



英國老年精神病患的長期照護模式:參訪心得及台灣未來的展望

臺北市立聯合醫院松德院區 邱智強 醫師

台灣老年精神病患者的照護處 置與長照需求

計畫緣起

為能在精神病患者老化問題上提供更多的服務與政策的建議，前往英國前往考察、觀摩關於精神病患者老化後相關的政策與服務，特別是著重於居家治療及這群病人相關的長期照護計畫及照顧方式。

預期目標

參訪機關：英國NHS倫敦南邊莫茲里醫院Maudsley hospital、精神心理暨神經科學研究中心(Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience)

- 一、透過參訪觀摩對本市老年精神患者長期照護的政策與執行方式提供正面的參考
- 二、改進目前老年精神病患居家治療的政策與執行方式

老年精神病患者包含哪些？

- 老年失智症合併精神病症狀
- 老年精神病
 - ✓ 年輕時即有思覺失調症目前已年老
 - ✓ 老年才發生思覺失調症或妄想症
- 老年躁鬱症
 - ✓ 年輕時即有躁鬱症(雙極性情感疾患)
 - ✓ 老年才發生躁鬱症
- 老年憂鬱症
 - ✓ 年輕時即有鬱症目前已年老
 - ✓ 老年才發生鬱症
- 其他原因引起之老年精神病(如腦傷、喝酒、用藥及生理問題等)

老人如何使用精神科服務

- 老人如何使用精神科各項服務並不清楚
- 老人的精神醫療服務建議要有延續性，不一定要轉老精次專
- **Need-lead services:**可能要考慮依需求導向的服務來處理其就醫情形

照顧老年精神病患者須評估…

- 我們對病人的需求評估是否完善？
- 是否已提供較佳的藥物及社會心理處置？
- 是否安排到最合適處置的處所？

去機構化的後遺症？

- 一個追蹤五年，關於思覺症患者由長期住院改到社區追蹤，結果發現病人的臨床狀況及社會行為不變，但病人獲得了新技巧及交新朋友，也較喜歡在自由的狀況。
- 近年來對去機構化有些省思，主要是若要提供必須安置的精神病患者，應該在何種機構較合適？年輕 vs. 老年機構？衛政或社政機構？不恰當的被放急性病房？或是放在原先設計給失智症患者的安養院？
- 他們身心的缺損程度及需求並不清楚

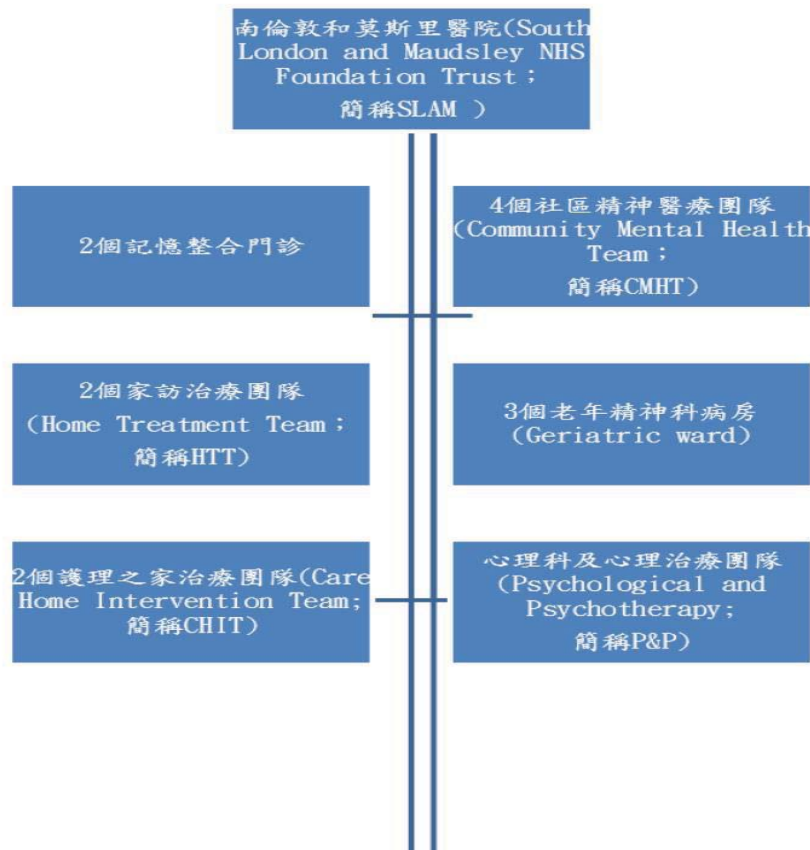
是否安排到最合適處置的處所？

- 病人對社交互動缺損，但若環境缺少刺激，此狀況就更惡化(如龍發堂?)，
- 老年精神病患居住的分布很少被研究
- 由於他們功能差異很大，也代表需要不同的居住需求，如對獨居者的支持或特殊全時的精神護理之家，最困難的反而是介於其間的個案支持性的住所 (hostel) 的員工，反而常常為了個案的生理問題奮戰，或會被年輕的患者欺負。另一考量則是護理之家。
- 住在為失智症老人設計的護理之家，個案可能失掉了結構性的活動、休閒及陪伴反而可能使其喪失日常生活能力

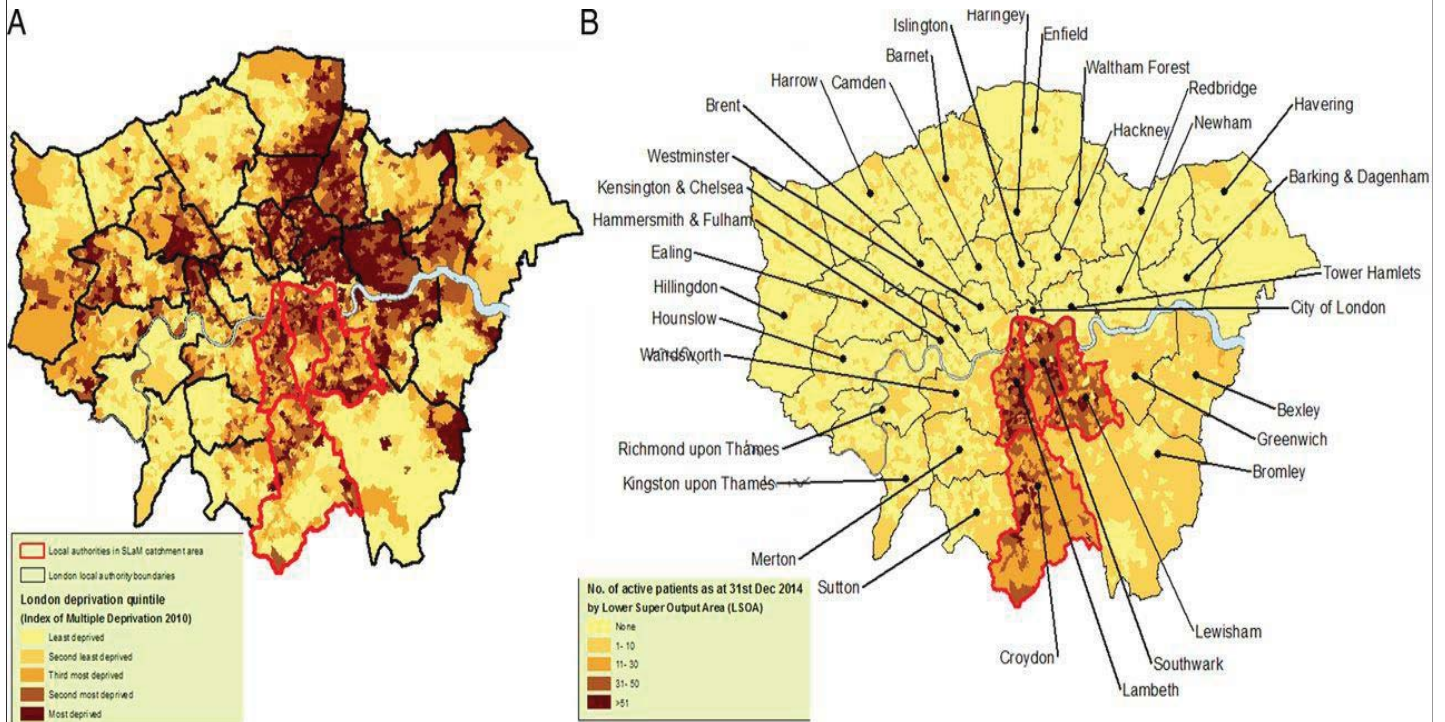
英國倫敦參訪目的

- 派人前往老年政策及服務已建立較完整的英國前往考察、觀摩關於精神病患者老化後相關的政策與服務
- 特別是著重於老年精神病患者之居家治療或照護方式。

南倫敦和莫茲里醫院(SLAM)和老年精神疾病相關的醫療或心理健康服務



SLAM負責的區域



Borough	Area (sq mi)	Population (2017)
<u>Croydon</u>	33.41	384,837
<u>Lambeth</u>	10.36	324,048
<u>Lewisham</u>	13.57	301,307
Southwark		314,232
Great London		8,825,001

有百年以上歷史的莫茲里醫院 (Maudsley Hospital)



Another building of Maudsley Hospital



記憶整合門診

- 一般大多是由家庭醫師轉介，小於65歲轉給神經科評估是否為早發性失智，是否有其他問題引起之失智現象。而65歲以上則轉給老年精神科醫師所帶領的記憶門診團隊
- 記憶門診會由醫師在門診或去家中問診作鑑別診斷及認知功能評估；之後排影像學檢查確診後予以開立藥物
- 待藥物調配穩定再轉回去給家庭醫師繼續處理(英國稱為同意分享照顧； **Shared Care Agreement**)
-

- 一位醫師一周大概收到4-5位新個案，轉介至家庭醫師後有用藥者，記憶門診護理師每6個月追蹤一次，再回報給精神科醫師看是否需調藥，還是藥物無效，需重新考慮診斷
- 若個案精神行為問題(**Behavior and psychological symptoms disorder; BPSD**)太嚴重難以處理，則會轉到CMHT處理。

- 一般來說約**15**個左右家庭醫師會和一個醫院合作，互相轉介個案稱為**NHS 臨床委託照顧團體(Clinical Commission Groups)**
- 目前記憶整合門診在推且覺得有證據力的包括：
可轉介需訓練的患者給心理師作**認知刺激訓練 (Cognitive Stimulation Therapy; CST)**共八堂課以團體方式帶領；另則是對照顧者提供八次的個別心理治療，研究覺得比團體治療效果較好。

SLAM老人社區居家服務的團隊(CMHT)其中之一就位在莫斯里醫院往下走約五分鐘處外表不顯眼的Maria House



老人社區居家服務團隊 (Community Mental Health Team; CMHT)

- 運作方式：
- 由家醫科醫師或其他人的轉介，再由當值的工作人員之一接案做初步的評估
- 如風險如何?是否需緊急處理?是否適合轉介等)，必要時可詢問資深人員或專科醫師。
- 確定分案則要在十天內完成初次評估，在多專業的團隊會議上提出討論(Multi-Disciplinary Team; MDT)

- 在多專業的團隊會議上提出討論(Multi-Disciplinary Team; MDT)，中間會依據個案的狀況分配給追蹤的公衛護士，同時評估是否需要哪一個專業做進一步評估與給於協助，最後形成治療計畫(Care Plan Approach; CPA)
- 一般個案負責人最多負責30位，所有的病人一個月訪一次
- 同時也將個案分級來管理及照顧，當然也要有出備計畫(離開某一級或離開CMHT)。

CMHT at Maudsley Hospital

- 莫斯里醫院的老年社區精神醫療團隊(CMHT)處理235位個案
- 包含2位老年精神科次專科、2位住院醫師、10位公衛護理(含專科護理師)、2位復健治療師、1位心理師。
- 一個公衛護士負責約20-25位個案
- 和臺灣不同的是他們不僅只看嚴重的精神病患者，憂鬱症或焦慮症的個案也可納入，基本上只要家醫科醫師或其他精神科醫師處理不來皆可轉介。

SLAM 的2個護理之家治療團隊之一就在莫茲里醫院旁，主要是去協助護理之家的老人任何的精神科問題之處理及給建議



護理之家治療團隊 (Care Home Intervention Team; CHIT)

- 英國老人照護之家(Care Home)一般來說有兩種：
- 一種是不需專業人士照顧的叫住宅之家(Residential Home)，通常約一個機構照顧3-4人至50人不等，入住的老人通常大致身體狀況還好，但無法獨力生活，一般老年的精神病可能住這種
- 另一種為護理之家(Nursing Home)

- 另一種為護理之家(Nursing Home)，一般來說這裡的老人比較需要專業的照顧，通常他們老人大多混在一起不分失智症、精神病或身體問題。
- 僅很少地方有特別精神問題的護理之家(Mental health nursing home)及身體問題的護理之家(Physical nursing home)。

外表及擺設和住家沒兩樣的護理之家，他們並不分一般護理之家或精神護理之家都一起照顧



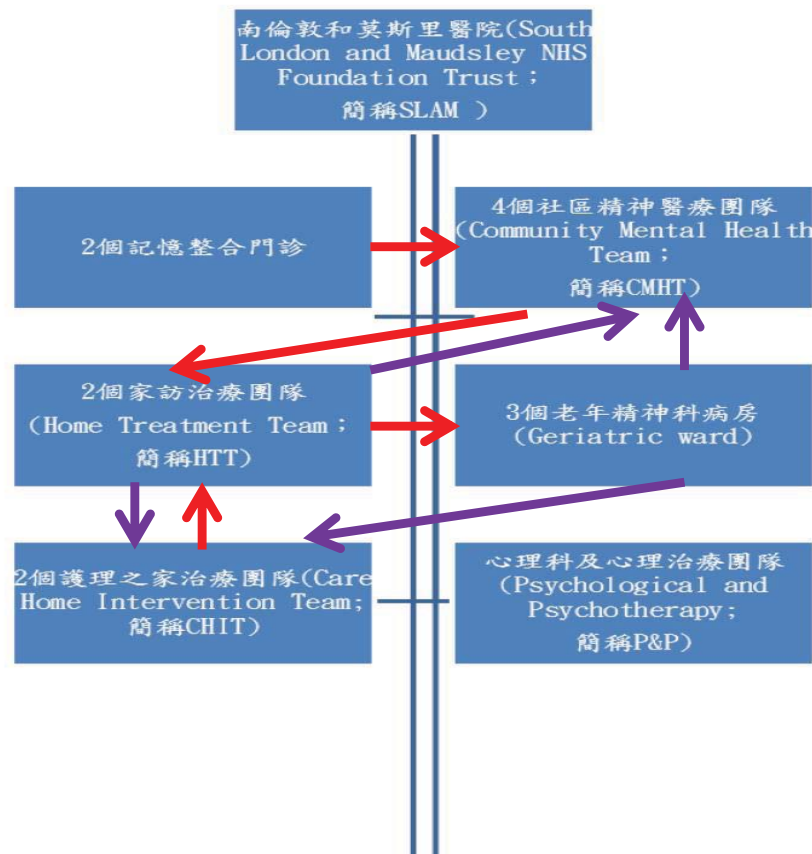
家訪治療團隊 (Home Treatment Team; HTT)

- 他們只接受由CMHT及CHIT的轉介，也就是如果這兩個團隊的個案不穩定就會被轉到HTT團隊
- HTT團隊包含8位護理人員(含2位較資深的專科護理師)，另就是一位部份工時的老年精神科醫師(一周來兩天)。一旦個案被轉介，他們會作較密集、強度較高的訪視
- 基本上4小時內要做第一次訪視，48小時內他們需要一天訪視2次，協助盯藥或密切評估這些老年人的危險性

- 一般來說平均他們追蹤的時間約**1-2**周至**8**周不等，之後視狀況減少但起碼是每天要訪視一次，直到個案穩定後再轉回原來的**CHIT**或**CMHT**團隊
- 個案也像**CMHT**團隊是分級處理及討論。
- **HTT**團隊的目的是即使嚴重的病人，還是盡量減少住院
- 但以較密集社區家訪的方式結合原來的團隊一起處理，類似危機處理小組他們也覺得這樣較經濟

- 一旦個案需要住院，此三區有**60**張老年精神科的床直接由**HTT**團隊掌控，當個案需要住院甚至強制住院，他們也會做適當安排
- 一般個案量約為**18-20**個，我去參觀時個案較少僅**12**個。他們上、下午都各聚在一起，一次會討論所有手上的個案，然後再各自去看病人
- 約一半轉介**HTT**的個案為情感性疾患(鬱症或躁鬱症)。

南倫敦和莫茲里醫院(SLAM)和老年精神疾病相關的醫療或心理健康服務的醫療或心理健康服務



心得

- 參訪過程其實也深刻了解到社區的工作重點還是要人、要錢，否則很難深入去做
- 當然他們的工作人員還是有很多抱怨，特別是因英國經濟變差後NHS預算減少，工作人員人數下降，但要做同樣的事，也因此升遷、教學、督導也被負擔的臨床工作影響。
- 因此和台灣一樣他們也面臨經費及人力之問題

- 另則是社工幾乎全面撤出醫療體系，雖他們的中央政府和臺灣一樣社政及衛政同屬一個部門
- 但目前在地方社政、衛政也幾乎都分開，要申請相關福利或到底哪一塊算醫療、哪一塊算社會福利也經常有爭執
- 其他則是公平性的問題，因為無論你年輕工作不工作，最後你都會得到類似的照顧，反而若你有房子政府會把它收回來付你的費用，沒錢的反而全部由政府出

英國老人精障照護體系之優點

- 老年精神病患的照護系統分工的細膩及綿密：社區或對精神障礙老人的服務分工很細
- 且各單位協調溝通多，對困難的個案可做到每天兩次家訪及花許多時間不同團隊彼此溝通。
- 一條龍服務不分精障或肢障：精神障礙及一般老人放在同一個安養院，且個案從頭到尾除非迫不得已需住院，都在同一個地方照顧
- 因此也都布置得像家一樣；不像臺灣大多的安養院不收年輕時有精障診斷的個案，而需另設精神護理之家，但最後身體問題變嚴重時又要再找一般的護理安置，個案又要重新適應。
- 個案分層管理：他們社區的團隊不論CMHT、HTT都用分層系統在管理病人，這會讓個案的狀況變得較清楚，這應該是我們社區的團隊值得學習的地方。

具體建議

- 一、建議松德的社區居家團隊學習NHS社區團隊的分層系統管理居家的個案，將個案分級管理，同時特殊個案在團隊會議中提出，以做及時的討論及處理
- 二、和研究資源較豐富的IOPPN合作老人相關的研究，目前將和Robert Stewart教授合作相關精神科老人的議題
- 三、建議松德病房開會時隨著病歷全面電子化，建議用直接投影或有大螢幕的面板時學習SLAM如何將團隊會議直接電子化

謝謝收聽! Q & A?

