

訪視人員共訓理念

周煌智醫師/教授

高雄市立凱旋醫院院長室顧問醫師

台灣精神醫學會前理事長

美和科技大學健康照護研究所前兼任合聘教授

Frank Huang-Chih Chou, MD, MS, PhD

Past President, Taiwanese Society of Psychiatry

Medical Advisor, Kaohsiung Municipal Kai-Syuan Psychiatric Hospital

Former Professor, Graduate Institute of Health Care, Mei-Ho University

自殺防治的專業知能與 心理從業人員應有的能力 (1/13)

台灣自殺防治學會常務理事 (2017-)
台灣身心健康促進學會理事長 (2005.9~2011.8, 2017-)
台灣精神醫學會前理事長周焯智教授 (2011-2015)

- 關懷訪視員主要的專業背景來源：
 - **護理、社工、心理**。
- **醫師** 不管是精神科專科醫師、急診科或家庭科醫師則被賦予許多的期望，然而，他們是不是具備這些專業的能力或者敏感度呢？則有被進一步瞭解的必要。



自殺防治的專業知能與 心理從業人員應有的能力 (2/13)

一般說來大抵關懷訪視員在從事自殺防治業務時，除了具有上面的不同層面的專業背景外，還應該具備各層面之核心能力，包括：

1. 知識（含自殺學與專業敏感度）層面
2. 技術（含文書寫作與電腦資訊）層面
3. 跨領域溝通協調層面
4. 倫理與法律常識層面
5. 因地制宜：具有在地文化專業素養



自殺防治的專業知能與 心理從業人員應有的能力 (3/13)

1. 知識（含自殺學與專業敏感度）層面

- 應該涵蓋自殺學及/或生死學、精神病理常識、自殺的危險因素與保護因素、與風險評估、以及量表的操作型定義與使用。

2. 技術（含文書寫作與電腦資訊）

- 會談溝通技巧（含電訪與面訪）、自殺風險評估（含量表評估與撰寫）、危機處理應變（含悲傷輔導）、記錄寫作與電腦資訊登打與處理，制定個別化的安全計劃、設定短期和長期目標。

自殺防治的專業知能與 心理從業人員應有的能力 (4/13)

3. 跨領域溝通協調

- 包括如何進行資源連結（醫療、法律、經濟、社福、就業、諮詢等）與照會轉介（如何有效接手與轉銜、且追蹤）能力。

4. 倫理與法律常識

- 相關倫理議題、專業價值與服務態度、保密與適時揭露、瞭解相關法律例如個資法等。



自殺防治的專業知能與 心理從業人員應有的能力 (5/13)

5. 因地制宜

- 具有在地文化專業素養，各地方的自殺者原因或有不同、是否有地域的差別或是文化差異，也必須因地制宜。
- 由於這些訪員常常是新手，因此，在職教育就變得很重要，除了加強**基礎教育**與**做中學**外，還必須有定期的內部專業與行政督導，以及外部的專業督導，以及每年督導考核來協助關懷員成長。

自殺防治的專業知能與 心理從業人員應有的能力 (6/13)

1. 美國自殺防治資源中心 (SPRC, 2006) 將自
殺評估和管理的核心能力分成7個向度：

- ① 分別為和具有自殺風險的人工作
- ② 了解自殺
- ③ 收集準確的評估資訊
- ④ 訂定風險
- ⑤ 發展處遇和服務計畫
- ⑥ 管理照護
- ⑦ 了解有關於自殺的法律和法規議題



自殺防治的專業知能與 心理從業人員應有的能力 (7/13)

2. 全國預防自殺行動聯盟也提出《自殺預防和臨床人員：培訓指南》(Suicide prevention and the clinical workforce: Guidelines for training) 訓練指引

① 自殺急救

② 風險評估培訓

③ 介入技巧訓練

④ 照顧的連續性發展等4大類別 (National Action Alliance for Suicide Prevention, 2014)。



自殺防治的專業知能與 心理從業人員應有的能力 (8/13)

3. 美國精神護理協會 (American Psychiatric Nurses Association [APNA], 2015)

- ① 了解自殺現象
- ② 管理個案之反應、態度和信念
- ③ 和病人發展並保持合作的、治療性的關係
- ④ 治療小組和有關人員能準確收集，並交換病人資訊及風險程度



自殺防治的專業知能與 心理從業人員應有的能力 (9/13)

- ⑤ 風險評估
- ⑥ 以持續評估為基礎，發展全程的護理計畫
- ⑦ 持續進行確認環境安全評估，並相應地修改
- ⑧ 了解自殺相關的法律及倫理議題
- ⑨ 準確且徹底紀錄自殺風險



自殺防治的專業知能與 心理從業人員應有的能力 (10/13)

- 在台灣，張芷蓁、朱旭華、林正泰與林綺雲（2014）訪談3位教育背景為心理的關懷訪視員，並藉此提出對於新進人員的培訓或進階課程下列7點建議，包括：生死學與自殺學的涵養、精神病理的知識、會談溝通技巧、自殺風險評估、危機處理的應變、悲傷輔導、資源連結的協調能力。



自殺防治的專業知能與 心理從業人員應有的能力 (11/13)

- 衛君曲（2016）則進行台灣關懷訪視員培訓課程需求及發展之研究，運用質性研究：
- 邀請7位關懷訪視員，教育背景分別為4位護理、1位醫事專科、1位心理，以焦點團體法方式進行訪談，該研究發現：
- 關懷訪視員應具備角色定位、溝通或會談技巧、關係建立、行政文書、評估能力、管理能力、自我照顧及同儕支持等八大能力。



自殺防治的專業知能與 心理從業人員應有的能力 (12/13)

- 綜觀目前對於關懷訪視員之核心能力討論，
可將核心能力分為知識、技術與倫理等3類，
知識部分包括自殺觀念和事實、生死學、自
殺學、個人及家庭工作的知識、精神病理的
知能、法律和法規。

自殺防治的專業知能與 心理從業人員應有的能力 (13/13)

- 技術包括文書能力、評估危險及保護因子、自殺風險評估、制定個別化的安全計劃、設定短期和長期目標、個人、家庭支持系統的工作技巧、關係建立、會談溝通技巧、危機處理的應變、資源連結的協調能力、追蹤與轉變議題、管理能力、悲傷輔導、文化與在地因素、倡議。倫理包括自我照顧、倫理議題和相關規定、專業價值與服務態度、明確的角色定位。

社會安全網 (1/11)

對社會安全網心理衛生社工工作所需的核心理程訓練與工作期許
台灣身心健康促進學會理事長 (2005.9~2011.8, 2017-)
台灣精神醫學會前理事長周煌智教授 (2011-2015)

- 從事高危個案關懷必須要在實務上有效，因此，入門的社工篩選條件就很重要。
 - 基本概念：例如精神科醫院有加護病房、急性病房跟慢性病房，加護性病房的人力配置跟其專業背景的要求一定是比較有經驗，例如：護理人員要到N2的程度，而醫師至少要是資深的！這樣方能應付這些加護病房的個案。

社會安全網 (2/11)

- 一樣，走到社區處理高風險的個案，應該也要有一定的能力或經驗。雖然我們給社工的薪水相對高於一般社工，可是若招聘來的社工，是初生之犢不畏虎，他到底有沒有接受well training，是我們必須要考量的，工作項目跟工作內容其中一項要做風險辨識，也要作自我保護，有效去了解脆弱家庭或是危機家庭的樣態，做完評估之後，擬定初步的策略，包括如何去做『資源連結』，以及『照會轉介』。

社會安全網 (3/11)

- 因此，第一個重點，是怎麼樣找到對的人；第二，社工人員到位後，如何有效地讓他們接受訓練成為我們所需要的人，因此，入門的核心課程的安排就很重要。這些核心課程當然包括如何做量表評估與填答，也包括風險評估、物質濫用、精神病理、人格違常與自我保護、
、
、
等項目。如果沒有訓練，或訓練了根本不知道量表的基本精神與核心意涵，這些表單勾了又如何，能夠證明些什麼？

社會安全網 (4/11)

- 因此，必須要有效辨識它的風險性及危險性（包括自我保護評估），進行訪談的技巧一定要，其中又要掌握六個W（how, when, where, who, what, why），以及建立關係。第三是完整性的危險性評估：既然我們從『個人』評估，進展到以『家庭為中心，以社區為基礎』。就必須了解到高風險（脆弱或高危機）家庭，跟他的外在環境可能導致他有可能再次發生暴力或是其他危險性的措施（因此，6W評估很重要）

社會安全網 (5/11)

- 我的建議是如同在做自殺防治的時候，也會有『資源連結跟照會轉介』因此，在這個評估表單裡，社工是否清楚在地資源在哪裡，而可以有效辨識跟連結；其次，社工師不是只有單槍匹馬的去做，還是要有一個準團隊做後盾，目前設計是一個高級社工督導去協助如何做這些事情，可是我們知道跨領域的整合其實是最困難的，即便是在同家醫院裡面，不同領域單單是要橫向的橫向聯繫都會出現問題，像這樣的高風險個案大家是推之唯恐不及

社會安全網 (6/11)

- 因此在地社會局或衛生局，如何在事前的教育跟協調裡面去找到強而有力的backup，讓這些不管是醫療機構、社政機構或是警政、勞政都能夠做一個有效的資源連結。
- 簡單來講，**表單宜再加一個各個局處的單一窗口**：比如說我是個心理衛生社工，去服務的個案是在高風險家庭，而且目前沒有服藥，我們不會想到只有送醫，即便是只要送醫，也會牽涉到幾個單位：

社會安全網發言 (7/11)

- 警消及鄰里長，還有衛生所的公衛護士，這樣的有效資源應該如何尋找，而不是放任他們各憑本事去找，今天負責南港區那麼大的區，要找誰？若明天，到中山區的時候，必須要去找誰，單單是這幾個的單一窗口，我們的衛生局及社會局必須要有效地去建構單一窗口的聯絡人，否則社工會不知道如何做轉介；這是行政部門應該要事先給予解決的。

社會安全網發言 (8/11)

- 再來社工還是要有從事這項行業所應具備基本的專業知能，其核心專業能力如何做訓練，而且這訓練不是只要一次式的訓練就好，還是要持續地接受在職教育。
- 舉例來說：自殺防治有自訪員，而自訪員在剛開始聘的時候統一到南投中興新村去受訓，之後有些人會離職，再補新人時，新來的人的基礎訓練怎麼辦，我們必須要避免這樣的問題，

社會安全網發言 (9/11)

- 所以基本的核心能力訓練，中央除了在一一定的地方幫他們受訓基本核心能力，還應該要錄製MOD，讓新的人可以有MOD觀看或是互動式AR也好，因為核心能力是一定要做的。三、專業技巧是要practice and practice，所以在職教育還必須選擇適當個案做個案討論會，邀請內部與外部督導，並演練。

社會安全網發言 (10/11)

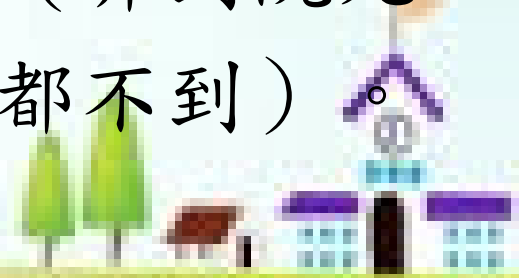
- **四、文件與電腦登打**：文件跟電腦登打前，他必須要明白所有內容的基本意義，例如：我們在家暴最常用的量表就是TIVPDA，可是如何使用？不是望文生義，在定義上，我們在教的時候必須要很清楚，文字登打及通報流程必須要很清楚，核心課程也必須涵蓋；
- 最後，注意到在地化，比如說現在想的都只有都會區，例如高雄市，可是如果在南投就完全就都不一樣，

社會安全網發言 (11/11)

- 因為南投資源相對匱乏，跟台北市也不一樣，而在這樣的情況下，在地性與文化性我們可能也要考慮到，所以在流程大概還要考慮到在地化，表單可能要加一些單一窗口的通報
- 最後專業督導的重點：辨識風險與介入技巧、自我保護；當需要跨專業協助時，需要哪些專業的轉介與資源連結，內督或外督可以定時地去檢視社工到底他的評估是對或不對，這樣的話才能夠永續經營。

自殺防治問題 (1/4)

- 自殺防治策略是採用全面性、選擇性與指標性策略。
- 問題：醫院做自殺防治是否『上有政策下有對策』？（見第二個問題），還是你上面講我就做？，應付應付。我們知道全國死於自殺的人數每年有數千人，但死在醫院裡面（非到院死亡），是少之又少（可能連五十例都不到）。



自殺防治問題 (2/4)

- 因此，自殺防治不能只有在醫院做，選擇高危險性的個案（選擇性策略）做可行的、而有效的出院準備計畫（Outreach到社區），是絕對需要，但我們的督導考核如何看到這一塊？
（量化---質化，可操作性的量化指標）。
（就醫院而言，無利可圖，且無指標可督考）。



自殺防治問題 (3/4)

- 其次，首次通報即死亡平均高達80%以上，因此，若沒有有效的針對這個族群來進行防治（預防勝於治療）-----全面性的策略---有效的資料分析與運用，再多的指標性策略（針對自殺未遂者）作法也枉然，然而，當要對這群首次通報即死亡的個案進行資料分析時，一個最大的阻礙是另外的公部門基於『個案資料保護法』的原因，不讓人取得資料，個資法，變成公共衛生阻礙法！



自殺防治問題 (4/4)

- 然而，真的是這樣嗎？個案資料保護法，並非個案資料『保密法』，基於公益當然可以釋出，因此，配套措施應該如何做才是重點。
- 從事公共衛生都知道『三段五級』（促進健康、特殊防護、早期發現，早期治療、限制殘障、與積極復健）的方法，但常常不知到如何運用！事實上，配合CIPPF以及以目標為導向的督核就可以有效的發現問題



感謝您的聆聽

