)《2010-2015 年成年人精神健康服務計劃》內容指出，香港並無進行大型的流行病學調查，以評估精神病患者的人數，及對精神健康服務的需求，但醫管局根據全球的數據推算出香港約有 100 萬至 170 萬人患有精神病，當中約有 7 萬至 20 萬人患有嚴重精神病。而確診患上精神分裂的病人約有 4 萬人，其中約半數是非住院的病人。
4. 由香港精神科醫學院、浸信會愛群社會服務處、平等機會委員會等 13 個機構組成的「2012 精神健康月籌備委員會工作小組」，在 2012 年 8 至 9 月以電話訪問 1000 名市民，並根據世界衛生組織的身心指標，統計出本港市民的精神健康指數。以 50 分為及格，100 分為滿分，調查發現受訪者平均獲分只得 56.2，有 34.9% 受訪者的精神健康指數不及格，其中屬於勞動人口類別的受訪者的精神健康指數只有 43.78 分。
5. 另外，由食物及衛生局撥款逾 700 萬港元，委託香港大學精神醫學系、香港中文大學精神科學系、醫院管理局精神健康服務單位進行的《香港精神健康調查 2010-2013》，目標為 5,700 名 16 至 75 歲華裔市民進行精神健康評估的調查中期結果顯示，首 2,500 名受訪者中有 362 人(14.5%)有明顯情緒問題，包括超過 6% 受訪者有焦慮症，超過 4% 受訪者有抑鬱症，及超過 2% 受訪者有多於一種情緒病。
6. 由以上資料可見，香港市民的精神健康狀況並非理想。

精神病的影響

7. 精神病明顯威脅人類健康。醫學期刊《刺針》於 2012 年 12 月刊登由美國華盛頓大學的衛生計量和評價研究所，與世界衛生組織及各國研究機構合作進行之《2010 年全球疾病負擔》研究，用「殘疾調整生命年」(即因疾病而損失的健康壽命)來量化疾病負擔，結果顯示精神及行為障礙對世界人口帶來的疾病負擔不斷加重。
8. 殘疾調整生命年是「生命損失年數」(即因病早逝而損失的壽命)，及「活於殘疾的生命年數」(即因病而健康受損的時間)兩者之和。該研究顯示精神及行為障礙於 2010 年佔全球殘疾調整生命年的 7.4%，與 1990 年的數據比較上升了超過 37%，並對少年至中年人口而言，是疾病負擔的主因。
9. 其中抑鬱是造成全球殘疾調整生命年的第 11 位原因，所造成的傷病損失年數達 6300 萬，在所有造成傷病損失年數的原因中佔第二位。而精神分裂症影響健康的程度幾乎可比得上末期癌症那般嚴重。
10. 經濟方面，根據世界經濟論壇與美國哈佛大學公共衛生學院於 2011 年 9 月合撰的報告，在不同類別非傳染性疾病當中，精神病給全球造成最大損失，於 2010 年達 25,000 億美元，並可能於 2030 年升至 60,000 億美元。
11. 上述經濟損失不只是患者個人的負擔，他們的照顧者和家人，以及社會和政府也同時承擔。直接的經濟負擔主要是治療花費，但這不及精神疾病間接所造成的經濟損失，例如患者需接受治療而缺勤、勉強帶病上班或被迫脫離勞動市場，及家屬因需照顧患者而工作受影響。
12. 在個人層面，精神病患者及其照顧者和家屬受到歧視和屈辱。他們許多應有的基本人權和自由都被侵犯，例如他們被不公平地剝奪工作機會，及在享用服務、健康保險和住房方面被另眼看待甚至被拒絕。

精神病患者的權利和政府的責任

13. 聯合國《殘疾人權利公約》(《公約》)訂明殘疾人士(包括精神病患者)與非殘疾人士一樣，在獨立生活、融入社區、醫療衛生與康復、工作就業等方面享有平等權利、自由及尊嚴。
14. 《公約》自 2008 年 8 月 31 日起在中國正式生效，並適用於香港，因此政府

須採取適當的措施，實踐《公約》內容，以促進、保護和確保精神病患者充分和平等地享有一切人權和基本自由。

15. 根據《公約》，政府各政策局和部門需清楚認識在制定政策和推行服務計劃時，要充分考慮《公約》的規定，包括《公約》序言所述，殘疾問題應成為相關可持續發展策略的重要組成部分，亦即主流化的概念。因此，各政策局和部門在制定推行服務計劃時，均需要考慮精神病患者的需要，就對精神病患者有重大影響的政策和措施，更需要適當地諮詢精神病患者和持分者，並訂定指引以確保政策和措施能充分照顧精神病患者的需要，讓他們可全面融入社會。
16. 在《公約》下，精神病患者應可享有因應不同精神疾病、性別、種族、年齡等特徵而特別設計、具質量的免費或費用低廉的醫療保健服務，其服務種類、質素及標準應與其他市民所能享有的為一樣。因此，各政策局和部門在制定推行服務計劃時，需要考慮、顧及所有精神病患者其不同的需要，不應有所忽略。
17. 就本地法例，《殘疾歧視條例》於 1996 年實施，目的是消除和防止對殘疾人士(包括精神病患者)的歧視。根據《殘疾歧視條例》，政府如在執行其職能或行使其權力，或在服務提供方面，直接或間接地歧視精神病患者，即屬違法。這代表政府為精神病患者所提供的醫療和衛生服務，不能比其他市民所得到的為差。政府需為精神病患者及其他市民的身體和精神健康提供相同的保障。
18. 基於上述責任，政府需制訂政策、策略及行動計劃，去有成效地促進和保護全港市民的精神健康，同時確保提供予精神病患者的醫療和衛生服務是良好及全面的。
19. 然而，政府至今未有一套精神健康政策，及明確的政策目標，去有策略地促進和保護市民的精神健康。

政府的說法及有關實際情況

20. 政府一直表示致力推廣精神健康，已為有需要人士提供一系列全面和具連貫性的精神健康服務，亦透過公眾教育和宣傳，提高市民對精神健康問題的認知和正確了解。
21. 政府認為已有機制去統籌精神健康服務，而且該機制行之有效。據政府表示，

本港的精神健康服務由食物及衛生局(“食衛局”)負責統籌。食衛局與勞工及福利局(“勞福局”)、醫管局、社會福利署(“社署”)等有關部門合作，以跨專業和跨界別團隊的方式提供精神健康服務，照顧有精神健康問題的人士的需要。

22. 根據政府提供的資料，「精神健康服務工作小組」(“工作小組”)於 2006 年 8 月成立，由食衛局局長擔任主席，學者、相關專業人士和服務提供者出任成員，聲稱負責檢討精神健康服務，並為未來的服務制訂長遠的發展路向。但工作小組一直沒有公開發表其檢討結果和建議，雖然它曾在 2009 年立法會一次會議上確認及早介入治療及社區復康的重要性。
23. 在服務推行層面，醫管局自 2010 年起推行「個案管理計劃」，目的是為居於社區的嚴重精神病患者提供深入、持續及個人化的支援；社署於同年開始將提供一站式、地區為本的社區支援康復服務的「精神健康綜合社區中心」(“綜合社區中心”)推展至全港 18 區共 24 個服務點。
24. 「中央協調小組」在 2010 年初成立，由醫管局和社署共同擔任主席，醫學界和社會福利界的代表出任成員，聲稱會監察綜合社區中心和個案管理計劃的推行，及就社區精神健康服務檢視持份者之間跨界別合作的情況。但中央協調小組一直沒有交代其監察程序或過程，亦沒有評估推行有關服務的成效。
25. 在 2010 年 5 月 8 日於葵盛東邨發生精神病患者斬人慘劇後，社署和醫管局在不同地區成立「社區精神健康支援服務地區工作小組」(“地區工作小組”)，由醫管局精神科服務聯網主管和社署福利專員共同擔任主席，成員包括綜合社區中心營辦機構、房屋署、警方代表等。地區工作小組作為地區協作平台，聲稱會加強地區層面服務的協作，但沒有交代運作細節。在 2012 年初於上水彩園發生精神病患者斬死保安員慘劇後，傳媒報導地區工作小組在處理需跨部門協作的個案後無向中央通報，令社署及醫管局未能掌握地區情況。
26. 食衛局在 2013 年 2 月向立法會衛生事務委員會提供各類精神健康服務的最新情況，並提出政府正在籌備於 2013 年第二季或之前成立一個委員會(成員包括醫護專業人員、服務提供者、學者和病人組織代表等持份者)，去檢討現有精神健康服務，預計檢討可於約一年內完成。

議會的立場

27. 雖然政府意識到全球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，不過香港的精神健康服務大體上仍以住院服務為主，輔以規模大但繁忙的門診服務。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。
28. 政府處理精神健康事宜的方法只着重提供醫療服務，而單純從醫療康復角度出發去解決精神健康問題是不足夠，因為醫療及康復範疇以外的政策、法例、措施計劃都有可能影響精神健康，例如在僱傭範疇推行家庭友善政策可使僱員有適當時間陪伴家人，增進家人間的情感聯繫，從而促進僱員及其家人雙方的精神健康。勞工、土地、醫療、福利、教育等方面的政策都有可能影響精神病患者與社區融合。精神病患者和家屬在醫療及康復範疇外，例如在就業、福利、房屋等方面都需要協助。
29. 醫管局推出《2010-2015 年成年人精神健康服務計劃》，作為醫管局成年人精神科服務的藍圖，但這是一項臨床服務計劃，計劃的範疇限於醫管局本身所負責的精神健康服務，並非精神健康服務政策，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。再者，計劃的討論範圍限於成年人精神健康服務，有關兒童及青少年，與長者的精神健康服務目前仍在討論階段中。計劃亦非照顧所有成年人精神健康需要。
30. 正因為政府未有制訂精神健康政策，至今連精神健康服務的長遠發展藍圖亦未能提供，以處理有關精神健康事宜，及指導精神健康服務的提供及發展。因欠缺整體政策而引起的問題如下：

服務仍主要沿用傳統的專業架構及服務模式

31. 政府、醫管局等有關部門雖然強調加強基層健康及非政府機構的合作和參與，以改善服務協調，支援非政府機構為精神病患者提供復康及工作機會，但一直沒有制訂詳細、完善的合作機制、轉介計劃及表現指標。醫管局未必一定將正在輪候精神科治療的市民，或出院的精神病患者，轉介至有關非政府機構作跟進。

專業人手規劃不足，影響服務質素

32. 於 2012 年底，總共有 278 名精神科專科醫生註冊在本港執業。精神科專科醫生與本地人口的比率約是 0.39：10,000，遠低於世界衛生組織所建議的比率(1：10,000)。

33. 同期有最少約 20 萬人尋求醫院管理局提供的精神科專科服務，但醫院管理局只聘有 334 名醫生、2,073 名精神科護士、54 名臨床心理學家、189 名職業治療師及 243 名醫務社工，提供住院、門診及外展精神科服務；平均每名醫生需要負責診治最少約 600 人。
34. 專業人手不足令有精神問題人士輪候長時間才能得到診治，且每次獲診治時間有限。即使醫管局由 2009 年起推出特別措施(包括特設精神科診症時段，為懷疑有精神健康問題的人士增加求診渠道)，以縮短精神科門診非緊急類別新症的輪候時間，其中位數仍達三個月(截至 2012 年底)。
35. 此外，政府同時推展個案管理計劃及綜合社區中心，而兩項服務同樣聘用護士、社工、職業治療師等專業人士，以致兩項服務及提供綜合社區中心的服務機構之間爭相聘用上述專業人士，令人手更短缺，影響服務的開展，顯示出欠缺規劃的後果。
36. 就個案管理計劃，現時每名個案經理需同時處理 50 至 60 名嚴重精神病患者，令人質疑能否達到計劃目的。

精神健康服務欠協調、統籌及成效管理

37. 食衛局、勞福局、醫管局和社署之間的協調機制，只能在服務提供的層面加強溝通合作，在服務規劃、人力資源規劃，及資源調配的優先次序上，不同的系統不能互相配合，亦缺乏統籌、監察及成效管理機制。

服務未有顧及所有市民的權利和需要

38. 《香港精神健康調查 2010-2013》只為華裔市民進行精神健康評估，反映政府忽略少數族裔的精神健康情況。政府亦鮮有針對少數族裔的特別需要而提供相應的精神健康服務。

公眾教育和宣傳未能消除對精神病的誤解

39. 在香港，精神病一直以來都被加上負面標籤。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。
40. 儘管勞福局和醫管局有進行精神健康公眾教育活動，例如勞福局自 1995 年

起每年與不同政府部門、其他不同機構及傳媒合辦「精神健康月」活動，公眾對精神健康的認知和了解仍欠準確，例如有綜合社區中心未能落實永久會址，主要原因之一是社區居民的反對，曾有居民在屯門湖景邨內掛上逾 10 幅抗拒精神病患者、要求把綜合社區中心搬離民居的橫額。

41. 新報於 2012 年 12 月 2 日的頭條，以「小心，癲人出沒」為題，配以一名手持刀具、目露凶光的人的插圖，渲染和暗示精神病患者有暴力傾向。這反映政府對公眾及傳媒的教育工作有需要加強。

建議行動

制訂精神健康政策及目標

42. 政府不止應檢討現有精神健康服務，亦應盡快制訂清晰長遠的精神健康政策和政策目標，指引精神健康措施、服務的發展，以協調、具成本效益和可持續發展的方式，服務精神病患者和其他市民，保障他們的精神健康。
43. 世界衛生組織於 2011 年公佈調查顯示全球有超過六成國家有制訂精神健康政策，大部份更已經過檢討。例如英國於 1998 年發表《精神健康現代化：安全、完善、相互支持》白皮書、於 2001 年為長者、於 2004 年為兒童和青少年所制訂的精神健康政策，及其新聯合政府在全面改革健康護理系統的課題下檢討精神健康政策；澳洲於 1992 年開始制訂並於 2008 年更新的國家精神健康政策；新加坡於 2005 年制訂國家精神健康政策。
44. 精神健康政策應有以下目標：
 - i. 減少精神病的患病率及精神健康問題的惡化程度，以減少精神病對社會造成的影響；
 - ii. 促進精神病患者的復康，提供有質素的服務予精神病患者；及
 - iii. 促進整體人口的精神健康，以提升社會的健康狀況。
45. 實施工作方要應有以下目標：
 - i. 宣傳及預防
 - 增加公眾對精神健康的關注；
 - 增加公眾對精神病的認識及有病時的求助途徑；
 - 教育處理壓力的方法及鼓勵有病時尋求協助；
 - 進行生命教育，預防自殺；
 - 鼓勵傳媒負責任及準確地報導涉及精神病的事件；及
 - 增加對精神健康的研究。

- ii. 早期介入
 - 服務制度使病患者可以盡早獲得治療；
 - 透過社區精神健康服務及早識別有精神問題人士及作轉介治療；及
 - 提高有機會服務精神病患者的專業人士(如物業管理人員、警察、教師、社工等)對精神病的了解，以在社區中及早識別有精神問題人士並作轉介。
- iii. 醫療治療
 - 以社區復康作為醫療治療的發展重心，同時維持適度的住院治療；
 - 為所有市民提供基層醫療及社區精神健康服務；及
 - 為病患者提供適時及適切的治療。
- iv. 社會融合
 - 增加康復者的就業機會；
 - 提供夜診服務配合康復者工作；及
 - 協助康復者重新掌握工作技巧及適應工作環境。
- v. 照顧者支援
 - 教育照顧者認識精神病患；及
 - 為照顧者提供服務及財政支援。
- vi. 人力資源計劃
 - 政府獨立撥款予精神復康服務，並鎖定資源不少於本地生產總值的某百份比；
 - 推算發展精神健康服務所需的人力資源，包括醫生、護士、臨床心理學家、社工、職業治療師等，並撥款予大學及其他教育機構進行培訓；及
 - 為在職的精神健康服務人員提供持續訓練，提升專業工作知識及技巧。

設立高層次、跨界別及有持份者參與的中央單位

46. 實施精神健康政策實非單一政府部門的職責。缺乏協調和跨部門的策略制訂和監察服務提供機構令政府部門之間可彼此推諉，縱容甚至加深問題。

47. 參考到世界大部份已發展國家設有專責負精神健康的中央機構，政府應設立一個高層次、跨界別及有持份者參與(包括精神病患者和其家屬、精神科專業人士，及其他服務提供者)的中央單位，協助政府實施精神健康政策、制訂行動計劃及推行服務，例如協助策劃大型教育宣傳計劃、監察復康工作計劃進展、制定研究專題等。

有效地收集人口精神健康資料和數據

48. 就政策和服務計劃的制訂和推行而言，有關人口精神健康情況和疾病負擔的資料和數據是極為重要之依據，幫助瞭解和評估精神健康問題在社區和不同群組(例如不同種族、性別)的分佈情況，從而幫助分析政府在保護及促進精神健康方面的工作進度和水平、須努力的項目、及不同政策的影響層面，以在有限的資源下，訂出資源投入的優先順序，作相應財務規劃和人手分配。
49. 政府應設立一個中央的精神健康資料及數據收集系統，收集所有人口的精神健康情況，並提供準確和合時的詳盡資料。
50. 政府預計於 2013 年年中發表上述《香港精神健康調查 2010-2013》的研究結果。我們提議政府不但盡快公佈研究結果，亦公開所收集的數據，讓學界及相關專業人士可利用研究所得資料進行各項分析，幫助掌握有關人口的精神健康情況。

廣泛諮詢引入法定社區治療令

51. 工作小組在 2010 年成立社區治療令焦點小組，研究海外國家的經驗及相關法例，評估是否適合在本港推行法定社區治療令，但從未有公佈詳細結果。
52. 由於社區治療令這議題涉及個人和公眾利益，對社會多方面或有深遠影響，政府應公開研究過程、進度及所得資料，並應廣泛諮詢公眾。

總結

53. 議會非常關注本港人口的精神健康情況，認為有關精神健康的問題應在醫療康復範圍內外得到更多關注。政府除了應繼續加強、改善現有有關精神健康的服務，亦應參考其他國家，根據本地有關實際情況和需要，盡快與持份者一同發展貫徹及長遠的精神健康政策，設立一個有權有責的精神健康委員會，就人手及其他資源要求作更佳規劃，確保跨界別的協作及提供綜合精神健康服務的質量，能夠切合市民的不同需要，並保障精神病患者的權利，達致有成效地促進全港市民精神健康的目的。

意見及回應