

5. 實證研究業已肯定同儕專業（IPS）於精神疾病病人復元歷程之重要性，我國若欲將同儕支持納入病人支持服務體系，是否應予制度化、以及如何制度化？（草案第 69 條）

這題要聽取使用者或同儕的意見，在整個更大的修法架構中，我的建議會是：納入使用者聲音的多元管道與參與決策，像是使用者評價、評鑑、制度、服務設計等等，落實身心障礙權利公約所說的：「沒有我們的參與，不要為我們做決定」。（現行的從中央到地方一季一次的各種委員會，裡面的代表職權不足，甚至像是淪為象徵性角色，實質作用非常不足。）

6. 現行社區心理衛生中心之運作現況及困境為何？若欲使社區心理衛生中心，作為整合精神醫療、復健、就業及福利服務之單位窗口，此政策措施之可行性為何？他國經驗有無可借鏡或警惕之處？（草案第 70 條）

1. 建立、整合與推展網絡合作，一站式服務：個管的整合到網絡合作。醫院出備個管、公衛或社關個管、心衛中心個管、資源中心個管、社福中心個管、生活重建個管，我們真的需要這麼多個管嗎？哪些要整合？哪些要形成網絡合作？個管後，我們社區支持服務腹地根本不足，資源是零碎散落的，其實網絡根本只是未來式。所以投入預算去建立個管所需要的資源腹地，能促成的是讓服務使用者及其家庭，在苦難中可以落地生活，而不是讓個管這艘船沒有可停泊靠岸的港口腹地，只能載浮載沈，然後被考核說該結案了，被問說案量案量呢！不淪於開個案研討會就結束的討論，而是資源網絡成員的聯訪，共同合作。

2. 提供四個層次的直接服務：意識提昇、早期辨識與介入、支持性服務、危機支持

2-1 提供心理健康的預防、促進與意識提昇：心理健康自我照顧、意識提昇。

2-2 早期介入、諮商輔導。

2-3 精神疾病的社區支持性服務：專線、據點、病人及家庭照顧者支持服務。

2-4 社區危機支持與醫療合作：危機喘息中心、危機機動團隊。

3. 以人為中心在社區生活遭遇的情境發展出的整合性、連續性及持續性服務。提供或轉介服務都要思考這樣的面向。

4. 要有從個管與服務中，找出問題與困境的設計，推動環境的質化與改善。中心的設計要有這樣的環節，這甚至應該比防弊式的評鑑更為重要，才有積極性意義。

5. 社區心理衛生中心，在現行預算及服務框架下，先不要想包山又包海，但必須做的事情在幾個方面：

5-1 發展接合縫補的服務或創新：現行資源裡缺少的面向，並且可以串接原有資源，像是危機喘息中心、個管的腹地不足。

5-2 個管要是點到點的連續性支持：支持一個家庭，生命裡起起伏伏，一階一階地陪伴。像是進入到家裡，把人接到家外，陪伴到社區據點，再到職場，遇到困難再回到家裡，這不是旋轉門，而是正常的起伏，只是在身心受苦及沒有足夠條件下他們需要有人去「撐」住起伏。

5-3 早期介入與意識提昇

6. **導入同儕工作的價值**：同儕的存在價值相對於專業工作者，是保持在專業工作者以外，一個「他者」且具「主體」的眼光，讓同儕的連結是建基於彼此經驗的相互同「在」，脫離傳統專家與病人角色的關係，同儕關係可以是讓專業工作者的凝視更接近「真實」的認識，而不是專家視角，因此同儕與專業工作者的合作才可以更貼近需求。這裡的同儕指的不只是精神疾病經驗者，還包含照顧者。
7. 培養社區心理衛生工作的人才，這個構想很大的基礎需要的是有能力面對複雜、多變、無法按牌理出牌的社區工作。成員需要是跨專業的，可是如果是以社區為基礎的服務的話，著重在支持（醫療是一環，目的是生活）的話，會建議由偏向能做社區支持工作的專業來進行個管、發展支持服務及協調團隊，以生活發展為中心的運作思維。

用生活的思維，讓個管這艘船，把人載到他需要、想去的地方（停歇的腹地）。

8. 針對社區精神照護模式，國外如何發展以跨專業團隊提供外展式（outreach）之家訪、治療與照護服務？他國經驗有無可借鏡或警惕之處？我國若欲參考他國經驗，應如何運作及制度化此類社區精神照護模式？（草案第 75 條）

8-1 開放式對話

「開放式對話」發展於芬蘭西拉普蘭省至今已逾三十年。為針對急性精神病發展以家庭與社會網絡為基礎的實踐。「開放式對話」強調，當精神病人可以找到語言說出自己所經歷的事情（不論是否符合現實），並且被家人聽見和支持。相較於台灣的精神障礙者從有症狀到被協助需要花上 1.68 年，芬蘭西拉普蘭的精障家庭當觀察到精神障礙者狀況不對勁、嘗試後無法用家庭原來的方式應對，就可以邀請團隊入家協助，因此從家人辨認出症狀、嘗試應對、求助到團隊進入，平均只要 2 週。藉著「開放式對話」入家團隊提供精障家庭早期協助，可以有效緩解其精神症狀，提升生活品質，減少入院次數。

「開放式對話」的工作特徵如下：

1. 「立即性」與「密集性」：在案家尋求協助後 24 小時內入家，因為這通常是精神病人與家人最有意願和動能一起面對問題的時刻。另外由於精神危機通常在一、二週可以度過，藉由團隊與家庭協作，可以陪伴家庭度過、甚至發展面對危機的能力。
2. 主動與彈性：依照案家方便的地方展開會議，讓躺床、對人群恐懼不敢出門的家庭也可以得到協助。
3. 以「社群」為對象：不預定「誰有病，而是討論現在相處的困難」、一起面對此刻的困難，讓精神病人比較覺得自己不被針對增加受服務的意願。藉由討論家庭實際生活中的困難，增強家庭成員彼此溝通的能力。
4. 「團隊」的工作方式：開放式對話以團隊（每次 3—4 人）與家庭會談，包含主持人一人與反思團隊二至三人。藉由團隊工作方式避免工作者耗損，不同成員可以在對話中同理立場衝突的家庭成員，避免工作者在家人之間選邊站的壓力。

8-2 降落傘計劃

美國紐約市衛生局取經於芬蘭，結合同儕工作，於 2013 年建構「降落傘計畫」，計畫包括開放式對話的行動團隊、危機喘息中心與同儕熱線，協助精神病人度過精神危機。2013 年 1 月至 2015 年 4 月，位於四個喘息中心的四個行動團隊共服務 614 人、5,136 人次面訪，平均一個中心一年服務 76 人、642 次面訪。降落傘計畫的後續追蹤研究指出 80% 參與者將回報精神病症狀減少、80% 參與者將回報更佳的生活品質，服務對象所接受不同的服務可以持續被整合。

紐約降落傘計畫原則

- 最大化現有資源之利用
- 合併最好的介入手段 (NATM)
- 紐約市 (布魯克林) 首間專為初次精神病發者設立之場所
- 從第一天開始提供以家為基礎的服務
- 以人為中心的方式提供復元導向的服務
- 在照護連續性的每一點中都將同儕整併至照護體系內
- 提供現場的初級照護服務並確保未來的就診
- 透過同儕經營的「熱線」提供符合成本效益的介入方式給危機中的個人
- 在適合基於醫院的系統提供之服務時，提供補充服務

紐約降落傘計畫 流程圖

