

卑詩省心理健康體制改革

積極性社區治療

**ASSERTIVE COMMUNITY
TREATMENT**

最
佳
實
務



BRITISH
COLUMBIA

Ministry of Health Services

這份報告書是心理健康最佳實務系列七份報告書的其中一份。這些報告書是 44 位心理健康界代表的努力成果，他們組成了多個最佳實務工作小組。通過文獻評論及諮詢等方法，他們記錄了他們共同認為最能為個人製造積極健康效果的服務和策略。

各心理健康服務消費者、¹家庭成員和服務提供者都為上述的工作不遺餘力，獻出了他們的專長及努力，卑詩省衛生廳為此深感謝意。

《卑詩省心理健康制度改革最佳實務》系列包括以下的報告書：

- 《住屋》
- 《積極社區治療》
- 《危機回應及緊急服務》
- 《住院與門診服務》
- 《消費者參與及發動項目》
- 《家庭支援及家庭參與》
- 《心理社交康復與痊愈》

¹譯者註：在本文，「消費者」一詞是指使用心理健康服務的人。（請參閱附錄乙用語表對此項的解釋。）

卑詩省心理健康體制改革 最佳實務 積極性社區治療計劃

目錄

| | |
|-------------------------|----|
| 積極性社區治療計劃 最佳實務工作小組..... | 1 |
| 行政摘要 | 3 |
| 1. 卑詩省積極性社區治療指引 | 4 |
| 1.1 目的..... | 4 |
| 1.2 個案管理與積極性社區治療 | 4 |
| 2.1 基準..... | 6 |
| 2.2 目標..... | 7 |
| 2.3 目的..... | 7 |
| 2.4 結果..... | 7 |
| 3. 積極性社區治療的原則..... | 8 |
| 4. 服務元素 | 9 |
| 5. 低的職員對消費者人數比率 | 11 |
| 6. 團隊服務方式或分擔個案量方式 | 12 |
| 6.1 人力分配..... | 12 |
| 6.2 積極社療職員的角色..... | 13 |
| 6.3 職員訓練..... | 13 |
| 7. 以消費者為本的服務 | 14 |
| 8. 積極的外展工作 | 15 |
| 9. 連續的服務 | 16 |
| 10. 收症準則 | 17 |

| | |
|------------------------------|----|
| 10.1 年齡..... | 17 |
| 10.2 疾病性質..... | 17 |
| 10.3 功能損傷..... | 17 |
| 10.4 顯示需要的指標..... | 18 |
| 10.5 物品濫用..... | 19 |
| 11. 服務終止準則..... | 20 |
| 12. 評估工具..... | 21 |
| 13. 最佳實務例子..... | 22 |
| 13.1 美國和加拿大的例子..... | 22 |
| 13.2 卑詩省內積極社療的例子..... | 22 |
| 14. 實施方法..... | 24 |
| 14.1 聯繫各方..... | 24 |
| 14.2 如何解決阻礙積極社療進行的體系性問題..... | 24 |
| 14.3 成本費用..... | 25 |
| 14.4 職員訓練..... | 26 |
| 14.5 工作評估..... | 26 |
| 14.6 市區積極社療隊的規模..... | 27 |
| 14.7 特殊病者群..... | 27 |
| 建議摘要..... | 28 |
| 用語表..... | 29 |
| 參考數目..... | 36 |

積極性社區治療計劃
最佳實務工作小組

Rose Dumont

聯合主席

Diane Miller

聯合主席

Gerri Bailey

Rob Brooks

John Higenbottam

Simson Lee

Joan Marsh

Mary MacInnes

衛生廳聯絡人

重要備註：

所有心理健康的最佳實務都是以心理社會性質康復的原則為依歸。這些原則一方面強調讓消費者應在制定及實現其個人護理、生活目標上有所參與，另一方面強調給予消費者治療與支持，幫助其應付病癥，及發揮他們的長處。

行政摘要

積極性社區治療（Assertive Community Treatment—ACT，以下簡稱積極社療）是一種供應服務的模型，目的是為那些同時有多種複雜需要的病人，提供靈活與全面的服務。積極社療有幾個獨特的主要成分，故此與其他個案管理模式不同，這些特點包括：較低的職員對消費者比率、團隊護理方式、以消費者為本的服務方式、積極性的外展與延續服務等。這種模式現已被界定為是一種最佳實務，因為有些受控研究發現，這種治療方法與正面的治療結果有關。與其他個案管理模式進行比較，以找出哪些方法較為有效的受控研究，暫時仍然缺乏。然而，所有個案管理模式，都有評估、策劃、連結和監察等幾種功能。

積極社療的對象是那些患有嚴重的持續性心理疾病及某類失能，並且頻常使用醫療制度服務的人士。由於積極社療成本昂貴，而且服務密集，所以它的服務對象，僅限於嚴重精神病患者人口中，一個很小的百分比。

積極社療對嚴重精神病患者與其家人及社會都會帶來好處。根據研究證明，積極社療預期會減少醫院的使用率，改善病患者的功能水平，及減低照護者重擔。

1. 卑詩省積極性社區治療指引

1.1 目的

- 要提供政策指導，以便為患有嚴重和持續精神病的消費者，策劃及提供積極社療計劃服務。
- 要確保積極社療工作團隊在一個符合「最佳實務」要求的框架下成立。

1.2 個案管理與積極性社區治療

個案管理是一種在 1970 年代發展而成的服務提供方法；而服務對象是那些居住在社區內的嚴重精神病患者。當年，為這類病者而設的服務較為零碎，而病者再次入院的比率亦不斷增加。隨著這方面需要的出現，不同種類的個案管理方法也因而建立起來了。所有個案管理方法都有幾種共同的功能，就是：評估、策劃、連結和監察。

大多數的個案管理模式之間，都缺乏清晰的分別；實際上，個案管理通常都是以折衷的方法進行的，密集程度亦各有不同，很多時也會把幾個不同模式的做法結合起來。由於這種同時實施幾種不同模式的做法缺乏一致性，故此很難把各模式的結果進行比較。以大多數的個案管理模式而言，現時都沒有研究證據可證明一個一般性（generic）的個案管理方法，可比傳統的（即以辦公室為本的）服務，提供更佳的結果。事實上，有些研究的報告卻提及一點，就是個案管理在減低住院率方面，效果較低。但是，至今為止積極社療是經過最多研究的個案管理模式。這種模式有幾個獨特的主要成分，是與其他的模式顯著不同的；人們已對積極社療進行過多項針對不同治療對象的研究，它們的結果都證實這種模式是有效的。積極社療已被認定為一種最佳實務，因為人們已證明這種方法與正面的治療結果是有明顯的關係的。

個案管理的定義

以下幾個定義，描述各種個案管理模式的主要特色及目的，這些模式都是在有關文獻中有所提及的：

- **轉介方式 (Brokerage)**
 - **擴闊轉介 (Expanded broker) 或非專家 (generalist) 轉介模式**：協調服務及把病患者轉介到有服務的地方

- **臨床個案管理**

- 康復輔導模式：幫助病患者發展日常生活技巧，以求達到個人目標，以及提高其投入社區生活的能力；以一項功能評估和一些康復輔導計劃為基礎。
- 個人長處：著重發展個案管理人和消費者兩者之間的合作夥伴關係，把注意力集中於長處（而不是失能）之上。
- 密集個案管理：以低量個案和高量輸入的方法進行，要包括有密集的接觸和主動的外展；個案量不與別人分擔。

- **全面支援模式或稱積極性社區治療**

- 藉著技能訓練、臨床管理及支援等方法，以減少病癥及處理病癥為工作焦點。個案管理是以團隊形式提供的，而支援工作則在病患者所居住的區內提供。這種模式還有其他的名稱，如社區生活訓練（Training in Community Living—TCL）及積極性社區治療項目（Program in Assertive Community Treatment—PACT）。芝加哥渡橋模式（Chicago-Bridge model）是從積極性社區治療項目演變出來的一種模式，有時亦稱為積極性個案管理（Assertive Case Management—ACM）。

個案管理實務工作之其他用詞

有一些其他的用詞，是談及個案管理實務時會經常用到的。這些用詞中，有些可能是某個健康區域或某項目專用的名詞，有些則可能是在很多個區內都會普遍使用的。

- **外展工作**：在辦公室以外的地方，與區內的服務使用者接觸，通常是指在服務使用者所在的地點向他們提供服務。
- **橋接（Bridging）**：提供過渡性的服務，把病者由醫院轉介至社區內的服務，這個用詞亦可指把一個社區與另一個社區連絡起來。
- **避免住院方法（Hospital admission diversion）**：一種在遇有危機時提供的短期密集個案管理服務，以避免或防止要把病者送往醫院。這種服務只在危機期間內提供，而並非無限期的。
- **社區生活支援**：外展服務是在社區內提供的，通常是由合約承辦機構提供，作為一種輔助心理健康中心個案管理服務的途徑。這種服務亦可為住在支援式宿舍的人士提供。
- **司法科聯絡外展（Forensic liaison outreach）**：這種過渡性的服務用來協助病人在刑事司法單位、司法科診所及心理健康服務中心之間進行轉介。

2. 積極性社區治療計劃

2.1 基準

積極社療可以用來代替其他形式的社區護理，但是卻是一種昂貴的服務模式；因此這個模式應該針對最適合的對象，即是那些頻常使用住院護理服務及司法醫科服務的人士。本省 1998 年的心理健康計劃，特別針對嚴重及持續精神病者中百分之二的病人，這類病人是同時兼有某種功能失效的。雖然這個計劃支持積極社療，但是最多只為八千二百名病人提供服務，即只為此類最嚴重精神病者中的一部份病人提供服務。

這個數字約等於卑詩省的成年人口（即十九歲以上者）的百分之零點二，但是這個數字並不反映使用社區服務的人數，或頻常服務使用者的人口分佈情況。我們不能假設這類人士是平均地分佈於本省各地的。事實上，患有嚴重精神病的人之中，有較大部份都使用低陸平原區醫院急性心理健康服務或社區提供的心理健康服務。

建議

1. 積極社療的服務對象應該是那些患有嚴重和持續精神病，兼有功能失效，且頻常使用醫療服務的病人。至於如何決定誰可獲得積極社療服務，最重要的決定準則就是誰有最大的需要及最常使用其他服務。
2. 積極社療的資源分配，應該反映每個健康區域內頻常服務使用者的需要。由於衛生廳仍未對使用量定出標準化的措施，每個區域都應該查出其醫療體系內現有多少名頻常服務使用者，上述醫療體系包括社區機構、急性護理醫院、河景醫院（Riverview）或其他提供第三級服務的醫院、監獄及司法科服務項目。

2.2 目標

要使嚴重精神病患者可在其自己的環境內，接受適合他們需要的治療，從而使他們可在社區內過著獨立及自足的生活。

2.3 目的

- 減少住院的需要，改進在社區內生活的能力
- 為病者、病者家人及社區，改善生活質素、健康和水平。

2.4 結果

- 入院人數或入院時間有所減低，致使醫院床位的使用日數也相應下降。
- 病者從事日常生活、社交、娛樂及就業等各方面的能力有所提高。
- 病者家人對其親屬所獲得的照顧感到更為滿意，亦因為他們的擔子得以減輕而感到更為滿意。
- 全面功能評估（Global Assessment of Functioning—GAF）的積分有所改進，即反映出病癥的嚴重性以及嚴重急性病發的次數都已經減低。
- 對緊急服務、急性護理、司法科服務和過渡性住屋等服務的需求有所減少。

3. 積極性社區治療的原則

應該以下列的原則去引導所有積極社療團隊的發展：

- 積極社療團隊是由一群專業人員組成，他們一同合作，為一群消費者提供心理健康服務。
- 採用以消費者需要為本的護理方式。
- 消費者和個案管理人要有夥伴合作的關係。
- 積極社療個案管理人員，應積極地和靈活地為消費者提供外展服務，而不是要消費者到來求取服務。
- 積極社療的服務對象，是人口中那些最需要的人。
- 積極社療的服務宗旨，是要防止病者入住醫院，及幫助他們在社區的環境內成功地生活。

4. 服務元素

積極社療是一種提供服務的模式，範圍包括一系列連貫、靈活和全面的干預服務，以協調病者多方面的不同需要。服務是由一組流動心理健康團隊提供，內容包括治療、康復輔導和支援服務，以使消費者可以成功地在社區內生活。服務是長期連續供應的。只要消費者有需要，服務就會連續供應，甚至是終生供應的。

以下是構成積極社療的基本要素，若要成功地實施這種服務模式，它們就是不可缺少的：

- 低的職員對消費者人數比率（一名職員對十名消費者）
- 以團隊方式提供服務，或個案量以分擔方式處理
- 以消費者為本的護理方式
- 積極性的外展工作
- 連續的服務

| 組成元素 | 目的 | 標準 |
|-------------|---|---|
| 低的職員對病人人數比率 | 為消費者提供密集的接觸，以減低他們入住醫院的需要，及減低對其他危機服務的依賴。 | 人手比例：每十名消費者對一名積極社療隊員。 與每名病者平均每星期接觸三次或以上。 |
| 團隊方法 | 改善為消費者提供的服務的連續性。 防止職員變得精疲力竭。 | 個案工作量由所有隊員分擔，每星期輪換一次。每日要有職員會議去討論各事項，問題和計劃。 |
| 由消費者決定的服務提供 | 迎合消費者所定的需要。 | 護理/治療計劃要個別化，以適合各消費者；同時要集中注意個人的長處，而不是其病態和缺點。 |
| 積極性的外展工作 | 在社區內消費者所在的地點（例如，家中、餐館內、公園內等地方）為他提供服務。 | 百分之八十的護理是在本區內提供，地點是在辦公室以外地方。 |
| 連續的服務 | 在任何時間都要有一系列的服務提供。 | 消費者每星期七天，每天 24 小時都可以獲得服務，而且服務是長期性的，而不是有時間限制的。 |

建議

3. 積極社療模式將包括以下五個主要的元素：低的職員對病人比率、團體方式、以消費者為本的服務、積極的外展工作及連續的服務。若要忠於積極社療模式的宗旨，那麼每位接受此類服務的人士，其服務都必須同時包含這五個元素。
4. 積極社療團隊的經費資助，應該以一個「保真度指標」（Fidelity Scale）作為根據。這個指標量度積極社療團隊在實施這五個元素時的規格符合程度。

5. 低的職員對消費者人數比率

職員人數對消費者人數的比例，應該是一比十。這是積極社療模式的基本原則之一。在病情特別困難的期間，職員必須要能夠與消費者平均每星期接觸三次或以上。這一點對提供連貫的治療和減低入院率都是十分重要的。由於積極社療是一種個別化的治療，所以可以有效地處理危機，使病人可以避免需要入院。

6. 團隊服務方式或分擔個案量方式

所有病人個案都要由所有隊員負責分擔。在這個模式中，每位隊員都會認識每位消費者，而每位消費者亦會認識每位隊員。隊員分擔責任，對消費者和職員兩者都帶來好處。消費者會漸漸認識各隊員，並且會與他們合作；即使有隊員離開，消費者的服務中也不會因而出現缺口。此外，團隊模式亦容許大家使用各種可能對消費者更為適合的不同方法。對個案管理人來說，分擔個案量的方法，一直都是一種預防員工變得精疲力竭的有效方法，並可使職員士氣提高，及減低職員的流失。

6.1 人力分配

一隊積極社療團隊應該最少有三名職員，而最多不可超過六名。一般人都認為，在某些特殊的環境下，例如農村地區等，積極社療團隊的人數則需要較有彈性。團隊可包括護士、社會工作者、職業治療師、醫護人員、康樂治療師和精神科醫生。此外，亦應該考慮把朋輩支援工作者加入，作為團隊成員。有證據顯示，朋輩支援工作者可提高服務結果；他們對建立社會網絡和朋輩支援兩方面特別有助。朋輩支援工作者的參與，對消費者的生活質素有顯著的影響，對其他隊員的態度和行動亦有正面的影響。

| 職員人力結構 | 護士 | 其他專業人員 (社會工作， 職業治療) | 精神病科 | 其他人員 (醫護、朋 輩支援) | 文員助理 |
|--------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 市區內 | 每隊最少要有兩人 | 每隊最少要有一人 | 每六個 FTE 隊員就要有半個 (0.5) | 每六個額外隊員就要有一個 | 每六個 FTE 隊員就要有半個 (0.5) |
| 農村內 | 最少要有兩人 (可能要在不同的社區內工作) | 可能包括在社區內已有的專業支援 | 每六個 FTE 隊員就要有半個 (0.5) | 未能決定；隊伍可以會有其他多種廣泛的支援 | 每六個 FTE 隊員就要有半個 (0.5) |

6.2 積極社療職員的角色

- 團隊個案管理
- 家中或街頭探訪
- 參與和評估
- 協調或獲取資源
- 轉介、調停、及在尋求服務方面進行倡議工作
- 教授健康和生活技能
- 危機處理及干預服務
- 使用藥物及監察藥物的使用
- 評估及處理病癥，提供支援式治療
- 康復和職業服務
- 向消費者、其家人和其他主要的照顧人提供教育、支援和諮詢。

6.3 職員訓練

積極社療隊員必須要具有資格，及具有在社區環境下提供治療所需的技能。他們亦必須具有在心理社交康復原則方面的訓練，因為積極社療是一種結合心理社交支援的積極治療方式。職員應該盡力減低病者再次入院的情況，同時也要願意「不惜千方百計」去防止病者需要再次入院。職員是要把這這一點視為自己的使命。職員對照顧嚴重及持續精神病患者這項工作，必須抱著熱誠的態度，採取靈活及隨機適應的處事方法，還要重視一種以病人為本的實務執行方法。

7. 以消費者為本的服務

傳統的醫療服務提供方式，務求把消費者安排進入合適的現有服務項目。積極社療模式則務求調整服務項目去迎合消費者的需要。在積極社療的模式下，服務及干預的宗旨，是要以極為個別化的方法去滿足每一位消費者的需要及選擇。

影響個人生活的因素有很多，故此經過一段日子後，病者所需的服務密集程度也會有所改變。積極社療的宗旨，就是要藉著低的職員對消費者人數比率及極為個別化的治療計劃，來使服務追上病者需要的改變。積極社療個案管理人都可使用這種靈活性來提供適合病者需要的服務。

8. 積極的外展工作

積極社療隊都抱著一種「做得到」的服務態度，即表示他們會盡其所能去幫助精神病者，使他們可以達到其個人的目標，及使他們獲得所需的服務。積極社療隊的做法就是要將環境及他們自己改變，以求迎合消費者的需要，而不是強要把消費者改變去迎合治療項目的規定。消費者的主動和參與，以及服務使用者的保留率，都是令消費者及積極社療模式獲得成功結果的關鍵性因素。

為消費者提供的所有服務中，有百分之八十是在社區內提供的。積極社療辦公室是職員的基地，而不是提供治療的主要地點。

積極社療是在消費者自選的環境下提供服務的，這種做法容許社療隊知道消費者在實際生活中的需要，使隊員可以為他們提供支援及幫助他們學習日常生活的技能。有些服務使用者對傳統式的辦公室或以院所為基地的治療方法感到有點格格不入，積極社療就是令這類服務使用者感到投入的一種重要的方法。我們應該按照病者的個別情況，拓展及實施創新的方法，來加強他們的動機及參與。

9. 連續的服務

積極社療隊為嚴重精神病患者提供服務，它們應該是一個連貫性服務體系的一部份。個案管理與危機回應服務在很多區域都有提供。積極社療的目的不是要取代這類服務，而是要建立在此類服務的專長之上。在某些地區，如果地理因素及臨床資源容許的話，積極社療可安排某個已和消費者建立關係的危機回應服務單位在公時間後向消費者提供服務。在沒有這類危機回應服務的地區，積極社療人員應該隨時可應召當值。

積極社療的另一個重要的特色，就是其服務是屬於長期性質，且是不斷連續提供，而並非只得有限度的提供。有證據顯示，即使消費者在使用積極社療時情況良好，但是到服務終止後，他們的病況都可能會再次復發。

10. 收症準則

同時患有多種問題，並且頻密使用醫院及社區服務的人士，都需要一種有連貫性的服務模式。以下的準則可用來幫助我們找出這類病者：

10.1 年齡

服務使用者是十九歲以上的。

10.2 疾病性質

服務使用者患有嚴重及持續的精神病，因而嚴重地影響其在社區內生活的能力。屬於以下診斷的人士應該被優先受理：

- 精神分裂症
- 情緒失常
- 其他軸向的診斷（例如，人格障礙）

注意：基本診斷為物品濫用障礙的人士，或智力失能的人士都不適合接受此類服務。

10.3 功能損傷

服務使用者患有嚴重的功能損失，即符合以下六項中的至少三項條件：

1. 沒有能力做到各種日常實際生活的活動，或在沒有相當的協作下，經常都做不到各種日常生活所需的活動，例如：

- 保持個人衛生
- 滿足自己的營養需要（計劃膳食需要、購物等）
- 進行財務預算及處理個人事務
- 其他活動

2. 沒有能力保持一個安全及穩定的生活環境，例如：
 - 無家可歸
 - 屢次被業主趕走
 - 居住在不合格的環境
3. 表現出不適當的社交行為，例如：
 - 社區機構要求干預服務
 - 警方要求干預服務
4. 在個人效能（personal effectiveness）方面需要協助，例如：
 - 明確表明自己意見的能力
 - 解決問題的能力
 - 處理壓力的能力
 - 人際溝通技巧
5. 沒有能力保持較固定的工作，例如：
 - 失業
 - 只在收容所工作
 - 差劣的就業歷史
6. 缺乏支援系統，例如：
 - 沒有能力去建立支援系統
 - 沒有能力保持支援系統

10.4 顯示需要的指標

服務使用者有以下其中一個或一個以上的問題，這些問題都顯示該人極為需要連續及密集的服務：

- 頻常使用急性護理精神科醫院（每年入院兩次或以上）。
- 經常使用精神科急症服務。
- 曾入住河景醫院或另一所第三級精神病設施。
- 高危險度或最近曾與刑事案件有關。
- 不遵守治療的規定：
 - 拒絕接受傳統式以辦公室為基地的跟進服務
 - 與現有服務的缺乏良好的關係

住在住院病房或住院設施，但臨床評估顯示，在有密集服務的情況下，該人是可以在獨立生活的；或在沒有密集服務的情況下，則需要安排入住住院或院所設施。經被斷定，如沒有密集服務，就很有可能需要再次入院。

10.5 物品濫用

同時患有物品濫用障礙，已有一段很長的時間，而該物品濫用障礙正在惡化。

11. 服務終止準則

當消費者和服務單位職員雙方都同意終止服務時，積極社療隊便會終止服務。通常，服務是因為以下原因而終止的：

- **消費者搬遷到另一個地區。**在這種情況下，社療隊會為消費者安排轉往該區的服務單位，並會確保接手的區域不會中斷服務。社療隊會繼續與消費者保持聯絡，直至服務轉移已確實安排妥當為止。
- **消費者能夠保持著某個程度的功能。**這即表示消費者有能力應付日常生活中的各種主要活動（例如，社交、照顧自己等），最少已有兩年。這方面的判斷是由消費者及積極社療隊一同作出的。
- **消費者要求終止服務。**這即表示雖然積極社療隊已盡力為消費者編排一個大家都可接受的治療計劃，消費者仍然要求終止服務。

12. 評估工具

現時有多種評估工具可斷定病者的適合程度，評估治療結果，及量度模式實施方法的規格符合程度。這些評估工具包括：

- 收症普查準則（Admission Screening Criteria）
- 全面功能評估（Global Assessment of Functioning —GAF）
- 服務終止普查準則（Discharge Screening Criteria）
- 消費者滿意程度（Consumer Satisfaction）
- 照顧者滿意程度（Caregiver Satisfaction）
- 醫院使用率數據（Hospital Utilization Data）
- 接觸抽樣記錄（Contact Sampling Logs）
- 保真度指標（Fidelity Scale）

13. 最佳實務例子

13.1 美國和加拿大的例子

在 1970 年代早期，史丹與特斯特兩位專家在威斯康辛州麥迪遜市發展了一個名為積極社區治療計劃（Program for Assertive Community Treatment—PACT）的項目。這個項目原本是用來代替急性住院護理的，但是很快很多人便把它轉用為一種在社區內照顧病人的方法。後來，很多地區都設有仿效 PACT 的項目。（例如，芝加哥的 Threshold/Bridge 積極個案管理計劃就是一個仿效 PACT，但在市內貧民區和農村地區提供服務的項目。）現時，美國有三十多個州都實施全州制的積極社區治療計劃。國家精神病者聯盟（National Alliance for the Mentally Ill—NAMI）亦已承認 PACT 為最有效的嚴重精神病社區治療服務模式。

加拿大多個省份——包括安大略省、魁北克省及新伯倫瑞克省，都正在制定有關積極社區治療的指引和標準。

13.2 卑詩省內積極社療的例子

低陸平原積極個案管理計劃（Lower Mainland Assertive Case Management）

在 1988 年，在約翰·黑根伯頓博士的領導下，低陸平原區實施了「河景/菲莎河谷積極外展計劃研究項目」（Riverview/Fraser Valley Assertive Outreach Program Research Project）。這個兩年計劃在低陸平原區（素里及二埠）的醫療中心實行，為兩組病者群提供服務：一組是實驗組，共有六十名服務使用者，他們都被認為極有可能會再次入院的病者；另一組是控制組，亦共有六十人。這個研究項目是以 Threshold/Bridge 積極個案管理計劃的模式為基礎的。這個研究項目在 1991 年結束，此時有額外的積極個案管理隊在三角洲、蘭莉、楓葉嶺、北岸、高貴林港及素里等地區成立。

溫哥華積極社區治療計劃（Vancouver Assertive Community Treatment）

在 1995 年，大溫哥華心理健康服務部（Greater Vancouver Mental Health Services），與當地的醫院合作，一同組成了一個積極社區治療隊，為頻常使用醫院和急症服務的人士提供服務，其中包括患有精神病、其他疾病及物品濫用問題的病人。這個項目是以威斯康辛州的 PACT 計劃為基本模式，最近經過修改，以嚴重精神病者為服務焦點。

司法服務

跨部門項目 (Inter-Ministerial Project)

「跨部門項目」(Inter-Ministerial Project —IMP)是在 1987 年成立的，該項目是由律政廳、大溫哥華心理健康服務部及司法服務部合辦的。服務對象是那些居住在溫哥華，且曾需要刑事司法及心理健康體系介入的人士。此「跨部門項目」是以積極社區治療模式作為基礎，其特色包括團隊服務模式、低的職員對病者人數比率及積極的外展工作等。服務使用者是在離開懲教設施前加入此項目。到他們再次入院，或需要被監禁三個月或以上時，他們便要離開此項目。此外，當他們被斷定為有能力在社區內照顧自己時，或當他們自願退出時，他們便可離開這個項目。

司法積極個案管理 (Forensic Assertive Case Management)

這個司法積極個案管理模式，可被視為一種從積極社療演變出來的服務模式，與在農村地區使用的積極社療模式相同。個案管理人以甘鹿市司法科門診診所為基地，並會親自去到湯遜、奧根拿根及古特尼斯，或服務使用者居住的地區，來提供服務。服務使用者是由法庭及卑詩省審裁處轉介來的，且是被認定為「因精神病而不需負刑事責任」或「不宜受審」的病人。每個地區都有專科團隊提供服務，而個案管理人就是團隊中的一分子；他負責協助協調及提供所需的資源，以幫助服務使用者成功地在社區內生活。社療隊包括來自心理健康中心、家庭服務機構及有關的社區機構。

最近，還增聘了司法聯絡員 (Forensic Liaison Workers)，他們將幫助簡化處理精神病罪犯個案的程序；其主要職務就是把適當的個案及隨後的個案管理轉介至適當的單位。司法聯絡員與司法個案管理人一樣，將要負責很廣闊的地區，及需要使用類似的機構和專業人員網絡，來確保服務達到積極外展原則的要求，而職員亦與病者保持頻密接觸。

14. 實施方法

14.1 聯繫各方

在實施積極社療時，必須要與現有的各種服務保持不斷的聯繫，以便盡量確保不會有太多重覆的服務，及使消費者可以獲得現有的各種服務。不是所有服務都可以由積極社療計劃直接提供的；因此，我們必須與現有的服務（即緊急服務、全科醫院、第三級設施、康復設施、住屋及其他社區服務等單位）保持緊密的聯繫和服務協調。從消費者的觀點來看，我們必須有一個服務網絡，使各單位一同合作提供盡量保持連續性的服務。

14.2 如何解決阻礙積極社療進行的體系性問題

農村社區

積極社療是可在細小的或農村的社區實施的，但在治療隊的結構及與病人接觸的次數兩方面，則需要有所調整。一個細小的社區可能沒有足夠的人口或財政預算去支持一個三人的積極社療隊；在這種情況下，該社區則可只僱用一名職員，並由該名職員負責與其他社區服務提供者、病者的家人、或其業主，進行協調。每位病人所需的「治療團體」都可能有所不同；但是積極社療的主要元素則仍要保持，即低的職員對病人比率及積極性的外展工作等。此外，由於到農村社區提供服務，需要經過較為遙遠的路途，所以接觸次數可能也需要修改。

若要落實所建議的職員對病人比率（即一比十），及達到這種模式要求的服務水平和服務密集程度，那麼社區內則必須有一定數量的合格病者，才可使積極社療變得可行。因此，若要在一些農村裡應用這個模式，而該處有資格獲取積極社療的消費者人數卻少於十名，那麼某些調整就是必然需要的。直接服務很難可以達到與一般地區一樣的水平；由於路途遙遠，個案量也會較低，而社區成員連同其他的本地社區服務，可能也要參與治療計劃內的某個部份。但是，積極社療亦可能是完全不能在本省某些地區提供的，因為那些地區根本沒有足夠符合收症準則的病者。

若要容許專科團隊來協助具有特殊需要的人口，那麼某些調整也可能是必要的；例如，老年心理病患者、無家可歸和被社會孤立者、患有雙重診斷者（濫用物品兼有嚴重精神病的人）有精神病的罪犯、和其他難於為其提供服務的人士。

建議

5. 積極社療是可在細小的或農村的社區實施的，但在治療隊的結構及與病人接觸的次數兩方面，則需要有所調整。對每位使用者來說，治療隊可能各有不同，但積極社療的主要元素，即低的職員對病人比率及積極性的外展工作等，則仍要保持。
6. 若要落實所建議的職員對病人比率（即一比十），及達到這種模式要求的服務水平和服務密集程度，那麼社區內則必須有一定數量的合格病者，才可使積極社療變得可行。

14.3 成本費用

若要成功地實施積極性社區治療計劃，就必須要有額外的撥款去應付特殊的問題：

- **與病人接觸所需的款項**：每個病人每個月約需十五元至十八元。對接受新病人來說，這是特別重要的。這筆款項亦可以用於緊急清潔用品、食物等等。個案管理人必須保持對財務預算的控制，並切勿把款項當作一種病人應得的福利來把款項分發給他們。
- **交通費和汽車費**：包括商業保險、增加了的出差行車費及汽車美容保養費。
- **電子通訊**：為了安全理由及應急之用，手提無線電話是必要的。有人建議，在農村社區提供服務時，最好要有手提電腦，以便收集資料或撰寫報告。若在辦公室設備及支援費用的開支上節省一點，便可落實這點。

建議

7. 為確保積極社療獲得成功的結果，應在職員費用以外，另再提供額外的撥款，以支付與病人接觸所需的費用、額外的車馬費和汽車費、及手提電話費。

14.4 職員訓練

加入一隊資深的積極社療隊來進行在職訓練，是一種重要的訓練方法，可幫助受訓人員體會社療隊角色和功能。但是，在本省內，只有少數資深的社療隊，而大多數現有的資深社療隊都是在低陸平原區。河景醫院與德格拉斯學院（Douglas College）聯合拓展了一個積極社療訓練課程，內容包括課室訓練及在資深的積極社療隊中進行實習訓練。我們應該探討是否可以動員這種訓練。另一個訓練方法就是，要求還未曾有積極社療隊的社區，直接與已有積極社療隊的社區接洽，為其新聘的積極社療隊員，安排一個為期兩星期的經驗導師分享計劃（mentorship）。

建議

8. 新成立的積極社療隊的隊員，應該從現有的社療隊，或透過德格拉斯學院與河景醫院聯合拓展的課程，接受訓練。
9. 如果某些農村地區對積極社療訓練出現嚴重的需求，那麼衛生廳則應該探討是否可能由德格拉斯學院提供一項外展的訓練課程。

14.5 工作評估

現時，有很多研究經已證實，積極社治療是一種照顧嚴重精神病者的有效方法。一份稱為 The Cochrane Review 的期刊曾刊登過一個調查報告；該調查隨意抽查過一些受控試驗，將積極社療與普通的社區護理、以醫院為基地的康復服務和個案管理服務進行比較。這個調查的結論確認積極社療在以下三方面上的有效性——即減少入院率、與各種服務保持接觸、以及改進社交功能及生活質素。但是，研究所得的證據卻表示，在實施積極社療時，必須落實構成模式的所有元素，而並不是只實行其中某些部份。

根據已經研究證實有效的主要元素的實施情況而定，積極社療應被當作一種最佳實務模式來加以評估。這些主要元素包括：

- 團隊式服務及責任分擔
- 團隊對一切所需護理的問責性
- 在病人生活環境下提供的服務

- 積極的外展工作
- 低的「職員對消費者」比率(一比十)
- 二十四小時日夜緊急服務

各健康區域可使用一張標準的檢查表，來報告其實施積極社療的完整程度。農村和市區之間，或不同人口區域之間，都可能會有不同之處；但是，在各種情況下，護理服務的質素都可以按照下列幾方面來量度：

- 目標人口獲得服務的容易程度。
- 醫院或服務的實用性或價值
- 病人、家屬、護理人員的滿意程度
- 病人、服務提供者的安全
- 服務是否在病人經濟能力範圍之內
- 與護理相連的現有資源的效率

當局可制定一張標準的檢查表來界定積極社療的實施情況。之後，各區域將使用表內一致的標準來報告其護理質素。

14.6 市區積極社療隊的規模

當社療團隊增大時，每個隊員與其負責的十位病人的接觸次數，就會減少。當社療團隊到了某個規模時，個案管理人與病人的接觸次數可能會減少，他們之間的關係亦會因而減弱。因此，在市區內，社療隊的規模應以六人一隊為最理想；當社療隊到了這個規模後，便應利用該隊有經驗的隊員來組織第二隊。這樣，兩隊都會有一些有經驗的和一些新加入的隊員，而病人則可與各個案管理人保持較密切的接觸。

14.7 特殊病者群

積極社療是一種以病人為中心的治療方法，對各年齡和文化的病者，都可以有效。此外，對某些特殊的病者群，例如患有精神病的罪犯及有其他疾病的精神病者，這種模式亦可同樣予以適合的服務。至於如何決定誰可獲得積極社療服務，最重要的決定準則就是誰有最大的需要及最常使用其他服務。

建議摘要

1. 積極社療的服務對象應該是那些患有嚴重和持續精神病，兼有功能損傷，且頻常使用醫療服務的病人。至於如何決定誰可獲得積極社療服務，最重要的決定準則就是誰有最大的需要及最常使用其他服務。
2. 積極社療的資源分配，應該反映每個健康區域內頻常服務使用者的需要。由於衛生廳仍未對使用量定出標準化的措施，每個區域都應該查出其醫療體系內現有多少名頻常服務使用者，上述醫療體系包括社區機構、急性護理醫院、河景醫院（Riverview）或其他提供第三級服務的醫院、監獄及司法科服務項目。
3. 積極社療模式將包括以下五個主要的元素：低的職員對病人比率、團體方式、以消費者為本的服務、積極的外展工作及連續的服務。若要忠於積極社療模式的宗旨，那麼每位接受此類服務的人士，其服務都必須同時包含這五個元素。
4. 積極社療團隊的經費資助，應該以一個「保真度指標」（Fidelity Scale）作為根據。這個指標量度積極社療團隊在落實這五個元素時的規格符合程度。
5. 積極社療是可在細小的或農村的社區實施的，但在治療隊的結構及與病人接觸的次數兩方面，則需要有所調整。但是，積極社療的主要元素，即低的職員對病人比率及積極性的外展工作等，則仍要保持。
6. 若要落實所建議的職員對病人比率（即一比十），及達到這種模式要求的服務水平和服務密集程度，那麼社區內則必須有一定數量的合格病者，才可使積極社療變得可行。
7. 為確保積極社療獲得成功的結果，應在職員費用以外，另再提供額外的撥款，以支付與病人接觸所需的費用、額外的車馬費和汽車費、及手提電話費。
8. 新成立的積極社療隊的隊員，應該從現有的社療隊，或透過德格拉斯學院與河景醫院聯合拓展的課程，接受訓練。
9. 如果某些農村地區對積極社療訓練出現嚴重的需求，那麼衛生廳則應該探討是否可能由德格拉斯學院提供一項外展的訓練課程。

用語表

accountability 問責性：管理組負責制定預期的表現目標、表現評估方法、監察服務供應的計劃及報告活動的架構。衛生廳負責公帑的開支。

accreditation 資格認可：一項由外界執行的正式檢討，以斷定某機構的表現及其對護理服務操作標準的遵守；由一間全國性機構頒發的證明，而該全國性機構的任務就是要評估一些服務機構（諸如醫院）的服務情況，按照預先制定的護理或服務標準去衡量被評估的服務機構，以評定其對這些預定標準的遵守程度。

acute care 急性護理：（也稱為二級護理）由專業醫療人員提供（各醫學科，包括精神病科）的診斷及治療護理，通常都是在醫院環境內提供的，而且是為期短暫。

acute psychiatry (inpatient) 急性精神病科（住院服務）：為自願或非自願進入醫院精神病科的嚴重精神病患者提供的評估、診斷、治療、安定病情及短期康復等護理，這項工作通常涉及精神科急症護理。

adult 成人：年齡 19 歲或 19 歲以上者。

advocacy 倡議：為人們提供資訊及支援的行動，使他們可為自己作出最佳決定；或當有些人不能自己採取行動的時候，由別人代他們作出的行動。

ALOS 平均住院時間

Assertive Community Treatment (ACT) 積極性社區治療計劃：一種代替別種社區護理的治療；鑒於其相對高昂的成本，只應為最適合的病者提供（即經常使用這個健康服務體制者，包括住院護理及司法精神科服務）。1998 年度心理健康計劃特別針對人口中百分之二患有嚴重及長期性精神病，且兼有某種功能失效（functional disabilities）的人。此計劃所支援的密集或積極性社區治療服務，只能向一部分最嚴重精神病患者提供，最高名額是 8,200 名病人。

best practices in mental health 心理健康最佳實務：描述可如何改善心理健康政策、實務及行動項目。有助改變的因素包括清楚明確的概念基礎、廣泛的利益相關者參與、政治抱負與政治意志、基礎設施的支持、從院所至社區的經費及人力轉移、在醫療範圍以外的合夥關係、羞愧感的減低、熱心的領導人、熟練的工作人員及加拿大心理健康協會全國支援框架（Canadian Mental Health Association National Framework for Support）。

biopsychosocial approach/model 生物心理社交取向/模式：這是指一些服務，內容顧及個人在生物、心理和社會三方面的需要；涉及由多個醫療科組成的護理組，護理人員包括醫生、護士、藥劑師、社會工作員、職業治療師、營養師及心理學家等。

case management 個案管理：為消費者協調醫療、住屋、就業、訓練及康復各方面的服務；協調工作通常是在一個團體工作的環境下由個案管理人一人負責進行，與為消費者提供服務的各機構聯絡。個案管理提供積極的伸延服務，協調個人化的護理計劃及監察病者的心理健康狀況。

clinical practices guidelines 臨床實務指引：一些經系統地制定的指引，以幫助專業護理人員斷定各特別臨床情況下最適當的醫療服務。

community resource base concept 社區資源庫概念：此概念以消費者（即實際患有精神病及需要應付其影響的人）的觀點作為依歸。現在，大部份的消費者都在社區內生活，且受多種因素的影響。這等因素計有住屋、教育、工作、收入、心理健康服務、消費者團體及組織、家人與朋友、一般社區服務及團體等。

consumers 消費者：使用心理健康服務的人。

crisis stabilization program 危機穩定項目：為處於心理社會及精神病危機的人提供以社區為基礎的短期治療及病況穩定服務，以作為一種可以代替住院護理的選擇。在治療期間，將會為病者完成一次詳細的評估，也會提供短暫危機介入服務，及落實一項幫助病者重新投入社區的即時行動計劃。

decompensate 病情倒退：精神症病癥再次出現，或病者的正常能力受到干擾。

designated facility 指定設施：在《心理健康法》（Mental Health Act）下收容非自願入院病者的醫院或省級的心理康復設施。

determinants of health 健康的決定因素：影響及斷定健康狀況的因素，包括社會環境、經濟情況、及實際環境、健康服務、生理影響及與健康有關的行為和技能。

DSM-IV 《心理疾病診斷統計手冊 - 第四版》：英語全名為 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*。美國精神醫學協會的精神病分類工具書，幫助護理人員按照病癥把精神疾病分類。

dual diagnoses 雙重診斷：普遍被用來描述有某種智力失能或濫用物品問題的精神病者的病況。

ECT 電痙攣療法：英語全名為 Electroconvulsive therapy。

emergency accommodation 緊急住宿：這是指一些向某類精神病者提供短期緊急住宿的設施，他們會在有支持的環境下提供服務，而對象就是那些有顯著行為問題及社交問題的精神病者。這類病者需要這種住宿是因為他們無法即時找到其他適合的居住安排，但又不需要留在醫院或一所滿有當值職員的設施。

empowerment 獲得能力、賦予能力（增能）：具有選擇的能力。包括對自己遇上的各種人際及生活環境問題加以判斷、分析及處理的能力。這詞也用來形容一種改變內在無能感的途徑，以及一些由群體發起的行動，以改變那些造成或加強權力不平等狀況的條件。

epidemiology 流行病學：這門科學有關疾病在某時某區內的普遍程度。

etiology 病因學：一門與疾病成因有關的科學。

evidence-based decision making 以證據為本的決定方法：一種以事實、數據及證據的決策程序，是有效及具問責性的策劃、行動及評估項目的必需成分。

family care home 護理之家：護理之家為一名或兩名患有長期性嚴重精神病及沒有能力獨立生活的成人提供護理。此類護理是不受本省《社區護理設施法》（Community Care Facilities Act）的執照條例所約束。

forensic 與司法或法醫有關的：司法精神病科（Forensic Psychiatry Services）為涉及刑事司法體系的精神病者提供評估、診斷、治療、扣留及監管等服務。

FTE (full-time equivalent)全時當量：一種描述全職（full-time）職位相等數量的單位。例如，兩個的半職（half-time）職位則相等於一個全時當量。

functional impairment 功能損傷：個人在進行日常活動方面的能力減低。有幾種方法來量度日常活動能力（及功能損傷）。功能整體評估（global assessment of functioning）就是這類評估方法的其中一種（也是 DSM-IV 中的一部分）。

governance 管治權：運作醫療項目的權力。董事或理事委員會等管治團體通常負責定立組織的宗旨、任務及價值，且定下運作的前提、目標及優先項目。

guidelines 指引：指引或指揮行動的一項建議或多項集合建議。指引的目的是要為服務機構提供額外的資訊，以幫助其遵守既定政策。指引內容可包含有關如何實行或實施政策的建議。凡是衛生管轄機構及服務提供機構都必須遵守省廳政策，但是卻無硬性規定要遵守指引。

health authorities 衛生管轄部門：在《衛生管轄部門法》（*Health Authorities Act*）下獲受法律命令去負責在某指定地區管轄、管理及提供醫療服務的公眾團體。這個名詞可指區域衛生局（*Regional Health Board - RHB*）或社區衛生委員會（*Community Health Council - CHC*）兩種。社區衛生服務協會（*Community Health Services Society - CHSS*）也包括在此項之內。雖然在上述法例中社區衛生服務協會並無地位，其權力來自其根據《社團法》（*Society Act*）訂立的憲章及附則。

區域衛生局負責管轄在某指定區域內所有醫療服務供應。

社區衛生委員會負責在本省內那些沒有區域衛生局的地區，管轄以急性及延續護理為本的服務供應，例如醫院及中期護理設施等。

社區衛生服務協會負責在本省內那些沒有區域衛生局的地區，管轄廣泛性的區域服務，如公眾衛生、社康護理、社區康復、個案管理、社區生活醫療服務及成人心理健康服務等。整體來說，社區衛生委員會及社區衛生服務協會兩個負責管轄區域內所有醫療服務供應的團體。

health status 健康狀況：一個群體或社區的健康狀況，評估方法利用流行病學統一指標去衡量，這些指標是包括疾病及死亡率、預期壽命歲數及潛在生命年數損失等，評估時是會與其他別類人口作比較。

integration 結合：把各類型的服務個體銜接成一個有連貫性組織的系統，一方面有機構間互相合作的模式，另一方面也有一個在管治、管理及服務運作架構上完全合併的模式，以確保可用一個連貫、統一、整體及具有效率的方法來滿足病者的需要。

mandate 權責範圍：一個組織的責任範圍。

Mental Health Act 《心理健康法》：卑詩省的《心理健康法》在1964年宣布，目的在於確保「需要保護及照顧的精神病患者獲得治療」。此法例的主要焦點是要就非自願性入院和治療的情況定立權力、標準及程序，及制定保障措施，以確保上述條款的行使都是適當及合法。

mental health crisis 心理健康危機：在思想、情緒、行為或社交關係上的急性失調，需要即時的干預，且涉及某種不可預測的因素；病者通常會對社會控制毫無反應，而病者本人、其家人、或社區內其他成員，包括家庭醫生或警方也可能同時有此共識。

multiaxial assessment 多軸向評估：一種使用幾個軸向來進行的評估方法，每個軸向代表著一類不同的資訊範疇，可幫助臨床人員計劃治療及預測治療的結果。DSM-IV 內包含了一些五個軸向：

- 第一軸 臨床心智失調
- 第二軸 個性失常
- 第三軸 一般性醫學狀況
- 第四軸 心理社會及環境問題
- 第五軸 功能整體評估

operating budget 運作經費預算：支付機構運作所需開支的經費數字。

organic brain syndrome 腦器官綜合癥狀：這是一種心理上或行為上失常癥狀，是與暫時性或永久性腦部功能失調有關，而其成因是由疾病、中風或意外引起。

outreach 外展服務或伸延服務：為消費者上門（例如，到其住所、工作地方、或某設施）提供的服務，使消費者毋須前去診所或醫院。

partnership model in mental health 心理健康界的合夥模式：經由省衛生廳、服務提供機構、地方政府、家庭成員、其他不受薪護理者及消費者，按照其在心理健康體系中所扮演的角色分工合作策劃而提供的個人護理服務，以求滿足消費者的需要。

psychosocial rehabilitation 心理社交康復：為嚴重精神病患者而設的精神康復服務，以幫助他們應付其病症及因疾病造成的失能。接受此類康復服務的人都較有可能可以恢復工作或學習，或再次投入社區生活。心理社交康復服務範圍包括康復、個案管理、護理院治療及支援、危機服務、社會服務、住屋、職業康復、物品濫用治療、朋輩支援及家庭支援。

psychotropic drug 精神藥物：任何主要影響中樞神經系統，用以改善情緒或思想的藥物。「一般性」（typical）精神藥物一詞是指較舊的藥物。「非一般性」（atypical）精神藥物一詞則指一些較新的藥物，特別用來治療多種病癥，且有很少副作用。

primary care 主要護理服務：由全科醫生或其他醫療人員提供的預防性、診斷性及治療性護理服務。此第一級的護理服務一般是由用者或病者使用。主要護理服務可包括為病者轉介專科護理，如二級（醫院或專科）護理服務。家庭醫生通常也被稱為主要護理服務醫生（primary care physicians）。

quality assurance 質量保證：一種確保服務達到標準的延續性計劃。

residential care 護理院服務：在以社區為本的持牌設施提供的護理服務，此類設施聘用人員提供全時間護理、監管及心理社交康復服務，特別為那些由於失去群居功能或心理功能而無法獨立生活的人而設。此類設施每所平均可容納 13 名病者，並受《社區護理設施法》（Community Care Facility Act）及《成人護理條例》（Adult Care Regulations）的約束，此外還須遵守各種項目標準、指引、政策及程序。

residential care for specialized needs 為有特殊需要人士而設的護理院服務：向社區護理設施提供的輔助資源，以應付有嚴重行為問題的嚴重神經精神病患者的複雜需要。

residential program/services 護理院服務項目：一項有組織的服務項目，幫助病者繼續留在社區或融入社區，並同時盡量獲得最佳的生活質素。此類服務可在郊區或社區的家庭式房屋、大廈、城市屋或其他適合病者文化背景的環境下提供。

respite 臨時托管照顧：這是一種臨時及短暫的護理服務，目的在於給予日常負責照顧及監管嚴重精神病患者的家人一個獲得休息或支援的機會。臨時托管照顧服務可在家裏或家外提供。

secondary level care 二級護理：（參閱上文 acute care 急性護理一項。）

serious mental illness 嚴重精神病：一般來說，精神分裂症、躁鬱症及雙極性障礙等病症都算是最嚴重的精神病。但是，有些人也認為，不論診斷是什麼，如果病症涉及某種醫療風險及某程度的失能，就可把它當作一種「嚴重」的疾病。

stakeholders 利益相關者：代表著卑詩省心理健康界各方利益的人士（包括消費者、家庭、專業人員、工會、衛生管轄部門等）。

standard 標準：一個既定的、可以量度的、可能達到及容易理解的聲明，清楚說明所要求的工作表現水準，而這個所要求的水準是可用來與實際表現作比較的。這樣的一個聲明就稱為標準，是交由服務提供者使用，使他們可以提供及保持一定質素的護理或服務。它說明消費者及大眾可對某種服務懷有什麼期望。一項政策的作用是吩咐服務機構去做甚麼，而一個標準的作用卻是讓這機構可以對其實際工作表現進行量度、監察及把它和既定的基準作一個比較。

supported education 扶助教育：一種幫助心理失能者順利獲得其自選教育途徑的有效方法。

supported housing 扶助住屋：為有能力獨立生活的長期性嚴重精神病患者而設的多種住屋安排（通常是獨立的居住單位），此種居住安排提供多種支援服務及住屋津貼。

tertiary care 三級護理：為患有嚴重、複雜或罕現精神病的人士而設的護理服務；此類病者可能有嚴重的精神病行為，或需依賴專科人員或設施，故此本省的基本及二級護理資源都不足以應付其需要。此種護理包括專科服務，例如兒童及青少年科、老年精神科、戒酒或戒毒、及司法心理健康科等服務。

三級護理範圍包括專科的深切急症護理評估及短期治療，以及為嚴重慢性精神病者而設的短期及長期住院護理。任何長期護理，若不需每天使用三級護理專有的專科臨床資源，都不被包括在此範圍之內。

utilization data 使用率數據：把實見的資源使用率與公認的使用率標準進行比較時所需的資料。

utilization management 使用率管理：一種幫助服務機構決定如何有效率地使用其護理資源的管理過程，涉及把資源使用實況與針對適當性、適時性及成本效益的公認使用率標準進行比較。這種做法的目的在於確保消費者可在最需要服務的時候，獲得適當、最便宜的優質服務。

values 價值：一個組織的宗旨和行動背後的基本信念，也是其策劃及運作的基礎。

參考數目

Bachrach, L.L. (1989) Case management: Toward a shared definition. *Hospital and Community Psychiatry*. Vol. 40 No. 9.

Bond, G.R., Miller, L.D., Krumwied, R.D., Ward, R.S. (1998) Assertive case management in three CMHCs: A controlled study. *Hospital and Community Psychiatry*. Vol 39 No. 4.

Bond, G.R., Witheridge, T.F., Dincin, J., Wasmor, D. (1991) Assertive community treatment: Correcting some misconceptions. *American Journal of Community Psychology*. Vol. 19 No. 1.

Borland, A., McRae, J., Lycon, C. (1989) Outcomes of five years of continuous intensive case management. *Hospital and Community Psychiatry*. Vol. 40 No. 4.

DeCangas, J.P. (1997) *Characteristics of assertive case management*. Lakehead University, Nursing Dept.

Dinein, J. (1990) Assertive case management. *Psychiatric Quarterly*. Vol 61 No. 1.

Drake, R.E. (1998) Brief history, current status and future place of assertive community treatment. *American Journal of Orthopsychiatry* 68(2).

Essock, S.M., Drake, R.E., Burns, B.J. (1998) A research network to evaluate assertive community treatment: Introduction. *American Journal of Orthopsychiatry* 68(2).

Essock, S.M., Frisman, L.K., Kantos, N.J. (1998) Cost effectiveness of assertive community treatment teams. *American Journal of Orthopsychiatry* 68(2).

Higenbottam, J.A., Etches, B., Shewfelt, Y. (1993) Riverview/Fraser Valley assertive outreach program: Evaluation. *Restructuring Canada's Health Services System*. 185-190.

Husted, J., Wentler, S.A., Bursell, A. (1994) The effectiveness of community support programs for persistently mentally ill in rural areas. *Community Mental Health Journal*. 30(6) 595-600.

Knapp, M. et al (1998) Home-based versus hospital based care for serious mental illness. Controlled cost-effectiveness study over four years. *British Journal of Psychiatry*. 172, 506-512.

Lafave, H.G., deSouza, H.R., Gerber, G.J. (1996) Assertive community treatment of severe mental illness: A Canadian experience. *Psychiatric Service*. July 47(7): 757-9.

McHugo, G.J., Hargreaves, W., Drake, R.E., Clark, R.E., Haiyi, X., Bond, G.R., Burns, B.J. (1998) Methodological issues in assertive community treatment studies. *American Journal of Orthopsychiatry*. 68(2).

McRae, J., Higgins, M., Lycan, C., Sherman, W. (1990) What happens to patients after five years of intensive case management stops? *Hospital and Community Psychiatry*. 68(2).

Marshall, M. (1998) An assertive community treatment programme led to improved housing stability in homeless people with mental illness. *Evidence-based Mental Health*. Vol.1 No. 2 (Therapeutics).

Marshall, M., Lochwood, A. (1999) Assertive community treatment for people with severe mental disorders (*Cochrane Review*). The Cochrane Library, Issue 2.

Marshall, M., Gray, A., Lockwood, A., Green, R. (1998) Case management for people with severe mental disorders (*Cochrane Review*). Cochrane Library, Issue 1.

Mueser, K.T, Bond, G.R., Drake, R.E., Resnick, S.G. (1998) Models of community care for severe mental illness and a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*. Vol. 24, No.1.

NAMI (national Alliance for the Mentally Ill). (1998) Checklist for successful PACT implementation. Program for Assertive Community Treatment Initiative.

Ontario Ministry of Health. (1998) Ontario standards for assertive community treatment teams.

Salyers, M.P. et al (1998) Transferring clients from intensive case management:

Impact on client functioning. *American Journal of Orthopsychiatry*. 68(2) 233-245.

Santos, A.B. et al (1993) Providing assertive community treatment for severely mentally ill patients in a rural setting. *Hospital and Community Psychiatry*. Vol. 44 No. 1.

Stein, L.I., Santos, A.B. (1998) *Assertive treatment of persons with severe mental illness*. W.W. Norton and Company, New York.

Stein, L. and Test, M.A. (1980) An alternative to mental hospital treatment.

1: Conceptual model, treatment program and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry* Vol. 37.

Stein, L. and Diamond, R. (1985) A program for difficult to treat patients. In: Stein, L.I. and Test, M.A. (eds). *The Training in Community Living Model: A Decade of Experience*. (p 29-39).

Tansella, M. (1998) Review: community mental health team management for adults with severe mental illnesses increases satisfaction with care. *Evidence-based Mental Health*. Vol.1 No. 2 (Therapeutics).

Teaque, G.B., Bond, G.R., Drobe, R.E. (1998) Program fidelity in assertive community treatments Development and use of a measure. *American Journal of Orthopsychiatry*. 68(2) 216-232.

Test, M.A. (1992) Training in community living. In: Liberman, R.P. (ed) *Handbook of Psychiatric Rehabilitation*. New York, N.Y., Macmillan Publishing Co. (p 153-170).

Tyrer, P. et al (1998) Community mental health team management for those with severe mental illnesses and disordered personality. (*Cochrane Review*) Cochrane Library —Issue 1.

Wasylenki, D. (1998) review: assertive community treatment is an effective alternative in severe mental disorders. *Evidence-based Mental Health*. Vol. 1 No.4 (Therapeutics).

Wilson, D., Tien, G., Eaves, D. Increasing the community tenure of the mentally disordered offenders: An assertive case management program. *International Journal of Law and Psychiatry*. Vol. 18 No. 1.

Witheridge, T. (1991) The “active ingredients” of assertive outreach. *New Directions for Mental Health Service*. No. 52.

Witheridge, R.F. (1989) The assertive community treatment workers: An emerging role and its implications for professional training. *Hospital and Community Psychiatry*. Vol 40 No. 6.