

看完修改草案，雖然對於社區的服務有部分增加，但可見的還是一個所謂「正常人」相對於「精神病人」安全的想像。但精神病人不全是潛在危險，而要脫離讓人危險的處境，而不是解決個人。

1.沒有我們的參與不要為我們決定

國際人權公約 CRPD 最核心的精神是「沒有我們的參與，不要為我們做決定。」但是在文中會看到仍是服務提供端去為所謂的病人決定

例如草案二十九條，第三項

「病人得以書面方式預立其信賴之人為住院期間之會客人員。但經精神醫療機構評估，認其會客有礙病人之病情穩定或治療進行時，不適用之。」

為何是經醫療機構評估，而不是與病人協商出一個可行的會客規則？

從這裡可知，本法案對於精神病人參與的想像仍有不足的。

而我本人好像就被放在一個精神病人代表的位置，但我其實沒有辦法代表精神病人所有的聲音，例如長期住院的夥伴、不同社群的夥伴。可是極短的時間要回應不同精神病人的需求，其實是忽略了讓人決定自己未來的可能。因此希望就算緩慢，也要設計入法，以聆聽、調查、翻譯給更多精神病人的聲音，病提倡病人自主決定的權利。

2.諮詢小組病人代表的設計問題

承上所說，誰是可以代表精神病人的人？我想只有受苦當事人自己。因為沒有比當事人更了解自己的人。

在草案四十六條中第三項

「第一項諮詢小組委員，由專科醫師、護理師、職能治療師、心理師、社會工作師、病人權益促進團體代表、病人代表及法律專家組成。」

我會希望代表的不是專家，是要負責承擔精神病人生活的親友。雖然有加入病人代表已經很進步，但我還是希望可以推到讓這個會議不只是審查，而是一個未來生活規劃的討論。病人代表是一個聲音，那是一定要放進去的，但有沒有辦法讓本人或照顧者參與，我是很希望可以放進來討論。

而如果是選擇病人代表，也希望跟社群有對應的選舉或推舉辦法。要想病人是社群的資源代表，而不是對方經驗的專家。

3.緊急安置是個黑數

草案第四十七條嚴重病人拒絕住院的安置期間其實是個黑數，我就被強迫安置過幾次，但過程中醫院不會告知流程走到哪、我可以做哪些決定，只是單純扣留我私人物品綁在床上無法喝水進食與上廁所。目前對於緊急安置雖然有細則但細則但並沒有一個可以被監督的模式。換言之，隨時可以把任何人消失五天，而且還不算強制住院，甚至無法司法救濟。

此外，自願出院的表意權也被取消，有幾次我是自己去急診，卻不能自己出來，非要家屬切結書，我覺得這都取消了精神病人的人格與表達權。

4.不能只有醫療的想像，社區治療應該是多面向的

草案第五十四條

「嚴重病人不遵醫囑致其病情不穩或生活功能有退化之虞，經專科醫師診斷有接受社區治療之必要者，其保護人應協助其接受社區治療。」

這邊寫的退化與病情不穩是否只有與不遵醫囑是因果關係，還是有其他像是復健、生活刺激等等有關？我覺得這邊寫得太武斷。社區治療不是去給藥打針就叫做有治療，而是要編織一個網來網住每一個精神病人及其親友。本草案許多強制性的地方仍是醫療為主的想像，但我覺得可以多放一些社區支持的選項。例如人家工作者可不可以是個團隊，如 ACT 模式，以人作為精神障礙的輔具，真正落實生活的陪伴與支持。

5.精神病人進入教育訓練與評鑑制度

我本身大學與研究所是心理背景，我也做過一陣子的社區關懷訪視員。服務常常立意良善，但最後會很矛盾的是，不知道自己是為了應付指標還是真的可以幫到案家，想要學習但都是各種醫師、護理師、社工師等等在上課，而沒有貼近社區的病人與照顧者進入評鑑和教育的管道，和參與機構評鑑的可能。我覺得這種服

務與被服務者切開的專業想像其實是很可惜的，因為精神病人也是一種生命的專業，是可以在許多地方提醒機構與工作者的。

6.同儕不是為了復元，是在社會的邊緣化中互相支持

同儕對我們來說是一個很療癒，但重點不是為了療癒復元的事情。之所以需要同儕是因為社會的邊緣化，導致受苦者成為一座座孤島。同儕支持有一個很重要的觀點，就是要平等與多元，因此出現所謂同儕專業工作者是很奇怪的事情。

療癒是發生在社群與團體上，而不是個人點對點的接觸。但一個社群突然有人有領錢，有人沒有，或是更慘的是突然空降一個不在社群內的人，很有可能讓社群潰散。所以我們主張資源的投注應以社群建立為基礎，先有社群才有社群專業的同儕，而不是用現在仍不清楚的訓練來讓同儕成為廉價的復元小助手。因此我們希望推同儕專業可以不是用個人支薪的辦法，而有其他方法。而方法的部分，先協助組織社群，讓更多人可以參與，才能為自己的未來做決定。而這勢必會耗費時間，但是民主就是會需要時間，我想這是非常重要的。