

精神卫生机构建设的思考

刘铁榜, 丁军, 金冬, 周志坚

(深圳市精神卫生中心, 深圳市康宁医院, 深圳市心理健康重点实验室, 广东 深圳 518020)

【摘要】 本文在查阅文献、了解资料、分析资源、总结经验的基础上系统阐述了西方国家精神专科医疗机构“去机构化”运动的时代背景、理由、成果以及存在的问题。探讨西方的去机构化运动是否适合中国国情, 为中国精神卫生事业的发展提供参考。

【关键词】 去机构化; 问题; 实践

中图分类号: R197

文献标识码: A

doi: 10.11886/j.issn.1007-3256.2016.05.018

Reflections on the construction of mental health institutions

LIU Tie-bang, DING Jun, JIN Dong, ZHOU Zhi-jian

(Shenzhen Mental Health Center, Shenzhen Kangning Hospital, Shenzhen Mental Health Key Laboratory, Shenzhen 518020, China)

【Abstract】 This article systematically expounded the background, reason, achievement and problems of the "deinstitutionalization" movement of psychiatric medical institutions in western countries on the basis of reviewing the literature, understanding the data, analyzing the resources and summing up the experience. To explore whether the western deinstitutionalization movement is suitable for China's national conditions and to provide reference for the development of China's mental health.

【Key words】 Deinstitutionalization; Problems; Practice

1 背景

20 世纪由美国联邦政府主导和推动的精神专科去机构化运动在国际上产生了巨大影响, 这项运动主要做了三件事: 减病床、关医院、患者向社区分流。而此时中国正在扩建精神病院, 例如上海在 1949 年 - 2008 年, 精神病院的数量逐渐递增, 到 2015 年床位数达 1.5 万张。2010 年全国的精神病床位数为 22.8 万张, 而且利用率高达 92.5%, 平均住院日为 46 天。欧美国家精神专科医疗机构去机构化是有其时代背景的。

1.1 反精神病学运动

当时有一股反精神病学思潮, 认为精神病学不是科学, 精神病患者所受待遇不公正, 在精神病院长期住院使疾病慢性化、退缩化; 一些心理学家质疑精神科医生只会开药, 而这些药可能导致精神病患者出现严重不良反应, 治疗方法不人道也不科学。1973 年, Rosenhan 等在《Science》上发表心理学实验, 试图说明精神疾病的诊断具有很大的随意性, 缺乏科学依据, 精神病学不足以被称为一个专科医学。按照反精神病学运动的逻辑, 拆医院、减床位就成了顺理成章的事情。

1.2 世界精神卫生立法

20 世纪 60 - 80 年代是全世界精神卫生立法的

高潮期。1989 年, 世界精神卫生联盟在埃及发表《卢克索尔人权宣言》, 该宣言指出, 精神病患者享有与其他公民同等的基本权利。所有精神病患者有权得到与其他患者相同的符合专业标准和道德标准的治疗。这一权利包括最大限度地实现患者的决定和自我负责。治疗应该在由社区做出评价和社区能够接受的设施中进行, 并尽可能以引起最低限度的伤害和在尽可能少的约束下进行。治疗的实施应该是给患者而不是给家庭、社区、医务人员或国家带来最大利益。

要保护精神病患者的权益, 应该让他们回到社会中, 过一个健康人应有的生活, 扮演正常的社会角色, 享受社会发展成果。既然要回到社会中去, 也就不需要那么多床位。

1.3 医学模式之争

1977 年, 美国罗彻斯特大学医学院 Engel 教授在《Science》杂志发表论文, 对单纯生物医学模式提出尖锐的批评。他认为, 实证主义和生物医学还原论导致不必要的住院、滥用药物、过度手术和不适当的使用诊断试验; 单纯生物医学模式指导下的医疗实践被认为是冷酷和不近人情的。从此, 生物 - 心理 - 社会医学模式逐渐建立, 心理治疗与社会治疗得到空前发展。精神病患者的心理功能和社会功能必须在家庭生活和社会实践中恢复和提升, 因此也

不需要那么多的精神病医院和床位。

1.4 生物精神病学的实践

20 世纪 60-70 年代是生物精神病学实践发展最快的时期。1935 年,葡萄牙 Moniz 医生首创脑白质切除术,此后 15 年间,欧美超过 10 万患者接受此术,Moniz 也于 1946 年获得诺贝尔奖。1933 年,Sakel 创立胰岛素低血糖疗法。1938 年意大利 Ugo Cerletti 等首创 ECT 治疗。1949 年 Joseph Cade 首创躁郁症锂盐治疗。1952 年,法国 Delay 等首先将氯丙嗪用于治疗精神分裂症,开创了精神药理学。药物治疗的进步,使非住院治疗成为可能。

这些治疗手段都是革命性的变化,使精神疾病、暴力行为和妨碍社会行为能够得到相当的控制,没必要长期住院,可回归到社会生活中。这些变化和进步为去机构化运动提供了客观基础。

1.5 精神病床位过剩

据历史文献,20 世纪 80 年代,芬兰、爱尔兰、卢森堡的精神病床位超过 300 张/10 万人,瑞典、英国、法国等超过 200 张/10 万人,挪威、意大利、西班牙、葡萄牙等约 100 张/10 万人。一个典型的例子是建于 1885 年的美国纽约金斯帕克县精神病治疗中心,1954 年其住院患者竟然多达 9 303 名。可见当时欧美国家精神病床位严重过剩,效率不高,并且需要庞大的财政支持。同时存在住院门槛过低、过度治疗等问题。

1.6 美国经济复苏

20 世纪 70 年代,随着美国经济的腾飞与发展,许多州热衷于精神卫生去机构化运动,可能与考虑节约州立大型精神专科医院的运营费用有关。因为通过联邦保险制度 Medicaid 和 Medicare 及联邦资助,可以将部分精神病患者的治疗费用转移给联邦政府。

2 去机构化运动的进程

2.1 美国去机构化运动

1962 年,美国国会通过法案,要求国家资助建立社区精神卫生中心(CMHC)。1963 年,肯尼迪总统签署法案,命令建立全国性的社区精神卫生网络。美国的“去机构化”运动进程大致分为两个阶段:第一阶段,压缩床位、缩减规模。1970 年-1984 年,精神专科医院平均床位数从 1 311 张缩减到 467 张,

全国精神科总床位数从 1970 年的 524 878 张减少至 1990 年的 272 253 张,减幅接近 50%。1955 年,美国每 10 万人口,有 339 张精神病床,到 1994 年,已经骤降到 29 张/10 万人。第二阶段,关闭部分州立精神专科医院。1970 年-1990 年 20 年间,州立精神专科医院从 277 所减少到 263 所,关闭医院 14 所,仅减少 5%。但 1990 年之后,美国精神卫生去机构化进程加速,1990 年-2000 年,关闭大型州立精神专科医院共 63 所,占 22.7%^[1]。

2.2 其他国家的去机构化运动

1990 年-2002 年,英国、德国、荷兰的精神专科医院床位数均下降。其中英国下降 52%,瑞典下降 65%。与此同时,政府资助的社区安置居所则大幅增加。其中英国增加 40%,德国增加 101%,意大利仅 Emilia-Romagna 地区的精神病患者社区安置居所在 1992 年-2000 年就增加了 259%。1978 年,意大利颁布《精神卫生改革法案(180 号法案)》,要求逐渐关闭所有精神专科医院,将患者转移到社区精神卫生中心^[2-3]。20 世纪 50 年代,澳大利亚开始去机构化,1992 年,通过《精神卫生法》,要求关闭部分精神专科医院,提供充足急诊医疗服务、社区精神卫生机构和安置居所^[4]。

3 去机构化运动的成果

3.1 专科规模缩小

病床数、医院数均减少,20 世纪 80 年代的欧洲每 10 万人近 200 张床,2000 年减少到每 10 万人约 50 张床(减少了 75%),专科规模也就相应缩小。患者更多地转移到社区和民营机构,患者离社区近了,离医院远了。

3.2 服务场所扩展

精神卫生服务从精神专科医院扩展到了综合医院、监狱等。在欧洲、美国、澳洲,精神病患者如果不肇事肇祸、不威胁妨碍他人,不愿住院就可以不住院。什么时候住院呢?当伤害自己时,或者对周围的人造成了麻烦,被人投诉了,或者不能自理、奄奄一息了,就有人来管,所以司法精神病学得到了空前发展。同时,精神卫生服务由专科机构向社区诊疗机构、向康复机构发展。另外,养老机构、企业、学校、家庭都成为专科服务的重要场所。所以现在的专科医院面临着挑战,专科医院的围墙倒塌了,精神卫生服务逐渐变成一张网了,专科医院成为网络中

的一个成员,你需要早作准备、积极参与、提前布局,适应新形势。

3.3 服务内容扩充

最大的变化就是多学科工作者组成了一个服务团队。团队中的专业人士包括提供诊疗服务的精神科医师和全科医师,提供护理服务的专科护士、全科护士、社区护士,提供心理服务的临床心理学家,提供社会事务服务的社会工作者,提供康复指导服务的康复治疗师、职业治疗师,提供预防服务的预防医学及公共卫生专家,以及志愿者、法律工作者和教育工作者等。大家知道,在中国香港、美国等一些地方,活跃在病房一线的是临床心理学家、康复专家、社工、护士,而不是医生。医生是这个服务团队的领导者,他们工作更多的是看门诊、进社区、做研究、搞培训。香港做得更好,干脆将精神科病房负责人叫“manage”(经理),一般由护士担任,他们建立了以护士为主体的病房管理团队,专科医生主要负责患者诊断治疗有关的事务,不像中国大陆的精神科医生什么都要管。香港的社区精神卫生服务的主题基本上是社工,他们的社会福利署招募了很多社工,购买社工服务。可见,由于有大量的社工、临床心理学家、心理治疗专家、公共卫生专家为精神病患者同时提供服务,大家一齐发声,精神科医生的声音反而听得少了,传统上精神科医师一家独大的工作局面正在悄然改变。

3.4 患者权利保障

医生的职责是什么呢?那就是要努力实现患者的决定。如某患者愿意吃某药,医生要保证患者的症状能够得到控制,社会功能完好。如某患者愿意生孩子,医生也需尽最大努力帮助患者实现做母亲的愿望,进行遗传风险评估,规避风险,这就是帮助患者实现他的决定。去机构化运动带来一项可喜的变化,就是患者的权利得到了更多的保护,比如自主自决(从强制治疗到自愿治疗)、平等协商(从接受治疗到参与治疗)、行动自由(从封闭治疗到开放治疗)、注重康复(从生物治疗到综合治疗)、回归社区(从医院治疗到社区治疗)。在欧美国家,精神科医生关注更多的可能是患者的社会功能与自我感受。这一点与中国精神科医生十分关注症状控制的思路与行为有所不同,我们总是在询问患者还有哪些症状,有什么残留症状没有解决。患者和照顾者的感受、对药物的评价,可能应该受到更多的关注,患者和照顾者看上去满意和开心,才是最重要的。所以,

诊疗服务、护理服务、心理服务、社会事务、康复服务、预防服务等工作,通过去机构化运动得到了加强,让患者的权利得到了更好的保障。

4 去机构化运动的问题

去机构化也带来了很多问题。关键的问题是,虽然最初有一个好的想法,如让精神病患者去社区,利用社会、社区的医疗资源和精神卫生资源。但实际上是谁利用了这些资源?是恢复得好的患者利用了这些资源。真正需要这些资源的病情很严重的患者,真正需要服药而未能服药的这些患者可能根本没有去利用这些资源。因为利用社会服务资源的患者其实大部分都是不太需要管理的那部分恢复很好的患者,他们本身就自觉了,而真正病情很严重的、妨碍周围、需要治疗的患者,却因为自知力不够等,没有或者没有充分利用社区的精神卫生资源与服务。所以并不是想象的那么美好。除此之外,还有司法问题。在美国,由于司法的过度介入,强制住院患者都需经严格而复杂的法庭审理才能收治,相当程度上限制了患者的医疗,导致流浪患者增多、精神病患者自杀率增加及监狱人数增多。Yoon 等^[5]研究了 1982 年-1998 年美国各州精神病患者自杀率的变化、公立医院精神科床位数和社区精神卫生费用之间的关系,认为公立医院精神科床位数减少与精神病患者自杀率升高有关。统计资料显示,美国的司法系统每年处理精神病患者达 100 万例,其中 50 万例被判缓刑,30 万患者被关进联邦监狱,联邦监狱成为精神病患者最集中的场所,这对去机构化运动来说实在是一个极大的嘲讽!还有大量精神病患者流落街头、无家可归。监禁或流浪中的精神病患者,难道享受了更好的精神卫生服务?人权得到了更好的保障吗?不是的!可见欧美国家的去机构化运动在某些方面来说,最终结果可能事与愿违、南辕北辙。这些都是去机构化运动带来的问题。

5 对中国精神卫生机构建设的启发

5.1 开设专科医院

中国精神卫生资源无法满足精神卫生服务需求,所以不能一味地照抄欧美国家的做法去机构化,而是需要机构化:增设预防机构,在公共卫生机构设置精神卫生科;社区精神卫生服务专职化/专人化;康复机构,开设中途宿舍、日间或夜间照料中心、康复工厂或农场等;司法精神病学机构,提前布局司法精神卫生服务机构。此外也需要在综合医院设立精

神/临床心理科,在县及县级以上行政区域、在广大边远或农村地区,规划新的精神专科医院。

5.2 增加专科病床

目前,美国全国精神病床密度约为 60 张床/10 万人,中国 5 年前约为 17 张床/10 万人,专科病床数非常不足。有中国学者估算,未来精神专科病床数的规划,应至少考虑以下四项需求:①重性患者暴力行为控制,即患者具有暴力及攻击性需要收治入院,这是硬指标,是床位的刚需,大概需要 15 张床/10 万人;②抑郁症患者自杀行为控制,即自杀患者,大概需要 15 张床/10 万人;③无家可归或无人监护患者的安置与救治;④服刑及监管患者的治疗等,即需强制治疗的患者。满足上述四项要求至少需要 50 张床/10 万人。我国目前的床位估计在 20 张/10 万人左右,要达到这个目标床位数,需要分阶段实现,使专科总病床数增加 3 倍左右,达到 65 张床位^[6]。所以可以预测,未来中国精神卫生领域一定还有 15 年左右的精神科机构化过程。此机构化应向区县、山区、牧区、少数民族地区、边远地区过渡,使新增床位逐渐投放到农村及欠发达地区,兼顾区域均衡。这样就接近国际标准。

5.3 增编专科队伍

精神专科医师国际平均水平是约 4 名医生/10 万人,我国 2010 年的数据是约 1.26 名医生/10 万人,深圳市 2013 年的数据是 1.25 名医生/10 万人^[7-8]。可见,在医学领域里,精神卫生专业是朝阳产业,未来是很有希望的,不仅要增加精神专科医师和护士,还需要大量的其他人才到精神病院、精神专科机构等精神卫生服务领域,如临床心理学家、临床心理治疗师、全科医师、公共卫生专家、康复治疗师、职业医疗师和社会工作者等,这就是多学科工作团队。

5.4 增加资金投入

目前政府对精神专科机构的投入平均不到机构总收入的 10%,增速不及 GDP 增速。我们建议:①政府应为机构建设提供全额保障,对机构运营逐渐实行全额拨款;②社保不仅应为精神疾病诊疗也应为康复治疗提供全额支付;③应吸引体彩等基金及各种慈善捐助,为民间资本进入精神卫生领域提供更便捷的途径。

5.5 强化专科服务

《精神卫生法》出台后,以下方面需要引起精神

卫生专科机构的高度重视:①应大力发展精神专科诊疗服务,如门诊住院,尤其是急诊;②应抢滩综合医院,占领服务市场,即在综合医院开展精神卫生、临床心理及会诊联络服务;③应在专科医院院内及院外社区开展精神康复服务;④应提高精神专科应急处置及危机干预服务水平;⑤为精神病患者提供临床检验、医学影像及临床药学服务;⑥应开展健康教育与促进及医学信息服务;⑦应将专科服务延伸到监管场所诊疗与康复机构;⑧应为精神病患者及其家人提供社会事务及法律服务等。

5.6 提高资源效率

2003 年、2006 年及 2009 年我国精神专科医院卫生资源和住院服务情况见表 1。提高资源效率的方法包括:①整合有限资源,具体做法是改变“九龙治水”的现状,卫生、公安、民政和残联等合力推动防控-诊疗-康复-救助-监管的一体化。②强化联动机制,切实推进医院-社区一体化。③加快患者周转,一项研究资料显示,2009 年上海精神专科机构开放床位 15821 张,平均住院日为 273 天^[9],有的患者住了十几年才出院,如果把 273 天的住院日缩至全国平均水平的 46 天,那么在使用率相同的条件下服务人次将增加约 6 倍,这就要求社区有足够的承接能力。④调整医保政策,我国的精神卫生系统效率不高,住院时间太长是其中一个原因,这和医保支付有关,目前我国医保政策是按天支付,这种政策客观上增加了出院难度,从而延长了患者的住院时间,建议调整为按次支付。深圳市现在就是按次计费,一般精神病患者一次最高支付 12 800 元,就是一个患者住一次院可以医保支付 12 800 元,不管住多久。深圳市康宁医院目前患者平均住院日不到 1 个月,每位医生平均每天出入院各 1 位患者,有时甚至高达 1.3 位患者。按次付费政策实施以后,病床会加速周转,医生护士也会特别辛苦,这是要考虑的。

6 深圳市的机构建设实践

6.1 深圳市面临的挑战

深圳市机构建设面临的挑战主要为以下方面:①公众压力非常沉重,一项对 1 622 人的调查数据显示,压力超过极限达 5.2%,达到极限为 15.4%,接近极限达 63.1%,远离极限为 16.3%;②精神卫生形势仍然严峻,主要表现为自杀率非常高和精神疾病的终生患病率高。一项对深圳市人群的调查研究显示,2005 年 4.88% 的人有自杀意念,1.04% 的

表 1 2003 年、2006 年及 2009 年我国精神专科医院卫生资源和住院服务情况

年 份	执业(助理) 医师(人)	核定床位数 (张)	开放床位数 (张)	入院人数 (人)	出院人数 (人)	病床周转 次数(次)	病床使用率 (%)	出院者平均 住院日(天)
2003	16 055	110 672	98 916	440 001	435 229	4.4	81.2	51.0
2006	16 252	116 441	110 522	566 570	558 137	5.1	87.1	47.1
2009	18 751	143 757	148 357	835 538	815 962	5.5	94.6	49.1

注: 资料来自 2004、2007 及 2010 年《中国卫生统计年鉴》

人有自杀计划 0.79% 的人有自杀行为, 而美国相应的数据分别为 3.3%、1.0% 和 0.6%。另一项针对深圳市 18 所学校 4 350 名初中生的自杀调查显示, 在过去的 12 个月里, 12.1% 的人曾考虑自杀, 6.6% 的做过自杀计划, 2.2% 的人采取措施试图自杀。一项研究发现深圳市的精神疾病患病率为 21.87%, 河北是 16.2%, 浙江是 17.3%, 全国是 17.5%, 深圳市最高^[10]。③精神卫生资源匮乏, 深圳市的服务总人数是 1 500 万人, 但仅有 1 家精神专科医院和 3 个精神或心理专科; 仅有精神专科医师 144 名, 精神专科护士 237 名, 精神专科编制床位总数 630 张, 实际开放床位 690 张, 心理热线电话 6 条。如前所述, 中国每万人口病床数约 1.7 张, 少于英国、美国等国家, 而深圳市的这一数据为 0.42, 甚至低于全国平均水平。④偏见歧视很突出。⑤服务利用不够, 每位精神病患者都应该利用精神卫生服务的, 但实际上并非如此。目前, 中国全人口的精神卫生服务利用率只有 10%, 精神卫生障碍患者的服务利用率只有 10%, 而有 80%~90% 的精神卫生服务是空置的^[8]。深圳市的情况也一样, 利用率非常低。相比之下, 欧洲的精神卫生利用率为 30%, 就是说不管是否患有精神障碍, 100 个人里面有 30 个人看过精神(心理)医生。精神卫生障碍患者中, 有 80% 去过精神科看病。

6.2 “一大一小”精神卫生发展战略

针对居民压力巨大、心理问题突出、精神障碍高发、应对资源不足以及服务利用不够的问题, 深圳市制定了“一大一小”精神卫生发展战略。其中“大”是指要把深圳市精神卫生中心建设好, “小”是指要把社区精神卫生服务搞好。要坚持这个“一大一小”战略, 核心是要坚持“五位一体”的发展战略, 即是要以两个院区(心理院区+精神康复院区)、两个所(研究所+精神保健所)、一个门诊为核心的五大业务板块齐头并进地发展, 使有限的精神卫生资源

发挥最大的效率。

“一大一小”精神卫生发展战略要最终实现, 当然离不开基础设施和硬件设备的支持。到目前为止, 深圳市心理院区已经建设完成了, 第二个院区将于 2017 年部分投入使用, 2018 年年底全面投入使用。到 2017 年, 计划建成占地面积 12 万 m²、建筑面积 16.5 万 m² 的院区, 形成一个美丽的建筑群, 真正实现度假村式医院的理念。届时, 病床规模将达到 1 430 张, 员工数量将达到 2 000 人, 新增 CT、fMRI 等医疗设备, 医院整体实力将会得到进一步提升。

参考文献

- [1] McGrew J, Wright E, Pescosolido R. Closing of a state hospital: an overview and framework for a case study [J]. J Behav Health Serv Res, 1999, 26(3): 236-245.
- [2] Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A, et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries [J]. BMJ, 2005, 330(7483): 123-126.
- [3] Matthew P, DuMont M. Deinstitutionalization in the United States and Italy: A Historical Survey [J]. Int J Ment Health, 2008, 37(4): 61-70.
- [4] Doessel DP, Scheurer RW, Chant DC, et al. Australia's National Mental Health Strategy and deinstitutionalization: some empirical results [J]. Aust N Z J Psychiatry, 2005, 39(11): 989-994.
- [5] Yoon J, Bruckner TA. Does deinstitutionalization increase suicide? [J]. Health Serv Res, 2009, 44(4): 1385-1405.
- [6] 丁军, 金冬, 刘铁榜, 等. 美国等部分国家精神卫生“去机构化”的实践与启示 [J]. 中国医院管理杂志, 2014, 30(8): 636-640.
- [7] 黄悦勤. 我国精神卫生的现状和挑战 [J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(9): 5-9.
- [8] 位照国, 刘铁榜, 胡赤怡, 等. 深圳市精神卫生服务利用现状调查 [J]. 中国心理卫生杂志, 2010, 24(8): 597-603.
- [9] 舒蝶, 罗力, 李伟, 等. 上海市精神卫生服务床位需要测算和规划 [J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(9): 26-30.
- [10] 胡纪泽, 胡赤怡, 段卫东, 等. 深圳市户籍及非户籍居民精神疾病现状调查 [J]. 中华流行病学杂志, 2009, 30(6): 543-548.

(收稿日期: 2016-09-01)

(本文编辑: 吴俊林)