

病人是「生病了的人」，應回歸到「人」的權利與需求

精神疾病患者其醫療與精神問題，幾乎會影響到其社會功能的正常發揮。19世紀初各國人們開始意識到這一點，並把精神患者放到大型精神病院與療養院裡。理論上這種大型精神病院能幫助病患解決所有社會問題：住房、日常生活管理、服藥管理。醫師、護士與治療師可以專注於醫療上的症狀治療。

但這種制度被視為「把病患有意義的排斥在社會外」！

這似乎像一個很人道的解決方案，保障了精神病人的「醫療權」，但從今天的角度來看，精神病房或大型機構化的安置服務裡，精神病人只有一個角色「病人」，忽略了病人身為人的「人權」。大型精神病房/機構扮演了所有社會角色「房東」、「雇主」、「家庭成員」與「鄰居」，也因此病人復元和各種社會角色的融入沒有被注重，在醫院的病人沒有辦法在真實的社會環境學到技能幫助他們重新融入社會。

也因此出院後，因住院醫療時間太久及缺乏社會支持，也預告了其再次入院！

近年的實證觀點是「需在更接近社會環境的狀況下提供精神病人的照護與支持」，因此美國在1978年開始他們「在社區生活的培訓計畫」。他們不僅指導病人如何服藥、提供住房、財務狀況的幫助、維持其支持系統、維持他們與家人的聯繫等。他們意識到照護服務不能關注於醫療和心理方面，他真的需要涉及在社區生活的培訓，並提供廣泛的社會和社區活動的積極支持。

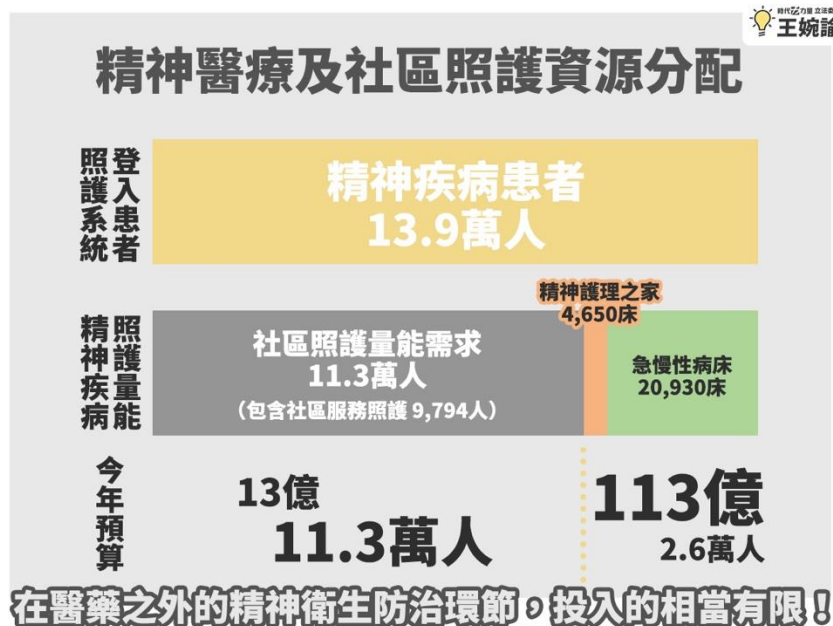
在病人自己的生活環境中，提供廣泛的社區延展支持服務，是幫助他們是一個重要的標準

精神衛生法的修訂，應當回歸到保障精神疾病患者回歸「人」基本生活權利，如身心障礙者權利公約第19條「所有身心障礙者，享有獨立生活和融入社區的平等權利，可以自由選擇和掌握自己的生活」

我國住院醫療體系的完善，保障了病人的「醫療權」，但協助病人回歸社區生活的社區精神復健服務與社區支持服務，卻相當缺乏，如圖一所示，精神疾病的社區需求人口是醫療端的5倍，總投入經費僅有10分之1。另如圖二所示，澳洲與香港均以社區服務發展為基礎，住院醫療資源佔比較少，台灣的醫療服務發達，卻相對忽略了社區服務的發展。

因此增訂相關社區支持服務，修訂第六章「病人及家庭照顧者社區支持服務」實屬必要，以促進社區支持資源之佈建，整合社政與勞政的服務，並與醫療端建立連結與協力，建立多元且連續性之服務。

圖 1:

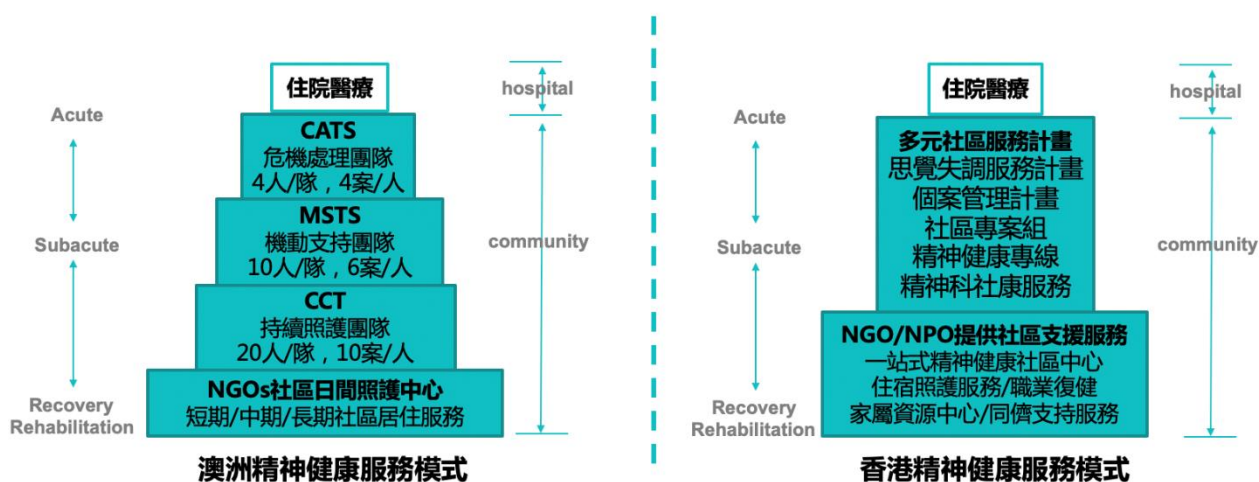


精神疾病的社區需求人口
約是醫療端的**5倍**，總投入經費僅有**1/10**

社區精神復健機構的預算
僅有精神醫療機構的**1/100**，健保經費比則只有**1/10**

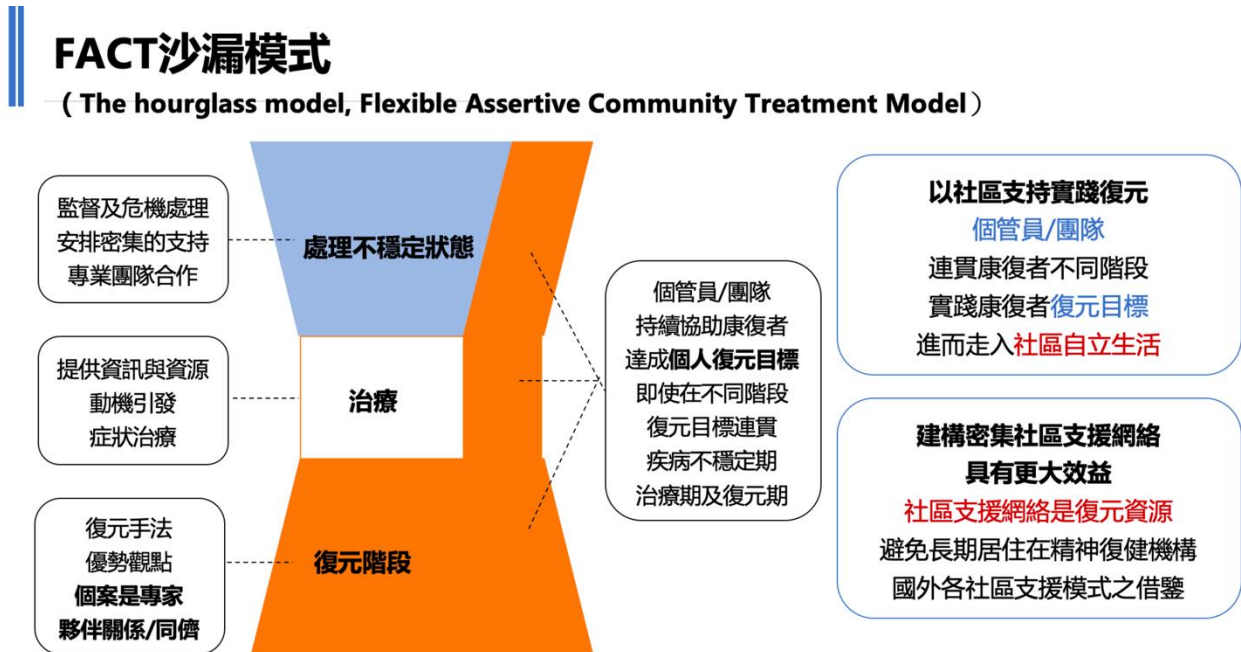
圖 2:

澳洲及香港均強調以『社區為基礎』之精神照護與支持體系
以NGO/NPO為主體發展社區支援服務
著重於社區中建立一站式服務中心/社區支援團隊/危機處理中心



關於社區照護、支持服務與醫療模式之間的結合，建議可以參考 FACT 沙漏模式中強調以復元導向服務的連貫性（圖 3）。

圖 3:



回歸到服務人的觀點，沙漏模式認為精神病患會經歷三個過程，必須強調的一點是此三個過程並非三個階段，治療的同時也會合併復元，處理不穩定階段中治療也是重要的。

- 處理不穩定期
- 治療
- 復元

1. 個人復元目標貫穿不穩定期、治療期與復元期，不因症狀起伏而中斷

先看沙漏模式的右邊欄，橘色的復元連貫了疾病不穩定期、治療與復原過程，並非「病人只有病情平穩，才有空間進行下一步的康復」，個案復元的目標應該在每個階段，即使在住院階段或治療階段，這也是個案管理員、社區關懷訪視員、外展支持團隊、危機處理團隊需持續關注的康復者的復元目標並協助達成的，也代表持續性關係建立對康復者的重要，亦是復元為導向的重要服務精神。

最新精神復健也如此定義著：

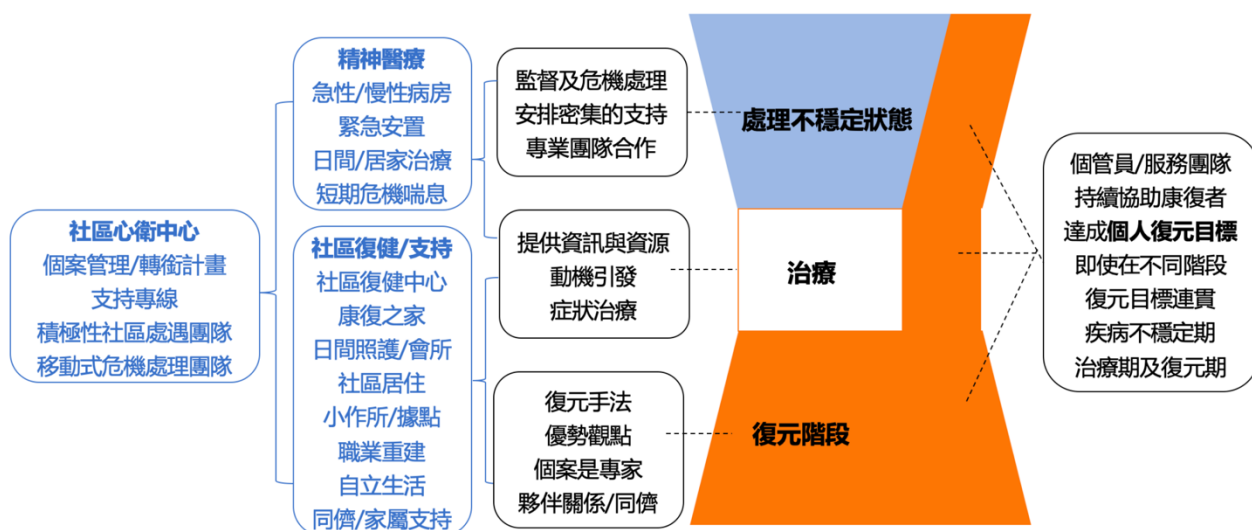
「精神復健旨在促進精神障者復元、完整的社區參與並促進個人生活品質，精神復健的服務應當是整合性、個人為導向與個別化的—Psychiatric Rehabilitation Association (PRA)」

所以在精神復健系統中，應當建立適當的個案管理系統，能夠銜接病人從出院到社區參與的縱向連結，亦能夠在社區中協助連結其他服務系統，如社區精神復健機構、社區支持服務、社區關懷訪視員、外展服務團隊、危機處理團隊等橫向連結，提供「多元連續的服務原則」。(新增條文第六十八條：病人社區支持服務，應依多元連續原則辦理，圖 4)

也因此社區心衛中心的功能、角色，應當依區域進行個案管理服務，並協助連結各項社區資源。

圖 4:

多元且連續的服務體系



2. 處理不穩定期或治療仍以返回社區為目標，應儘早完成完整的出院準備計畫或轉銜計畫

於處理不穩定期或治療，可能是在急性病房或強制治療等，於疾病趨於穩定應當協助進行完整的出院準備計畫，並結合個案的復元目標。另危機處理團隊的目標是協助病人於危機喘息服務中，在社區的支持環境中穩定下來，或協助其進行住院治療，也就是說危機處理團隊的服務應該要能結合足夠的社區支持資源，方能達到在社區中穩定的主要目的。

3. 復元階段須有多元支持服務形成的保護網，以協助個案復元、破除旋轉門效應為目標

於復元階段，應當創建有利於個案復元的條件，專注於提高個案的自主管理，因此社區復健、社區支持等服務應當能提供多元且連續且相互協力之服務（衛政、社政與勞政），如社區精神復健、日間生活照顧、生活重建、自立生活服務、職業重建、社會參與、社區居住、會所等（新增第 74 條：社區式病人支持服務項目）。

以澳洲為例，於第 1 期國家心理衛生計畫（1993-1998），具體達成社區精神醫療花費增加 87%，精神醫療床位由 5802 床下降到 3396 床（減少 42%），24 小時社區住宿機構照護床位增加 65%（824 床增加到 1363 床），精神醫療機構支出占比由 49% 下降至 29% 等。此外 2015-2016 澳洲精神住院統計，平均住院天數是 16 天，因此現階段提升社區復健與支持服務的能量，減少病床使用應可作為第一階段的政策成效指標。

復元模式中建議，服務提供者（專業人員）應像一個教練、指導與旅行中夥伴的角色，隨著復元歷程的進展，個案像個司機，服務提供者像個乘客，並於必要時給予支持。服務提供者的角色從「臨床專家」轉為「合作夥伴」，服務提供者是「精神疾病患者」人的輔具，承擔創造個案復元的條件與任務。

另在復元階段，同儕支持者有著重要的作用，也就是復元階段裡「個案是專家」的意涵，讓個案在生命歷程中充權，藉由各項復元導向的支持服務，能夠自主掌控疾病，過著個人想望的生活。復元的過程辛苦崎嶇，同儕對復元歷程的深刻體會，能給予沒有生病經驗的專業人員所無法給予的支持和陪伴，也因此各國藉由制度化培訓同儕支持員，讓同儕支持員的經驗協助正在復元歷程中的康復者。

目前各國均已將同儕支持員融入各項心理衛生支持服務體系。（新增第六十九條，地方衛政與社政主管機關辦理病人社區支持服務，應置同儕支持員，促進其生活品質、社會參與及自立生活）

- ACT、FACT 外展服務團隊裡會有一位同儕支持員
- 美國紐約降落傘計畫在各項服務中均有同儕支援員
- 香港一站式精神綜合健康中心有全職同儕支持員駐點服務
- 澳洲職業重建服務體系中導入精障同儕督導制度

國外的模式是以社區資源為主，提供大量社區資源效果良並符合人本的精神。然而，目前國內資源不足，希望在這方面的資源能夠增加，並希望未來社區方向以復元模式為導向…。政府應重視各階段個案的需求，特別是復元階段社區支持服務的多元發展，回歸到「人」的服務，醫療僅是精神疾病患者的一部分，並非全部，以復元導向協助個案對生活和精神疾病積極自我管理，重獲精神健康服務和治療之外的生活。